



انتشارات دانشگاه مشهد ، شماره ۲۶

جراحی دهان و فك و صورت كودكان

تأليف :

دكتور هوشنگ فرشيد

وظیفه خود می‌دانم از دوست عزیزم
 آقای دکتر علوی معاون محترم دانشکده
 پزشکی که راجع به مباحث ششم و هفتم
 این کتاب نظریات اصلاحی خود را ابراز
 فرموده‌اند سپاسگزاری نمایم و همچنین
 از آقای هوشنگ قریب که با کوششهای
 پی‌گیر خود تصاویر مربوطه را تهیه نموده
 و از آقای یامینی شاگرد عزیزم که در
 تصحیح این کتاب مرا یاری کرده‌اند تشکر
 می‌نمایم. و نیز مراتب سپاس خود را نسبت
 بکلیه دانشجویان دانشکده دندان پزشکی
 دانشگاه مشهد که با صمیمیت و مهربانی
 خود همیشه موجبات دلگرمی مرا فراهم
 نموده‌اند ابراز می‌دارم.

تشکر

در خانه از کارکنان چاپخانه دانشگاه
 مشهد که سنگینی بار کار چاپ این کتاب
 را بدوش کشیده‌اند از صمیم قلب تشکر و
 قدردانی می‌نمایم.

دکتر هوشنگ فرشید

مشهد، بهار سال ۱۳۵۱

از این کتاب یک هزار نسخه روی کاغذ ۷۰ گرمی در چاپخانه دانشگاه مشهد

بچاپ رسید

فهرست مطالب کتاب

صفحه	عنوان
۵	مبحث اول بیحسی‌ها
۲۵	مبحث دوم درآوردن دندانها
۲۸	مبحث سوم استیتها
۶۹	مبحث چهارم امهها
۸۸	مبحث پنجم ضایعات مفصلی
۱۱۴	مبحث ششم نومورها
۱۵۲	مبحث هفتم دیسپلازی‌ها
۱۵۶	مبحث هشتم شکستگیها
۱۸۹	مبحث نهم نقصهای مادرزادی
۲۵۹	منابع و مآخذ

مقدمه

بهمان اندازه که دانش پزشکی و جراحی عمومی جدید پیشرفت نموده و همچنین با کسب تجربیات کلینیکی عصر ما روش تشخیص و معالجه بیماریهای دهان و فك در کودکانهم نیز پیشرفتهای شایانی نموده است .

اصول جراحی دهان و فك در اطفال با اصول جراحی عمومی اطفال تطبیق می‌کند البته بادر نظر گرفتن شرایط مشخصه و اختصاصی این قسمت از اورگانسیم که خود نقش موثری را بازی میکند .

تجربیات تلخ نشان داده است که وجود تخصص در بیماریهای دهان و فك اطفال ضرورت حیاتی دارد و باید پزشکانی در این زمینه کار نموده و تجربیات بدست آورند زیرا سیر دوبیماری مشابه در اطفال و بزرگسالان کاملاً فرق دارد و بالنتیجه معالجه آنها تا حدود زیادی فرق میکند .

بخاطر دارم همیشه پروفسور بوخدا تو بیج میگفت اشتباه نکنید اورگانسیم يك كودك اورگانسیم يك فرد بالغ نیست که چند برابر کوچک شده باشد بلکه ایندو اورگانسیم باهم تفاوت‌هایی کلی و اساسی دارند .

علائم بعضی از بیماریها در دهان، سیرومشی آنها و معالجه آنها کاملاً با دوران رشد كودك و همچنین با شرایط Anatomique - Physiologique اورگانسیم جوان و در حال رشد كودك بستگی نزدیک دارد و در نظر گرفتن تفاوت‌های

جراحی دهان و فك و صورت کودکان

۲

دوران رشد بچه با شخص بالغ جهت پیش بینی و مشی بیماری و همچنین نتیجه معالجه بسیار موثر است .

گاهی عارضه‌ای که در ابتدا بسیار مهم نیست مثلا تورم لانه دندان يك دندان شیری بعلت گانگرن این دندان و عدم معالجه در موقع خود ممکن است باعث انتشار عفونت باستخوان فك كودك و در نتیجه مالفورماسینوسهای شدید صورت و حتی اختلالات دائمی كار سیستم جوئنده مانند انکیلوز گردد .

اورگانیسمی که در حال رشد است با اورگانیسم يك انسان بالغ نه تنها از نظر اندازه قسمتهای مختلفه آن فرق دارد بلکه در مقابل عوامل بیماری‌زا عکس‌العملهای دیگری را نشان میدهد .

بعلت عدم مقاومت اکتسابی اورگانیسم بچه مخصوصاً زودتر در خطر هجوم عوامل عفونی قرار میگیرد . اشکالاتیکه دندانپزشك اطفال در موقع معاینه کودکان با آن برخورد میکند تشخیص بیماریهای دهانرا مشکل میسازد و بهمین علت است که دندانپزشك اطفال بایستی اطلاعات وسیعتری در زمینه فیزیولوژی و پاتولوژی و پسیکولوژی دوران کودکی داشته باشد و عدم تجربه کافی باعث اشکالات فراوانی برای تشخیص صحیح بیماری و بالتیجه معالجه صحیح و نتیجه خوب معالجه میگردد . شناسائی کامل رشد حفره دهان و دندانها برای تشخیص و معالجه صحیح بیماریهای دهان کودکان کاملاً ضروریست .

قبل از انجام عمل جراحی در حفره دهان بایستی کودکانرا از نظر عمومی کاملاً معاینه و در صورت لزوم با متخصص بیماریهای کودکان مشورت نمود .

گرفتن اطلاعات از والدین و یا سرپرست طفل بایستی برای ما روشن سازد که آیا كودك در ماههای اخیر در محیط عفونی و در معرض برخورد با

بیماریهای عفونی بوده است و یا خیر ؟ و همچنین خود طفل آیا مبتلا به بیماریهای عفونی شده است یا خیر ؟

سرخك - مخمك - بیماریهای پوست - بیماریهای حاد در راههای تنفسی - بیماریهای مخاط دهان مانع انجام عمل جراحی در حفره دهان میباشند .

در موقعیکه بعضی از بیماریهای کودکان مانند Heine Medin یا فلج اطفال شیوع مییابد حتی المقدور بایستی از انجام عمل جراحی در اطفال بظاهر سالم خودداری نمود . خالت عمومی بدكردك - کمبود وزن - اختلالات راههای تنفسی و یا جهاز هاضمه و غیره مانع عمل جراحی در كودك میباشند .

ولی نبایستی فراموش کرد که در موقعیکه جان بچه در خطر است هیچ چیز مانع عمل جراحی نیست و بایستی هر چه زودتر تصمیم بجراحی گرفت و جان كودك را نجات داد .

معاینه عمومی کامل و مخصوصاً معاینه کامل موضعی و رادیوگرافی و معاینات آزمایشگاهی از قبیل خون و ادرار و هیستولوژیک و انجام رآکسیون توبرکولین و غیره ما را به تشخیص صحیح و همه جانبه يك بیماری رهبری مینماید .

اصل عمومی جراحی یعنی انهدام هر چه کمتر نسوج در اطفال بخصوص بایستی هر چه بیشتر رعایت گردد زیرا اهمیت فوق العاده دارد . یکی از اشکالات بزرگ در جراحی حفره دهان اطفال كوچك بودن این حفره و عدم دسترسی کامل بآنست .

عمل جراحی بایستی در شرایط کامل استریل و خیلی ملایم و نرم و بایك روش صحیح انجام پذیرد و از له کردن انساج بایستی جداً پرهیز نمود زیرا مراعات نمودن این مسائل باعث بهبودی سریع و طبیعی زخم عمل میگردد بخصوص که انساج بدن كودكان استعداد فراوانی برای Regeneration

دارند .

قبل از انجام عمل جراحی حتماً بایستی موافقت کتبی والدین بچهره را گرفت و در موقع معاینه پزشک بایستی جلب اعتماد طفل را بنماید و باو هرگز دروغ نگویید غالباً طفل با ترس و لرز و اشک و زاری به پزشک مراجعه میکند و علت این مسئله آنستکه والدین بچهره را از طبیب و تزریق میترسانند و اگر با اینگونه اطفال پزشک نتواند کنار بیاید و یا ناشیگری بخرج بدهد ترس کودک از پزشک عمیقتر شده و اشکالات بیشتری در راه معالجه او ظاهر میگردد .

رفتار پزشک با کودک بایستی آرام و متین و توأم با مهربانی باشد در مواقع ضروری گاهی میتوان قدری خشن و جدی بود ولی بمحض اینکه کودک تسلیم شد بایستی باو مهربانی نموده و باو فهماند که این خشونت در جهت حفظ سلامتی و بهبودی او بوده است و نظر دیگری در کار نبوده است.

دکتر هوشنگ فرشید

مبحث اول

بیحسی Anesthesia

انجام هرگونه عمل جراحی در حفره دهان مستلزم بیحسی مطابق با آن عمل جراحی میباشد روش بیحسی و وسایل آن بایستی با دقت انتخاب شوند .

در اعمال جراحی کوچک سرپائی مانند درآوردن دندان – قطع نوك ریشه دندان – درآوردن کیست شکافتن آبسه بایستی قبلا بیحسی مورد نظر را داده تا کودک ابدأ احساس درد ننماید .

برای انجام اعمال جراحی درمانگاهی یا سرپائی بهترین و بی خطرترین بیحسی ها بیحسی موضعی میباشد .

با انجام بیحسی موضعی احساس درد را در موضع مورد نظر از بین میبریم در صورتیکه کودک کاملا هشیار است و میتوانیم با او صحبت کرده و او را مشغول سازیم تا از ترس منصرف گردد .

بعلاوه با اینطریق میتوانیم از اشکالات و خطرات جدی بیحسی عمومی در کودک پرهیز نمائیم عمل جراحی که بیشتر در کودکان انجام میشود عبارت از درآوردن دندانهای شیری است . این عمل جراحی را در صورتیکه ریشه ها تحلیل رفته باشد و دندان کاملا لق شده باشد میتوان بدون بیحسی انجام داد البته باید کودک را از نظر روحی آماده نمود .

جراحی دهان و فك و صورت کودکان

6

در کودکان ترسو و یاغی بایستی از وسایل فارماکولوژیک برای آرام نمودن آنها استفاده نمود زیرا در غیر اینصورت امکان از بین بردن وحشت و ترس کودک و انجام بیحسی موضعی و عمل جراحی موجود نیست.

در تمام جراحیهای درمانگاهی میتوان از بیحسی موضعی استفاده نمود جز در موارد خاصی که بایستی از بیحسی عمومی استفاده شود و ما در آینده از آن بحث خواهیم کرد.

بیحسی موضعی

پس از انجام بیحسی موضعی ما فقط احساس درد در محل عمل و تزریق از بین میبریم بیحسی موضعی بر عکس بیحسی عمومی بما امکان میدهد که بیمارمان کاملا هشیار باشد و این مسئله باعث تسهیل بیشتری در مراکز اعمال حیاتی کودک میگردد بعلاوه بما اجازه میدهد که از همکاری کودک در موقع عمل استفاده نماییم مثلا دهان خود را باز نگه دارد یا سر خود را در موقعی قرار بدهد و یا خون را نف نماید و با مهمتر از همه عکس العمل سرفه در تمام مدت عمل وجود داشته باشد.

برای انجام بیحسی کامل در کودک بایستی به آناتومی اعصاب و عروق نواحی فکی کاملا وارد بود و بعلاوه محل قرار گرفتن جوانه دندانهای دائمی و وضع آنها را نسبت به دندان شیری باید نظر گرفتن سن و رشد کودک دانست بعلاوه آنکه انجام بیحسی موضعی کار ساده ایست این نوع بیحسی در کارهای درمانگاهی روزانه بیش از سایر بیحسیها در کودکان استعمال میشود.

اگر محل تزریق را خوب انتخاب نماییم و روش کارمان درست باشد با مقدار کمی مایع بیحسی کننده میتوانیم کاملا کودک را بیحس نماییم. استعمال سوزن نازک و تیز و همچنین با مهارت و سریع فرو کردن سوزن در مخاط بدون

آنکه فشاری بان وارد آوریم درد كودك را بموقع تزریق تا حدود زیادی کم میکند تزریق بایستی آهسته باشد و تزریق سریع دردناک است .

بایستی بخاطر داشت که نه تنها سرسوزن بایستی تیز باشد بلکه بایستی نوك آن صاف و بدون خمیدگی باشد و بهمین خاطر است که در کار روزانه بایستی سوزنها را زود بزود عوض کرد .

سرنگهای دو میالی لیتری برای بیحسی در كودكان بسیار مناسب است برای جلوگیری از دهان بستن ناگهانی كودك در موقع تزریق میتوان از انگشت فلزی و قراردادن آن بین دندانهای بالا و پائین استفاده نمود اگر این وسیله را در اختیار نداشتیم میتوانیم از چوب پنبه های بزرگ استفاده نمائیم و یا اگر هیچ وسیله ای نبود بایستی شدت مراقبت از اعمال كودك بنمائیم تا خطری از قبیل شکستن سوزن پیش نیاید .

بعضی از مؤلفین میگویند اگر با انگشت گونه را بکنار زده و با انگشت دیگر از خارج بر روی آن فشار آوریم احساس درد کمتر میشود بعلاوه میتوانیم تا حدودی از حرکت سر كودك جلوگیری نمائیم .

عموماً بچه ها با دیدن وسایل جراحی بخصوص وسایل تزریق آرامش خود را از دست میدهند و بعضی از كودكان حتی در موقع تزریق و خود عمل و حتی پس از عمل مضطرب میباشند در اینگونه موارد بایستی قبل از تزریق و عمل از داورهای آرامش بخش استفاده نمود . من شخصاً شب قبل از عمل بکودك بrome و یا لومینال و یا لومینالت Luminalette , Luminale بر حسب سن كودك تجویز میکنم تا عکس العمل عصبی کم گردد و بعداً یکساعت قبل قبل بانها Veronal یا Bromural میدهم .

در كودكان عصبی و ناراحت در موارد خیلی نادر از مورفین

Pantopane, Dolantine, Morphine استفاده میکنم .

نبایستی ازدادن نارکوتیکها قبل از عمل و حتی حین عمل بکودكان

ترسید بشرط آنکه مقدار آنرا دقیقا تعیین نمائیم برای اینکه از ترس و وحشت کودکان جلوگیری بعمل آید بهتر است این داروها را در صورت امکان بصورت قرص داده و از تزریق آمپول خودداری نمود.

امروزه بجای داروهای نامبرده فوق از قرصهای Oblivon و Nembutal و غیره بمقداریک تا دو درصد استفاده میکنند و نتایج رضایت بخشی هم دارد تاثیر این داروهای خواب آور و آرامش بخشیدن است.

برای بیحسی موضعی در حفره دهان کودکان از محلول کسی لوکائین ۰.۱٪ تا ۰.۲٪ استفاده میکنیم البته مقدار مایع تزریقی نسبت به بزرگسالان بایستی خیلی کمتر باشد. برای درآوردن یک دندان تزریق یک میلی لیتر مایع بیحس کننده کفایت میکند.

اضافه نمودن آدرنالین بمایع بیحس کننده برای بدست آوردن یک محل عمل بدون خونریزی و همچنین دیر جذب شدن مایع بیحس کننده و در نتیجه طولانی شدن مدت بیحسی در کودکان تجویز نمیشود در بیماریهای قلب و نیروئید بخصوص نبایستی از محلولهای بیحسی آدرنالین دار استفاده نمود همچنین بایستی بخاطر داشت که در موقع بیحسی عمومی توام با بیحسی موضعی به مایع بیحس کننده نبایستی آدرنالین را اضافه نمود.

بیحسی موضعی همچنین خیای در نوزادان و شیرخواران در موقع عمل جراحی مورد استفاده قرار میگیرد اشتباه بزرگی است اگر آنها را بدون بیحسی قبلی مورد عمل جراحی قرار بدهیم و این فکر بعضیها که آنهاکه احتیاج به بیحسی ندارند فکر بسیار غلط و غیر منطقی است زیرا سیستم عصبی نوزاد را از بدو تولد بایستی از گزند هرگونه تحریکی مصون و محفوظ داشت.

دردیکه در نتیجه عمل جراحی در نوزادان ایجاد میشود باعث تحریکات مضر سیستم عصبی مرکزی میگردد که خود باعث اختلالات زودگلو و یا

حتی دائمی در اعمال فیزیولوژیکی نوزاد می‌گردد. در بچه‌های خیلی عصبانی که دارای اختلالات روانی و سیستم عصبی هستند نبایستی بیحسی موضعی داد.

یکی از داروهای خوب بیحسی کننده کسی‌لوکائین Lidocaine یا Xylocaine است زیرا تاثیر آن دو برابر بیشتر و زودتر از نوکائین Novocaine است به علاوه مدت بیحسی آن طولانی‌تر از نوکائین است هر چه غلظت محلول ایندارو بیشتر باشد شدت مسمومیت آن بیشتر است بنابراین در بچه‌ها از محلول ۰.۴٪/ نبایستی استفاده نمود زیرا فوق‌العاده خطرناک است.

بهترین مایع بیحسی کننده برای کودکان محلول ۱٪ یا ۲٪ Lignocaine یا Noradrenaline میباشد زیرا مدت مسمومیت آن خیلی کم است. Noradrenaline تاثیر ضعیفی دارد و درجه مسمومیت آن از آدرنالین کمتر است. ایجاد عوارض عمومی کمتر میکند مانند سنکوپ و یا طپش قلب و غیره از همه این داروها بهتر Corbasile است که متاسفانه هنوز در ایران ندیده‌ام و میتوان از آن بجای آدرنالین استفاده کرد.

کوروبازیل کمتر از آدرنالین عروق را تنگ میکند فشار خونرا بالا نمیبرد و ایجاد ازدیاد کار قلب را نمیکند و به علاوه تاثیر آن خیلی کوتاه است. در هیپرتیروئیدی و بیماریهای قلب نبایستی از آدرنالین و نور آدرنالین و حتی کوروبازیل استفاده نمود زیرا خطرات جدی در بردارد که گاه کودکانرا تا آستانه مرگ پیش میبرد و در اینگونه بیماران نبایستی از مایع بیحسی کننده خالص استفاده نمود.

بیحسی سطحی

بیحسی سطحی را میتوان با پاشیدن یا مالش مواد بیحس کننده در سطح مخاط و حفره دهان و یا بینی یا بر روی پوست ایجاد کرد. در اطفال

جراحی دهان و فک و صورت کودکان

غالباً میتوان بیحسی موضعی سطحی را با قرار دادن با مالش يك تامپون آغشته بمایع بیحس کننده بر روی مخاط دهان بدست آورد .

در موقع انجام اعمال جراحی کوچک و کوتاه مدت دندانپزشکی برای ایجاد بیحسی سطحی میتوان از کلروردنیل استفاده نمود . پس از آنکه در شیشه کلروردنیل را باز نمودیم فواره وار مایع بیحس کننده خارج خواهد شد جهت این فواره را عموداً بر محلیکه بر روی مخاط با پوست میخواهیم بیحس نمائیم منوجه میسازیم و فاصله شیشه از محل عمل بایستی در حدود سی سانتیمتر باشد .

در اثر بخار شدن مایع و یخ زدن انساج محل برای لحظه کوتاهی احساس درد از انتهای رشته های عصبی گرفته میشود .

علامت این مسئله سفید شدن انساج محل مورد نظر میباشد این نوع بیحسی بما امکان انجام اعمال جراحی کوچک را میدهد مانند باز کردن آبه پوئی باز بر پوئی و یا فرو کردن سوزن پونکیون ولی برای در آوردن دندان اینکار مناسب نیست .

در موقع انجام بیحسی سطحی با کلروردنیل بعلت تنفس مقدار زیادی بخار کلروردنیل بوسیله کزدك غالباً آنها فوراً بخواب میروند .

همچنین ممکن است در اثر تنفس مقدار بیش از اندازه بخار کلروردنیل عدس العمل فلج عضلات ایجاد شده و منجر بمرگ کودک گردد بهمین خاطر برای استعمال کلروردنیل در محیط دهان بایستی کاملاً آنرا از راههای تنفسی فوقانی جدا کرد .

همچنین بایستی مواظب بود که مایع بدن دانهای زنده و یازخم پر از عمل فوران پیدا نکند زیرا ایجاد درد فوق العاده شدیدی میکند . بعلاوه اگر مدت نسبتاً درازی فوران کلروردنیل بر روی نسج ادامه یابد باعث تکرور انساج میگردد و بواسطه سفتی زیاد انساج یخ زده برش مشکل میشود و اعاده

مجدد حرارت معمولی بدن ایجاد درد شدیدی در محل بنخزده مینماید .
 کوکائین Cocainom Hydrochloricum از داروهائی است که برای
 بیحسی سطحی مخاط دهان و بینی بصورت محلول ۱٪ تا ۱۰٪ استفاده
 میشود . قبلا بایستی محلی را که میخواهیم باین دارو بیحس نمائیم کاملا
 خشک کنیم . کوکائین خیلی سریع انتهای رشته‌های عصبی حسی را بیحس
 کرده و در عرض چند دقیقه بیحسی ظاهر میگردد .

میتوان با این وسیله محل فرو کردن سوزنهای تزریقی و پونکسیون
 را بیحس نمود و حتی میتوان دندان شیری لقی را بدون درد درآورد .
 کوکائین خیلی سریع بوسیله مخاط جذب شده و وارد گردش خون میگردد
 بهمین خاطر در موقع استعمال کوکائین بایستی احتیاط فوق‌العاده زیادی
 نمود زیرا آنها منجر بمرگ میگردد و در بچه‌ها غلظت محلول بایستی کم باشد
 و هیچگاه مقدار مصرفی ما نباید از ۲۵-۳۰ گرم تجاوز نماید .

اسپری کسی لوکائین ۲٪ و ۵٪ خیالی خوب بیحسی سطحی مخاط
 میدهد مسمومیت آن کم است و آنرا در شیشه‌های مخصوصی تهیه مینمایند
 که استعمال آن خیلی آسانست .

بیحسی موضعی

Per Infiltratio

این بیحسی نوعی از بیحسی موضعی است این نوع بیحسی غالباً در
 اطفال برای درآوردن دندانهای شیری رزکسیون آپیکال دندانهای بک‌ریشه‌ای
 و همچنین درآوردن کیستهای دندانی و بازکردن آبسه‌های زیرمخاطی بکار
 میروند . این بیحسی را با تزریق مایع بیحس کننده در زیرمخاط محل عمل
 جراحی ایجاد میکنیم . بیحسی در اثر تماس مایع بیحس کننده با انتهای
 رشته‌های عصبی ایجاد میشود .

جراحی دهان و فک و صورت کودکان

تزریق را با فرو کردن یک سوزن نازک و نیز بر روی مخاط محل مورد نظر شروع کرده و کم کم سوزن را به عمق اساج نرم میبریم بدون آنکه فشار زیادی وارد کنیم سپس مایع بیحس کننده را بتدریج و بتدریج در محلیکه میخواهیم بیحسی ایجاد شود وارد میکنیم .

در ابتدا اینکار را دهلیز دهان انجام میدهیم (برعکس اشخاص بالغ) زیرا درد این محل کمتر از طرف کام میباشد .

در بچه ها بیحسی ناحیه دهلیز دهان را با دهان باز انجام میدهیم زیرا بدین ترتیب راحت تر و بی خطر تر محل مورد نظر دسترس مییابیم پس از برگرداندن سر بچه به طرف مقابل و منصرف کردن توجه او با انگشت سیاه دست چپ گونه و لب او را بکنار میزیم و بدین ترتیب سعی میکنیم که هر چه بیشتر مخاط گونه کشیده شود تا عمل مورد نظر برای فرو کردن سوزن کاملا در دسترس سوزن و دید جسم ما قرار بگیرد سپس با سرعت و با مهارت سوزن را در زیر مخاط وارد کرده و بتدریج با وارد کردن مایع بیحس کننده سوزن را به عمق اساج نرم از ۳ تا ۵ میلیمتر فرو میکنیم لازم نیست که نوک سوزن ما با استخوان تماس پیدا کند زیرا عده ای عقیده دارند که در اطفال مایع بیحس کننده خیالی خوب در اساج نرم و سخت نفوذ میکند بعلاوه فرو کردن سوزن به زیر پوست و وارد کردن محلول در زیر آن ایجاد درد شدیدی میکند که بایستی در کودکان از ایجاد چنین دردهائی پرهیز نمود .

بیحسی در ناحیه کامی را هم نیز به همین ترتیب انجام میدهیم همیشه نمیتوانیم بیحسی در ناحیه کاه را در اطفال انجام دهیم زیرا این کار در اطفال ایجاد درد شدیدی میکند بهتر است این ناحیه را با اسیری کسی لوکائین ۵٪ بیحس نمائیم .

برای در آوردن دندانهای شیری تزریق بلنجهیلی لتر کسی لوکائین ۱٪ با ۲٪ کافی است زیرا مایع بیحس کننده باستانی در کودکان از استخوانیکه

کاملاً کالسیفیه نشده است عبور نموده و دیواره داخل آلونل را بیحرس مینماید .

برای درآوردن دندانهای مولر دائمی در اطفال حتماً بایستی بیحسی ناحیه‌ای داد زیرا در غیر اینصورت بچه احساس درد شدیدی مینماید که امری است فوق‌العاده بد برای روخیه کودک و اعتماد او به دندانپزشک را بخطر میاندازد .

بیحسی ناحیه‌ای

A. Regionalis

بیحسی ناحیه‌ای عبارتست از قطع ارتباط تنه‌عصبی در محل تزریق مایع بیحس‌کننده با سیستم مرکزی و در نتیجه تمام نواحی که از عصب مزبور عصب میگیرند بیحس میشوند . مایع بیحس‌کننده را بعصب و یا مستقیماً بنواحی اطراف و نزدیک آن تزریق میکنیم و پس از طی چند دقیقه احساس درد از ناحیه عصبی که تزریق در نزدیکی آن انجام شده است از بین میرود .

بیحسی شاخه‌های عصب سه‌قلو بما امکان اعمال بزرگتر جراحی را مانند درآوردن چند دندان و بایک کیست بزرگ و یا عمل رادیکال سینوس و یا درآوردن سکترهای استخوانی و یا جا انداختن استخوانهای شکسته فك و صورت و یا دوختن زخمهای صورت را میدهد .

در مواردیکه با ارتزیت و یا پریوستیت روبرو هستیم برای درآوردن دندان عامل حتماً بایستی بیحسی ناحیه‌ای را بدهیم تا از انتشار عفونت جلوگیری شود و بعلاوه تزریق در محل عفونی ایجاد درد شدیدی مینماید .
آنمی‌زاسیون Anemisation انساج در بیحسی ناحیه‌ای از بیحسی موضعی خیلی کمتر است آلونل پس از تزریق ناحیه‌ای خیلی بهتر از لخته خون پر میشود و در نتیجه زخم خیلی بهتر وزودتر التیام مینماید .

بیحسی شاخه‌های عصب سه‌قلو در فک بالا

در موقع بیحسی در فک بالا معمولاً کمتر باشکالی برخورد میکنیم زیرا بدنه استخوان خارجی فک بالا خیلی نازک است و دارای مقدار زیادی سوراخهای ریز که از آنها اعصاب و عروق عبور میکنند میباشد یک چنین نسج استخوانی شرایط سهلتری برای نفوذ مایع بیحس کننده بصق یعنی بشبکه عصبی فراهم میکند.

فک بالا از شاخه دوم عصب سه‌قلو بنام عصب فکی فوقانی N. Maxillaris عصب حسی را میگیرد.

بیحسی شاخه آلتلی فوقانی خلفی

Tuberal

سوزن را در ته دهلیز فوقانی بین دومین و سومین مولر فرو میکنیم سوزن را از پائین و جلو بطرف بالا و عقب و میانی هدایت میکنیم. در موقع تزریق نبایستی تماس سوزن با استخوان قطع شود و وقتی کاملاً بصق لازم رسیدیم میتوانیم با ملائمت مایع بیحس کننده را وارد نماییم. بایستی از سوزن ضخیمتر و بلندتر از سوزن معمولی برای بیحسی موضعی استفاده کرد.

در بچه‌ها بعلمت نازکی بدنه استخوان آلتلی بیحسی توبرال را با فرو کردن سوزن در عقب مولر دوم شبیری و در بچه‌های مسن‌تر بعد از دندان شرسالگی شروع کرده و وقتیکه بصق لازم رسیدیم مایع را وارد میکنیم و چون عصب لانه دندانی فوقانی خلفی در این محل قبل از ورود خود بداخل استخوان وجود دارد بیحس میگردد و در نتیجه دندانهای مولر بالا و مخاط دهلیز پس از چند دقیقه بیحس میگردد.

بیحسی عصب تحت کاسه چشمی N. Infraorbitalis

برای بیحسی این عصب با اشکال زیادی روبرو نمیشویم میتوان اینکار را از داخل و یا خارج دهان انجام داد .
در بچه‌ها بیشتر از راه داخل دهان انجام میدهم زیرا درد کمتری ایجاد میکند برای اینکار سوزن را در ته دهان فوقانی در بالای اولین و دومین تنایا فرو میکنیم و آنرا از جلوی بالا و عقب هدایت میکنیم سوزن را با احتیاط و با تماس با استخوان کم کم بعمق میبریم و پس از برخورد با سوراخ تحت کاسه چشمی سوزن ما با خلأی برخورد میکند و در این موقع کودک درد شدیدی نظیر برق‌گرفتگی احساس میکند . در موقع تزریق حتما بایستی نوك انگشت سبابه دست چپ بر روی کناره تحتانی کاسه چشم تکیه نماید تا از دخول سوزن بداخل کاسه چشم و آسیب رساندن بحدقه چشم جلوگیری بعمل آورد .

این بیحسی را خیلی بندرت در کودکان بایستی انجام داد و در اعمال بزرگ مانند عمل لب شکافته فوقانی میتوان انجام داد .
برای بیحسی دندانهای بالا مایع بیحس کننده را در مخاط ته‌دهلیز فوقانی در محل بالای آپکس دندانها تزریق میکنیم عینا مانند بزرگسالان .
در بچه‌ها بعلت تخلخل نسبی استخوان مایع بیحس کننده بخوبی از استخوان آلونل عبور نموده و دندانها را که بایستی در بیاوریم بیحس مینماید .
از طرف کام مایع بیحس کننده را در محل آپکس دندانیکه میخواهیم در بیاوریم تزریق میکنیم .

بیحسی عصب بینی - کامی

برای بیحسی این عصب مایع بیحس کننده را در فورامن انسیريوم

F. Incisivum بایستی تزریق نمود ولی اینکار در بچه‌ها مورد استفاده قرار نمیگیرد زیرا بعلت وجود رشته‌های عصبی زیاد تزریق فوق‌العاده دردناک است و بچه‌ها را نسبت به بیحسی بدبین میکند.

سوراخ ثنایانی نیم سانتیمتر در عقب ثناهای پای مرکزی در خط وسط قرار میگیرد.

بیحسی عصب کامی قدامی

با بیحسی این عصب‌ها می‌توان کاملاً فک فوقانی را بیحس نمود. اعصاب کامی قدامی (دوطرف) از سوراخ کامی عبور نموده و بسطح کام سخت آمده و بموازی استخوان آلونل بطرف جلو در فاصله يك سانتیمتری کناره آن تا ناحیه کائینها می‌رود.

سوراخ کامی یا **Palatinum** در قسمت عقب کام سخت در محل زاویه‌ایکه از محل برخورد زائده کامی و آلونل فک فوقانی بوجود می‌آید قرار دارد. این سوراخ در فاصله نیم سانتیمتری از کناره آلونل دومین مولر شیری بطرف داخل قرار دارد بنابراین بایستی سوزنرا در حدود يك سانتیمتر در جای سوراخ کامی فروبرد و در همین محل تزریق نمود تا از انتشار مایع بیحس کننده در انساج کام نرم جلوگیری بعمل آید زیرا بچه‌ها عکس‌العملهای بدی در مقابل بیحسی کام نره از خود نشان میدهند.

بیحسی شاخه سوم عصب سه‌قلو یا شاخه فکی تحتانی

برای انجام بیحسی و عمل جراحی بدون درد در فک بایستی آناتومی سوراخ فک تحتانی و چانه‌ای را در کودکان در مراحل مختلف رشد آنها خوب دانست.

يك کانال حقیقی فکی تحتانی در نوزادان تقریباً وجود ندارد و این کانال در نوزادان بصورت یکنوع ناودان باریک استخوانی است که در آن

جوانه دندانها قرار گرفته‌اند و با بیرون آمدن دندانهای شیری قسمت اسفنجی استخوان فك پائین رشد میکند و دیواره‌های کانال فکی تشکیل میشوند. و در این قشر استخوانی عروق خونی و اعصاب قرار می‌گیرند که از يك کپسول مشترکی از نسج همبند احاطه شده‌اند در سال اول زندگی کودک کانال فکی در کناره تحتانی تنه فك پائین قرار دارد و مستقیماً بر روی آن لانه دندان با تاج مولر اول که معدنی شده Mineralise است قرار گرفته است.

در کودک مسن‌تر قسمت اسفنجی استخوان فك پائین رشد بیشتری میکند و کانال فکی تحتانی در سطح داخلی شاخه بالارونده شروع به تشکیل شدن مینماید و در داخل بدنه فك تا سوراخ چانه‌ای ادامه می‌یابد و از سوراخ چانه‌ای بطرف خارج فك در جهت قسمت جلوئی میرود.

قسمت انتهائی کپسول عروقی - عصبی ناحیه جاو فك پائین یعنی چانه‌امشروب می‌سازد. Weissb'at , Steinhauser , Morel تحقیقاتی درباره اختلاف بین محل قرار گرفتن سوراخ فکی تحتانی در شاخه بالارونده در کودکان و بزرگسالان نموده‌اند

سوراخ فکی تحتانی در شاخه بالارونده در کودکان مسن‌تر غالباً در ارتفاع سطح جوئنده آخرین مولر پائین قرار دارد و یا در ارتفاع لبه استخوان آلونل پائین‌تر از سطح جوئنده مولرهای شیری قرار می‌گیرد و این محل با رشد کودک تغییر میکند یعنی با رشد استخوانهای صورت و فك این سوراخ کم کم بطرف بالای شاخه بالارونده تغییر مکان میدهد.

بیحسی عصب لانه دندان تحتانی

بیحسی ناحیه‌ای فقط در بچه‌های مسن امکان پذیر است بچه‌هاییکه دارای دندان شش سالگی هستند و کانال فکی در آنها تشکیل یافته‌است و

سوراخ فکی نسبت بقوس دندانی در محل مخصوصی جای گرفته است. در کودکان کمتر از شش سال از بیحسی ناحیه‌ای پائین استفاده نمیشود.

انجام بیحسی این عصب در کودکان و بزرگسالان فرق مختصری دارد و روش اینکار در بچه‌ها بدین ترتیب است که ابتدا بچه کاملاً دهانرا باز میکند سپس پزشك با انگشتان دست چپ بدین ترتیب شاخه بالارونده را در دست میگیرد که نوک انگشت شست در داخل دهان بر روی سطح جوئنده آخرین مولر تکیه نماید و انگشت سیاه از خارج در زیر لاله گوش تکیه نماید و بقیه انگشتان بایستی بر زیر کناره تحتانی بدنه فك در نزدیکی زاویه فك تکیه نماید.

با این روش نه فقط فك بیحرکت میشود بلکه از حرکات سر طفل جلوگیری بعمل میاید و در عین حال دبد کافی محالی را که بایستی تزریق در آنجا انجام شود تامین میکنیم.

برای بیحسی طرف راست پزشك در جلوی کودک میایستد و برای بیحسی طرف چپ فك بایستی در طرف راست کودک ایستاد.

سرتنگ را که از مایع بیحس کننده پر شده است در گوشه لب طرف مقابل قرار داده و سوزنرا در جهت شاخه بالارونده در ارتفاع نوک انگشت بالای سطح جوئنده مولرهای پائین در جهت داخل قریب یکسانتر در جلوی چین رجوی - فکی فرو میکنیم و سوزنرا بطرف عقب در انساج نرم هدایت میکنیم تا با استخوان برسد و پس از اسپیراسیون مایع را تزریق میکنیم. در موقع بیحسی عصب لانه دندانی تحتانی عصب زبانی هم بیحس میگردد.

این تزریق در کودکان با اشکالی برخورد نمیکند زیرا خیالی کم دردناک است اگر مایع را سریع تزریق نمائیم و یا اگر نوک سوزن با عصب تماس پیدا کند کودک خیلی شدیداً احساس درد مینماید.

بیحسی عصب چانه‌ای

برای بیحسی کامل فك پائین با چانه علاوه بر تزریق بالا بایستی تزریقی در داخل سوراخ چانه انجام دهیم . محل قرار گرفتن این سوراخ در کودکان با بزرگسالان قدری فرق دارد در نوزادان در نزدیکی کاین قرار دارد و در بچه‌های شش‌ساله در جلوی اولین مولر شیری قرار دارد .

برای بیحسی عصب چانه‌ای سوزن را از عقب و بالا بطرف جلو و پائین فرو کرده و مایع را در نزدیکی سوراخ چانه‌ای وارد میکنیم . با این تزریق دندانهای جلوی پائین آلوژها و لثه مخاط لب پائین و چانه بیحس میشوند . بچه‌ها اغلب این بیحسی را خوب تحمل میکنند و بیحسی عصب چانه‌ای کاملاً برای اعمال جراحی ناحیه چانه کافی است بشرط آنکه در روش کارمان دچار اشتباه نشده باشیم .

از بین رفتن احساس درد در بچه‌ها زودتر از بزرگسالان بروز میکند و به همین دلیل مقدار مایع تزریقی بایستی کمتر از بزرگسالان باشد .

برای انجام بیحسی موضعی و ناحیه‌ای در دهان کودکان عدم تجویزی وجود ندارد در کودکان مانند بزرگسالان در موارد بیماریهای قلب راههای تنفسی بیماریهای کایه بیحسی موضعی و ناحیه‌ای خطرات کمتر از بیحسی عمومی دارند. در اطفال از مایع بدون آدرنالین و یا مایع کوربازیل دارمیتوان استفاده نمود .

عوارض بیحسی موضعی

در کودکان مانند بزرگسالان ممکن است حساسیت نسبت بنوکائین دیده شود علائم عمومی آن عبارتست از : پریدگی رنگ پوست صورت –

تنگ‌نفس و تشنج و از علائم موضعی آن ممکن است لکه‌هایی در پوست تمام بدن ظاهر گردد. این حالت غالباً به‌عارض سختی بیمار را دچار می‌سازد. و برای آنکه از آن جلوگیری بعمل آید قبل از انجام بیحسی بایستی تست داخل‌جلدی نمود تا ببینیم آیا حساسیتی در کودک برای فلان مایع بیحس‌کننده وجود دارد یا خیر!

برای اینکار ۲٪ میلی‌لیتر مایع بیحس‌کننده مورد نظر را در داخل جلد دست بچه تزریق می‌کنیم. معمولاً در محل تزریق تاول سفیدی ظاهر میشود که بزودی از بین میرود ولی چنانچه طفل حساسیت داشته باشد پوست این محل و اطراف آن قرمز میگردد و این قرمزی پوست معمولاً پس از یکساعت از بین میرود.

این تست چندین بار بایستی تکرار گردد تا کاملاً مطمئن گردیم. در مواردیکه مشکوک هستیم و بایستی بیحسی را انجام بدهیم از این تست میتوان استفاده نمود. گاهی اوقات کودکان از ترس اجازه تزریق داخل‌جلدی را نمیدهند در اینگونه موارد بایستی یک یا دو قطره نوکائین در بینی کودک چکاند و نبض و فشار خون او را اندازه گرفت اگر کودک حساسیت داشته باشد نبض او زیاد و فشار خون او کم میگردد.

یکی از عوارضیکه غالباً در موقع تزریق دیده میشود عبور سوزن تزریقی از عروق خونی در موقع تزریق است و این مسئله باعث خونریزی داخل نسجی و ایجاد هماتوم میگردد و این هماتومها اگر چرکی بشوند در اطفال خیلی زود به یک‌عارضه عفونی شدید بدل گشته که حتی ممکن است بداخل جمجمه سرایت نمایند. و برای جلوگیری از اینگونه عوارض پس از فرو بردن سوزن باید اسپراسیون نموده و ملاحظه کرد که آیا سوزن داخل عروق خونی هست یا خیر!

عوارض عفونی پس از تزریق بیحسی موضعی یا ناحیه‌ای غالباً مربوط

به عفونت انساج محل تزریق میباشند که خوب ضد عفونی نگردیده اند و یا انتشار عفونت از محل تزریق بانساج اطراف در اثر فشار مایع بیحس کننده می باشد .

امکان ایجاد عفونت بوسیله سوزنیکه قبلا با دندان و یا زبان تماس پیدا کرده و خاصیت استریلی خود را از دست داده است نیز زیاد است .
عارضه دیگری که در موقع تزریق در ناحیه سوراخ فکی تحتانی پیش میاید شکستن سوزن میباشد و در آوردن سوزن شکسته از داخل انساج نرم اطراف سوراخ فکی تحتانی اشکالات فراوانی دارد که اغلب با عدم موفقیت روبرو میشود . در اطفال عصبانی و آنهاییکه دارای اختلالات روانی هستند بایستی از در آوردن این سوزنهای شکسته صرف نظر نمود و یا بهتر است اصولا از انجام اینگونه تزریقها صرف نظر نمود و بیحسی عمومی داد و اگر امکان بیحسی عمومی موجود نیست قبلا آنها را با دادن داروهای آرامش بخش کاملا آرام و بی تفاوت نمود .

یکی دیگر از عوارض بیحسی عصب فکی تحتانی کاز گرفتن لب پائین میباشد بایستی بکودک تذکر داد که لب او بیحس است و بایستی آنرا گاز بگیرد . معمولا سنکوپ و شوک در بچه ها مشاهده نمیشود .

بیحسی عمومی

در اعمال جراحی دهان بغیر از بیحسی موضعی و ناحیه ای گاهی مجبور هستیم در کودکان متوسل به بیحسی عمومی بشویم . بیحسی عمومی را در اطفال موقعی انجام میدهم که دیگر امکان استفاده از بیحسی موضعی و ناحیه ای موجود نباشد بیحسی عمومی در جراحی دندانپزشکی اطفال محاسنی دارد مثلا در کودک خطر ایجاد شوک روحی نمینماید . برای بیحسی عمومی کودکان باید از متخصصین بیحسی عمومی اطفال استفاده نمود زیرا

فیزیولوژی اورگانیزم کودک با بزرگسالان فرق بسیار دارد و بعلاوه اشکال دیگریکه متخصص بیهوشی با آن روبرو است دهان کوچک اطفال است که در عین حال محل عمل جراح و میدان عمل متخصص بیهوشی است و ایندو در آن حفره کوچک مدام مزاحم یکدیگرند.

در بچه‌هاییکه حساسیت فوق‌العاده و یا اختلالات روانی دارند و یا اینکه مبتلا به بیماری صرع Epilepsie هستند از بیحسی عمومی استفاده میشود البته در صورتیکه از نظر عمومی موارد عدم تجویزی وجود نداشته باشد.

نقصهای مادرزادی قلبی - ضایعات ریوی یا عفونت راههای تنفسی و عدم کفایت سیستم گردش خون موارد عدم تجویز بیحسی عمومی میباشد قبل از بیحسی عمومی بایستی کودک را یک متخصص اطفال معاینه دقیق نماید تا مانعی در راه انجام بیحسی عمومی موجود نباشد و اگر مانعی از نظر پزشک اطفال موجود نبود بایستی در روز عمل کودک را ناشتا نگهداشت و معده او بایستی کاملاً خالی باشد.

برای از بین بردن عکس‌العملهای شدید اطفال قبل از بیحسی عمومی بایستی آنها را طبق نظر متخصص بیهوشی آماده نمود . Premedication از داروهای خواب‌آور و یا آرامش‌بخش که تأثیر کوتاه دارند بایستی استفاده نمود . مانند Nembutal اگر لازم باشد از باریتوراتهاییکه تأثیر طولانی دارند استفاده شود بهترین آنها Veronal و Luminal میباشد.

داروهائی مانند Miltown و یا Oblivon , Bromural حس ترس را در کودک کم کرده و موقتاً آنها را بی‌تفاوت مینماید دادن داروهای آرامش‌بخش هم کودک را آرام میکند و هم تأثیر داروی بیحسی‌کننده را آسان میسازد و هم از بروز عوارض بیحسی عمومی جلوگیری مینماید . انتخاب داروی بیحسی عمومی و روش بیهوشی را در اختیار متخصص بیهوشی میگذاریم .

بیحسی عمومی در کودکان بایستی توسط متخصص ورزیده در

بیمارستان انجام پذیرد يك متخصص ورزیده کار جراح را آسان میسازد و از بروز حوادث ناگواریکه در کودکان خیالی زیاد اتفاق میافتد جلوگیری میکند .

بیحسی عمومی شرایط بسیار آسانی برای انجام اعمال جراحی کوچک بدون درد در کودکان فراهم میسازد ولی بخاطر داشته باشید که اینکار هیچگاه نبایستی در مطبها انجام پذیرد زیرا اینکار متخصص و تجهیزات کافی لازم دارد .

خواباندن اطفال با تزریق باربیتوراتها مانند Pentotale در داخل ورید فقط باید در اعمال جراحی کوتاه مدت از ۳ الی ۵ دقیقه مورد استفاده قرار بگیرد و اینکار هم حتما بایستی در بیمارستان انجام پذیرد زیرا گروهی از مؤلفین جداً مخالف استعمال درمانگاهی آن هستند . استعمال باربیتوراتها برای انجام بیحسی عمومی خطرانی در بردارد زیرا پس از استعمال مقدار زیادی از آنهاست که بیحسی عمومی ظاهر میگردد و مقدار زیاد آنها اثر سمی بر روی سیستم تنفسی و سیستم گردش خون میگذارد .

بیحسی از راه تنقیه

شرط اساسی يك بیحسی عمومی کامل آماده کردن صحیح کودک برای بیحسی عمومی است بآن معنا که کار سیستم عصبی بایستی ضعیف گردد و مطمئن شویم که در دوران قبل از بخواب رفتن کودک آرام خواهد بود . بخصوص در کودکان عصبی و آنهایکه دارای اختلالات روانی هستند اینکار اهمیت فوق العاده ای دارد. این حالت را یعنی حالت آرامش را میتوان با Premedication کودک کسب نمود .

در بیحسی عمومی اطفال برای ایجاد چنین حالتی از Avertine استفاده میکنند ایندارو را در آب حل نموده و به بچه تنقیه مینمایند .

مقدار آورتین بستگی بسن و حالت عمومی کودک دارد . چهار ساعت قبل از عمل کودک را تنقیه مینمائیم تا روده ها تخلیه گردد. آورتین را در آب گرم و مقطر حل مینمائیم مقدار آن برای هر يك كيلو گرم وزن کودک ۱ صدم گرم می باشد . آورتین را ده دقیقه قبل از عمل تنقیه می نمائیم تاثیر آورتین پس از ۵ الی ۶ دقیقه شروع میشود و تا يك الی دو ساعت ادامه دارد . پس از عمل جراحی مجدداً کودک را با آب شاربین دار بازای هر ۱۰۰ میلی لیتر آب دو قاشق شاربین تنقیه میکنیم مقصود از این عمل بی تاثیر ساختن بقایای آورتین باقیمانده در روده کودک میباشد . ضعف عمومی و بیماریهای تنفسی و شوکها و تومورهای مغزی باعث عدم تجویز این دارو میگردد .

امروزه برای انجام پرمدیکاسیون در کودکان از تنقیه باریتوراتها مانند Pentotal , Narconumal , Evipan محلول ۵٪ و یا شیاف استفاده میشود بخاطر داشته باشید که کودک تا بیدار شدن کامل بایستی در تحت نظر متخصص بیهوشی باقی بماند .



مبحث دوم

درآوردن دندانها

وظیفه اصلی تمام تخصصیهای دندانپزشکی يك چیز است آنهم نگهداری و حفظ يك قوس دندانی سالم .

روز بروز در سایه امکان بیشتر يك معالجه بهتر و با روشهای عملی صحیحتر تجویز درآوردن دندانها خوشبختانه کمتر میشود . ولی گاهی در اثر رشد عوامل عفونی و یا شرایط آناتومیکی ریشههای دندان معالجات دندانپزشکی ثمری ندارند و مجبور هستیم به معالجات جراحی متوسل بشویم .

عمل جراحی که از همه بیشتر ما در کار روزانه خود انجام میدهم عبارت از درآوردن دندانهاست درآوردن دندان عبارت از بریدن رباطهای دندانی است که ریشه دندان را در لانه دندان محکم نگه میدارد و درآوردن ریشه از لانه خود در صورت وجود کورتاژ نمودن کرانولومهایی است که در لانه دندان وجود دارد .

معمولا دوران پس از عمل بدون عارضه ای سپری میشود با وجود اینکه محل عمل بواسطه باکتریهای موجوده در دهان عفونی میگردد .

بایستی باین مسئله توجه کرد که درآوردن دندانها هر چند که عملی ساده و کوچک جراحی بنظر میرسد با وجود این از تأثیر بر روی اورگانسیم

انسانی بی بهره نیست و در آوردن دندان همیشه عملی بی تفاوت برای اورگانیزم نیست و گاهی ممکن است عامل خطرات جدی گردد بخصوص در موقعی که توام بایک ضایعات استخوانی لانه دندان باشد.

برای در آوردن دندانهایی که يك كانون عفونی اولیه هستند و مشکوک بان هستیم که اورگانیزم کودک را مبتلایک بیماری عمومی نموده اند احتیاط زیادی لازمست.

در صورت وجود ضایعات سختی مانند بیماریهای قلب و عروق خونی و روماتیسم و بیماریهای کایری مجبوریم دندان کودکان را در بیمارستان در بیاوریم.

تجویز و عدم تجویز در آوردن دندانهای دائمی در کودکان با بزرگسالان یکی است و فرقی ندارد. در موقع در آوردن دندانهای کودکان بمسئله رشد کودک حالت عمومی او و بمسئله دوران رشد سیستم جوئنده و وضع حفره دهان و بالاخره بیماری خود دندان بایستی توجه داشت.

موقعی نصمیم برای در آوردن دندان میگیریم که امکان معالجه دندانپزشکی و با جراحی وجود نداشته باشد.

تجویز برای در آوردن دندانها

تجویز در آوردن دندانهای شیری را بایستی خیالی محتاطانه گذاشت زیرا تاثیر منفی اینعمل بر روی رشد دندانهای دائمی را همه میدانید.

قبل از موقع در آوردن دندانهای شیری ممکن است باعث جاوگیری از رشد دندانهای دائمی گردد. در موقع در آوردن دندانهای شیری بایستی از مقدار تحایل ریشه آنها اطلاع کافی داشت و همچنین طرز قرار گرفتن ریشه های دندان شیری را نسبت بجوانه دندان بخوبی دانست.

درالر زود در آوردن دندان شیری دو دندان مجاوره بیکدیگر نزدیک

شده و باعث درآمدن دندان دائمی در محل غیرطبیعی و درخارج قوس دندانی و یا نهفتگی آن میگردد .

درآوردن دومین مولر شیری قبل از درآمدن دندان شش سالگی باعث میشود که این دندان آخری در محل دندان پرموار دربیاید و دندان پرمولر که جایی ندارد ممکن است درخارج قوس دندانی دربیاید و رشد آن ناقص بماند .

درآوردن دندان شیری لق که ریشه های آن تحایل رفته است مانعی در راه رشد و فرء یافتن دستگاه جوئنده ایجاد نمی کند . بلکه باعث سهولت درآمدن دندان دائمی میگردد .

از تمام این مطالب چنین برمیاید که قبل از درآوردن دندان شیری بایستی از مقدار تحایل ریشه های آن و نسبت آن بجوانه دندان کاملاً بخوبی آگاه شد و در موارد مشکوک میتوان رادیوگرافی نمود . دندانهای شیری عفونی را بدون درنظر گرفتن سن کودک بایستی درآورد زیرا گذاشتن يك كانون عفونی در دهان ممکن است باعث يك بیماری خطرناك عمومی و عوارضی دراورگانيسم بچه گردد .

درحالت عفونی حاد در اغاب موارد بایستی دندان شیری و اگر لازم باشد دندان دائمی را هم درآورد بخصوص دندانهای چند ریشه ای .

دندانهای سالم شیری را گاهی برحسب خواهش کتبی ارتودونست در میاوریم . دندانهای خارج قوسی را اگر معالجه ارتودونتیک نتیجه نداشته باشد با اجازه متخصص در میاوریم .

در موقع معالجه جراحی مالفورماسیونهای فکی وقتی مجبور هستیم دندان را درمی آوریم بایستی سن کودک و همچنین استعداد به پوسیدگی دندانها را در مدنظر قرار داد .

عدم تجویز درآوردن دندانها

عدم تجویز درآوردن دندانها در کودکان مانند بزرگسالان است و مربوط بحالت عمومی کودک و وضع موضعی حفره دهان میباشد. عدم تجویز مطلق برای درآوردن دندانها در کودکان وجود ندارد بلکه عدم تجویز نسبی وجود دارد.

برای درآوردن دندانها در کودکان مبتلا به بیماریهای سخت قلبی و عروقی و یا سایر بیماریها حتما بایستی با متخصص اطفال مشورت نموده و از نظر او پیروی نمود.

در اطفال مبتلا به روماتیسم درآوردن دندانها بایستی در تحت تاثیر پنی سیلین باشد یکی دوز روز قبل از عمل بایستی پنی سیلین داده و تا چند روز پس از عمل هم ادامه داد و بهر فرته از ۷ تا ۱۰ روز بایستی پنی سیلین تزریق نمود.

در دوران بیماری یرقان که باعث اختلالات نسج کبدی میگردد جذب ویتامین K از روده ها دچار اشکال میگردد و بعلاوه ایجاد پروترومبین کم میشود این مسئله خود باعث خونریزیهای شدید پس از عمل میگردد.

این حالت را قبل از عمل بایستی ترمیم نمود با دادن ویتامین K از راه غیر روده ای این کار امکان پذیر است یعنی تزریق آن در موقع آنمیها یا کم خونیها گلبولهای قرمز و یا هموگلبین خون و یا هردوی آنها با هم کم میشوند در اینگونه موارد امکان بروز عوارض پس از عمل زیاد میشود بخصوص در اثر ازدیاد زمان سیلان امکان خونریزی طولانی وجود دارد.

قبل از عمل بایستی کودک را بر حسب نوع کم خونی آماده عمل نمود مشورت با متخصص خون الزامی است در صورتیکه بدون آمادگی مجبور باشیم کودک را مورد عمل جراحی قرار بدهیم حتما بایستی قبل از عمل

بادر نظر گرفتن گروه و Rh خونی ترانسفوربیون خونی نمود .

دردوران لوسمی حاد لنفاتیک معمولا خونریزیهای خودبخود کوچک از نوک لانگستها وجود دارد و درموقع وجود ضایعات مخاط دهان خونریزیهای خودبخود شدید دراین بیماری دیده میشود . کوچکترین زخم و ضربه باعث خونریزیهای شدید میگردد .

در دوران لوسمی درآوردن دندانها ابتدا تجویز نمیشود و اگر بدون تشخیص بیماری لوسمی دندانی را دربیآوریم باعث خونریزی فراوان و مرگ بیمار میشویم . اگر با چنین مسئلهای روبرو شدیم بایستی خون به بیمار تزریق نمائیم و موضع را با تامپوناد اسفنجهای آغشته به ترومبین بایستی پانسمان نمود و بهتر است روی این پانسمان را با ورقه آکریلی و یا استنسی بیوشانیم و اینقدر تزریق خونرا ادامه بدهیم تا زخم در زیر پانسمان التیام یابد .

دراین بیماری موقعی میتوانیم دست بعمل جراحی بزنیم که جان بیمار در معرض خطر جدی قرار گرفته باشد مشورت با پزشک متخصص بیماریهای خونی الزامی و اجباری است .

دردوران بیماریهای حاد واگیردار مانند سرخک - مَخْمَلَك - آبله - آنژین و گریپ و درحالات حاد بیماریهای مخاط ویا لثه درآوردن دندان تجویز نمیشود .

در موقع وجود هرپس بر روی لب و یا مخاط و یا اطراف دهان و بینی عدم تجویز درآوردن دندان وجود دارد زیرا ویروس از راه خون داخل اورگانسیم شده و ایجاد مننژیت ویروسی مینماید که با مرگ کودک توأم است .

روش درآوردن دندانها

درآوردن دندانهای شیری معمولاً مشکل نیست بخصوص موقعی که ریشه آنها تحایل رفته باشد چنانچه تحایل ریشه‌های دندانهای شیری بطور طبیعی صورت گرفته و دندان شیری تا درآمدن دندان دائمی دوام پیدا کند غالباً در اینموقع فقط تاج باقیمانده و خودبخود میافتد و این تاج بدون ریشه بوسیله دندانیکه درحال رشد است بخارج رانده میشود .

در مواردیکه دندان شیری باوجود طی دوران طبیعی درآمدن دندان دائمی درآونل باقیمانده بایستی بفکر امکان وجود اختلالاتی در رشد دندانهای کودک بیافتید .

بایستی این اختلالات را بدقت جستجو کرد ابتدا میتوان از ناحیه مورد نظر رادیوگرافی نمود و روشن ساخت که آیا جوانه دندان دائمی در فک وجود دارد یا خیر؟ و اگر وجود دارد آیا طرز قرار گرفتن آن در فک طبیعی است؟

چنانچه رادیوگرافی بمانشان داد که جوانه دندان دائمی وجود ندارد و ریشه دندان شیری تحایل نرفته است دندان شیری را بحال خود باقی میگذاریم زیرا ایندندان میتواند بمدت خیالی طولانی کار دندان دائمی را انجام دهد . درآوردن دندانهای شیری بخصوص دندانهای جلو و پائین ابتدا اشکالی تولید نمینمایند . درآوردن این دندانها با حرکات اصالی چرخشی انجام میگردد برعکس درآوردن دندانهای مولر شیری غالباً ایجاد اشکال مینماید . ریشه‌های دندانهای شیری ممکن است تحایل نرفته و در آونل در کنار دندان دائمی قرار بگیرند و بدین ترتیب شرایط خوبی برای ایجاد پوسیدگی در دندانهای مجاور فراهم سازند و یا آنکه موافق دوسر راه تشکیل طبیعی قوس دندانی ایجاد نمایند درآوردن این گونه ریشه‌ها از بین جوانه‌های

دندانهای دائمی ممکن است خیلی مشکل باشد مجبور باشیم اینگونه ریشه‌ها را بطریق جراحی دریاوریم بدینطریق که پس از بیحسی و ایجاد لامبوی ذوذنقه‌ای قدری از تابل اکسرن آلوتل را برداشته و سپس بكمك الواتور و یا قام دتارتراز ریشه را بخارج میرانیم .

اشکالات درآوردن مولرهای شیری مربوط به آناتومی ساختمان ریشه‌های آنهاست ریشه‌های دندانهای مولر شیری غالباً کج و چنگکی شکل بوده و تاج جوانه دندان دائمی را دربر میگیرد و بهمین علت غالباً درموقع درآوردن تاج دندان شیری میشکند و ریشه‌های باقی مانده را بایستی ازهم جدا نموده و هر کدام را اعیجده کشید .

این روش بخصوص از آسیب رساندن بجوانه دندان دائمی و یا درآمدن آن با ریشه‌های دندان شیری جلوگیری بعمل میآورد .

گاهی در موقع درآوردن دندان شیری اتفاقاً ممکن است آسیبی به تاج جوانه دندان دائمی وارد آید و بسا آنکه بطور غیر عمد این جوانه درآورده شود. در این حالت چنانچه جوانه دندان در شرایط استریلی درآورده شده است و به کیسه بافت همبندی که آنرا احاطه نموده است لطمه‌ای وارد نشده است میتوان این جوانه را بمحل اولیه خود در فك برگرداند و بدین طریق امکان پیوند مجدد جوانه بفك خیای زیاد است و مهمتر از همه آنکه جوانه دندان نمیمیرد زیرا کیسه‌ایکه جوانه را احاطه نموده است با آن بوسیله عروق خونی پولپ در حال تشکیل مرتبط میشوند . پس از قراردادن مجدد جوانه در آلوتل مجدداً گردش خون بین این کیسه و عروق موجوده در فك و همچنین پولپ جوانه برقرار میشود و از سردن آن جلوگیری بعمل میآورد . برای درآوردن دندانهای شیری میتوان از داروها والواتورهای دندانهای دائمی استفاده نمود. بعضی از دندانپزشکان از وسایل مشابه ولی کوچکتری استفاده میکنند و بعقیده من این وسایل کوچك بهتر است زیرا با شکل تاج کوچك

دندان شیری تطبیق مینماید و بهتر در دهان کوچک اطفال جای میگیرد .
 بعضیها داویه را در دست مخفی میکنند تا بچه نبیند و به بچه دروغ گفته
 و بی خبر دندان او را در میاورند اینکار از نظر روحی فوق العاده مضر است و
 نایستی از آن استفاده شود بعلاوه اینکار اسباب استریل را کثیف نموده و
 باعث ایجاد عفونت میگردد .

بهترین داویه‌ها بمقیده من داویه‌های نوع Berten است طرز در آوردن
 دندانهای شیری مانند دندانهای دائمی است با این فرق که نایستی آنها را
 خیای محکم گرفته و فشار زیادی بآنها وارد آورد من شخصا با استعمال
 الواتورها در بچه‌ها مخالفم زیرا به جوانه‌های دندانهای دائمی لطمه وارد
 می‌آورد و اگر مجبور باینکار بشویم باید آنها را با احتیاط فوق العاده زیاد انجام
 داد . کوچکترین اعمال جراحی در دهان کودکان بایستی مصممانه سریع و
 بدون درد انجام پذیرد تا از تاثیر بد روحی اینکار جاوگیری بعمل آید و کودک
 را به تشویق بمعالجات بعدی بنماید .

در موقع در آوردن دندانهای اضافی نهفته در کودکان غالباً باشکالات
 مهمی برای تعیین موقعیت واقعی این دندان برخورد میکنیم . تشخیص
 موقعیت صحیح دندانهای اضافی نهفته گاهی در موقع عمل ما را دچار شك
 و تردید میسازد و گاهی موجب اشتباهات زیادی میگردد بنابراین الزامی
 است که قبل از موقعیت صحیح این دندانها را بدقت نسبت بدندانهای دیگر تعیین
 نمود . که آیا این دندان در طرف لبی و یا گونه‌ای و یا در طرف زبانی و کلمی
 قرار گرفته است و اینکار فقط بوسیله رادیوگرافی از چند جهت مختلف
 امکان دارد و بایستی سایه دندان نهفته را با سایه دندانیکه در قوسی دندانی
 وجود دارد مقایسه نمود اگر سایه خیلی واضح و روشن است معلوم میشود
 دندان در نزدیکی محل قرار گرفتن فیلم در دهان یعنی غالباً در محل زبانی و
 کلمی است ؟ و اگر سایه خیالی واضح نباشد معلوم میشود دندان نهفته در راز

فیلم یعنی در محل لبی و یا گونه است .

گاهی اوقات در موقع معاینه با انگشت میتوانیم برجستگی دندان نهفته را در زیر انگشتان احساس نمائیم و یا اگر دندان مجاور بطرف لب و یا گونه رانده شده است معلوم میشود دندان نهفته در کام و یا قسمت زبانی است و یا بالعکس زیرا ایندندان نهفته مانعی برای رشد دندان در محل طبیعی خود گردیده است .

دندان نهفته و اضافی باعث و علت بیرون نیامدن دندان طبیعی میگردد دندانهای اضافی ممکن است در چند نفر از یک خانواده دیده شود . در آوردن این دندانها بطریق جراحی بایستی در دوران هرچه زودتر رشد آنها انجام یابد و علت این مسئله آنستکه موانعی در مقابل رشد دندانهای طبیعی دیگر وجود نداشته باشد .

در کودکان مسن تر دندانهای اضافی را اگر دارای فرم طبیعی بوده و محلی در قوس دندانی مجاور خالی باشد میتوان با اعمال جراحی و ارتودونتیك بآن محلها جابجا نمود .

در مواردیکه تعیین موقعیت دقیق دندان مقدور نیست عمل جراحی را بدین ترتیب انجام میدهیم :

پس از اجرای بیحسی لامبوی ذو ذنقه ای را مثلا در طرف کام تهیه نموده و بعداً بكمك چکش و اسکنه استخوان آلونلی را بر میداریم تا دندان ظاهر شود و سپس بكمك الواتور آنرا در میاوریم اگر چنانچه دندان در این ناحیه ظاهر نشد حتما در دهلیز قرار دارد و همین کارها را از طرف دهلیز دهان انجام میدهیم و سپس زخم را میدوزیم .

کودکان غالباً این عمل را با بیحسی موضعی تحمل میکنند بشرط آنکه قلا خوب پرمدیکاسیون شده باشد .

مراقبت‌های پس از درآوردن دندانها

پس از درآوردن دندانها بایستی کاملاً ریشه آنها را بازرسی نمود برای آنکه مطمئن شویم که تمام دندان درآورده شده است. همچنین بایستی دید که در داخل آلونل خورده‌های دندان با استخوانی و یا جسم خارجی دیگری باقی نمانده باشد و اگر لیه‌های آلونل با سپریم بین ریشه‌ها نیز است بایستی آنها را با کمک Luer صاف نمود.

یکی از اشکالاتیکه پس از درآوردن دندان شیری موجود است این است که آیا ریشه دندان شکسته است و یا تحلیل رفته است ولی اگر دوران تحلیل ریشه‌ها را بخوبی بخاطر داشته باشیم میتوانیم این مسئله را حل نمائیم و علاوه بایستی کاملاً آلونل را بررسی نمود تا مطمئن شد که ریشه‌های در داخل آن وجود ندارد چنانچه با وجود استفاده از تمام این امکانات باز هم مشکوک باشیم میتوانیم متوسل بر ادیوگرافی بشویم و از محل دندان درآورده شده عکس برداری نمائیم مریض را موقف باید مریض نمود که هیچگونه شك و تردیدی برای ما موجود نباشد.

در موارد حاد عفونی در ناحیه اطراف آپکس بجای گذاشتن قسمتی از ریشه مانع از درناز کامل ترشحات عفونی و چرك میگردد و در موارد مزمن عفونی در ناحیه آپکس ریشه بجا مانده مانع کورتلا گرانولوم میگردد.

بطوریکه مبداید درآوردن کامل دندان فقط درآوردن دندان نیست بلکه درآوردن کلیه ضایعات نولدریشه بایستی با آن توام باشد مسئله کورتلا آلونل دندانهای شیری مسئله است قابل بحث که هنوز بطور قطع حل نشده است ولی شخصاً با کورتلا آلونل دندانهای شیری بعلت آسیبی که ممکن است بجوانه دندان دائمی در موقع کورتلا بوسیله اسباب وارد آید مخالف زیرا جوانه دندانهای دائمی غالباً بلافاصله در زیر ریشه دندانهای شیری

يك ریشه‌ای قرار گرفته‌اند و دردندانهای چندریشه‌ای دربین ریشه‌ها جای گرفته‌اند و خیلی زود مورد صدمه اسباب قرار میگیرند . و اگر چنانچه موقعی مجبور باشیم آلونل دندان شیری را کورتاژ نمائیم بایستی اینکار با احتیاط فوق‌العاده زیاد و یا ملایمت انجام پذیرد تا از آسیب رساندن و یا حتی درآوردن آن جلوگیری شود .

باقی گزاردن گرانولومها ممکن است باعث ایجاد کیست فکی و یا عوارض عفونی چرکی شوند و این مسئله یکی از دلایل قوی طرفداران کورتاژ آلونل دندانهای شیری میباشد ولی من معتقدم با رشد جیرانه دندان دائمی این ضایعات نوك ریشه‌ای بخارج رانده میشوند و کورتاژ بوسیله طبیعت در شرایط بهتری انجام میگیرد .

پس از اتمام عمل زخم را با يك گاز استریل میپوشانیم تا از ورود بزاق بآن جلوگیری شود و لخته خون بخوبی در داخل آلونل تشکیل گردد . دربیست و چهار ساعت اول دستور شستشو نمیدهیم تا لخته کنده شود و دستور بستنی و مایعات سرد میدهیم . از دستور غذاهای سفت و جویدنی بایستی پرهیز نمود .

تامپون استریل را بچه برای مدت نیمساعت محکم گاز میگیرد و بعد با يك حرکت زبان آنرا بدور میاندازد .

در صورت وجود حالات حاد عفونی و اطراف آپکس ریشه دندان نبایستی با تامپون روی زخم را پانسمان نمود تا ترشحات چرکی بخوبی جریان یافته و خارج گردد .

در بچه‌ها خونریزی بیش از بزرگسالان مشاهده میشود زیرا مایع بیحس کننده تزریقی بدون آدرنالین میباشد .

عوارض پس از درآوردن دندانها

خونریزی - خونریزی بلافاصله پس از عمل پدید می آید طبیعی و لازم در کودکان معمولاً با کمی انقباض خون بر خوردن می کنیم و لخته خیلی زود و خوب در آلوتل تشکیل می شود.

خونریزیها معمولاً چند دقیقه پس از عمل ظاهر می شوند و هر چه دیرتر خونریزی شروع شود خطر آن بیشتر است. قبل از معالجه خونریزی همیشه بایستی بدقت علت آنرا یافته و بررسی نمود و برای اینکار قبل از همه چیز بایستی زخم پس از عمل را بازرسی نمود و با کورت تمام لخته را خارج ساخت و با يك گاز استریل زخم را تمیز کرد و با دقت کامل دیواره ها و ته آلوتل و همچنین وضع لثه ها را معاینه نمود. ساده ترین راه برای بند آوردن خونریزی ایجاد فشار بموضع خونریزی است و برای اینکار تامپون استریلی را در محل قرار داده و بکودك دستور می دهیم با فشار هر چه بیشتر آنرا گاز بگیرد و یا میتوان دور سر و فك كودك را با بانده محکم بست تا دهانرا باز نکند.

اگر زخم وسیع باشد میتوان کناره های آنرا با بخیه دوخته و بیکدیگر نزدیک کرد از نظر عمومی میتوان ویتامین K از ۲ تا ۵ میلی گرم بصورت تزریقی و یا از راه دهانی داد. ویتامین C بمقدار ۲۰۰ میلی گرم هم در موثری بازی میکند ویتامین C را میتوان از راه دهانی داد چنانچه تولید اختلالات گوارشی نمود میتوان با کلسیم مخلوط نموده داخل وریدی تزریق نمود.

اگر با ویتامین C ویتامین P هم از راه دهانی بدهیم تأثیر ویتامین C در مجاورت P چندین برابر میگردد و عروق شریه را میبندد.
بچه تا آخر خونریزی بایستی تحت نظر پزشك باشد و پس از آنکه کاملاً خونریزی بند آمد میتوان با دستورات لازم او را بمنزل فرستاد.

عوارض آماسی پس از درآوردن دندانها:

عوارضی که میتوانند بروز نمایند محدود بلانه دندان و انساج اطراف آن و یا غده‌های لنفاوی مربوط بآن ناحیه نمیشوند بلکه در کودکان خیلی زود ضایعات حاد عمومی که دارای ماهیت سپتیک میباشند ظاهر میگرددند. در حله اول حالت آماسی ممکن است محدود بالوئل و انساج اطراف آن سرایت نماید. علائم این عوارض عبارتست از تب - تورم - درد و حالت عمومی بد.

معمولاً در اینموقع لانه دندان پرازلخته خاکستری رنگ متعفن است و زخم آلوئل استعداد التیام یافتن را نشان نمیدهد.

در اینگونه موارد بایستی زود و بطور قاطع معالجه را شروع نمود تا نتیجه خوب گرفت. با بیحسی موضعی و یا ناحیه‌ای محل را بیحس نموده و سپس با يك كورت تمام لخته فاسد را خارج نموده و آلوئل را با آب اکسیژنه ۳٪ خوب میشوئیم و بعداً با محلول بیکربنات دوسود و یا محلول نمك Hypertonique مجدداً محل را شستشو میدهیم و بعد آلوئل را بامشی آغشته بكامفونل و یا پدوفورم پر میکنیم این داروها خاصیت ضد عفونی کننده داشته و انساج را تحريك نمیکند و اینکار را همه روزه تا التیام زخم بایستی ادامه داد.

شخصاً با گذاردن مش در داخل آلوئل مخالفم و بجای آن توصیه میکنم آلوئل را پس از شستشوی کامل با خمیری از اژنل و پودر خالص سولفامید که خود تهیه میکنیم پرنموده و این پانسمان را همه روزه ادامه میدهیم.

مبحث سوم

استیتتهای استخوان فکین که عامل دندانی دارند

Osteitis Dentogenes

تورم استخوانهای فکی در اطفال بیماری است که غالباً دیده میشود بنابر ماهیت ساختمانی مخصوص استخوانهای فکین و وجود جوانه‌های دندانی و سیرومشی و علائم و تصویر کلینیکی تورم - استخوانهای فکی در کودکان با بقیه استخوانهای اسکلت فرق دارد.

استخوان فك پائین استخوانی است مسطح و تشکیل شده از تیغه خارجی و داخلی استخوانی فشرده یا Corticale و بین این دو تیغه پر از قسمت اسفنجی استخوانی است که در آن مغز استخوان قرار دارد. استخوان فك بالا استخوانی است توخالی یا Pneumatique باین معنی که در داخل آن حفراتی وجود دارد که پر از هوا میباشند.

قوس آلونلی و نویر ماگزیرار فك بالا از استخوان اسفنجی تشکیل شده است که داخل آن پر از مغز استخوان است.

هر دو استخوان فکین با استخوانهای بلند این فرق را دارند که دارای مجرای مغز استخوانی مشخص و فرم یافته‌ای نیستند.

تمام این عوامل آناتومیکی استخوانهای فکین باعث میشوند که خیای زود ضایعات آماسی عفونی بقسمتهای وسیعی از استخوان و انساج نرم

اطراف آماس عفونی آن انتشار یابند .

مقصود از استئومیالیت استخوان فکین آنستکه حالت آماسی حاد و وسیعی که در حال پیشرفت است تمام قسمت‌های استخوانی فکین را اعم از قسمت کورتیکال و اسفنجی و پریوست فرا گرفته است .

علت تورم‌های استخوانی فکین میکربهای مختلف پاتوژن میباشند .
 Staphylococcus Aureus و استافیلوکوک سفید Sta. Albus و Streptococcus Hemolyticus و گاه بندرت عامل آن Diplococcus Pneumoniae و یا Bacterium Coli و یا عامل مولد حصه Bac. Typh. Abdominalis میباشند . این بیماری ممکن است از راه‌های مختلف انتشار یابد . بنابر منشاء و راه انتشار عفونت انواع مختلف آماس‌های استخوانی فکی را از هم تشخیص میدهیم .

۱ - استئیت‌هاییکه عامل دندانی دارند :

در بچه‌ها ممکن است در اثر عفونت جوانه‌های دندانی و یا در اثر عوارض بیرون آمدن دندان‌های شیری و یا دائمی این بیماری ظاهر گردد .

۱ - استئیت‌هاییکه از راه خون ایجاد میشوند :

عامل اولیه بیماری در اورگان دیگری از بدن وجود دارد و از آنجا عفونت از راه خون به استخوان فکین منتقل میشود .

۳ - در جریان بیماری‌های عمومی در نوزادان که عامل عفونت کوکسیها میباشند .

۴ - آماس استخوان‌های فکین که عامل ضربه میباشند که در اثر وارد آوردن آسیب با استخوان است بخصوص در زمان تولد این ضربه وارد میشود . و آنها را ضربات زایمانی هم مینامند .

۵ - استئیت‌هاییکه عامل آن مسمومیت‌های شیمیائی میباشند :

در نوزادان و شیرخواران غالباً در اثر عفونت حفره دهان و یا در زمان سپر يك بیماری عمومی فکی دیده میشوند .

در استئیت‌های فکی کودکان ضربات زایمانی بیماری‌های پستان مادر عدم بهداشت دهان رل موثر و اساسی را بازی میکنند .

در کودکان مسن‌تر میکربها مستقیماً ممکن است از حفره دهان بداخل استخوان نفوذ یابند البته در اثر وجود استوماتیتها و یا آسیبهای دیگری بمخاط دهان وارد شده است . این مسئله بیشتر در موقع درآمدن دندانهای شیری و دائمی دیده میشوند .

استئیت‌های فکی در کودکان در جریان بیماری‌های دوران کودکی مانند سرخک - مخمک - دیفتری آبله و یا گریپ و حصبه و یا در جریان سیر بیماری‌های اسپس‌فیک مانند سل و سیفایس دیده میشوند . استئیت‌های فکی میتوانند موقعی ظاهر شوند که در مجاورت استخوان يك کانون عفونی مانند آبسه یا کورک و یا حتی زخمهای کوچک جلدی وجود داشته باشد . عام‌های مستعد کننده این بیماری عبارتند از ضربه‌ها عدم تغذیه کافی کورک - کمبود ویتامینها و عدم بهداشت دهان .

بعلت ساختمان اسفنجی استخوان فکین بخصوص در کودکان عفونت خیلی زود در آن انتشار یافته و باعث استئیت میگردد .

بعلت انتشار سریع عفونت در زمان کوتاهی حالت آماسی بجوانه‌های دندانی سرایت نموده و ممکن است باعث مردن و دفع آنها بصورت سکتر از راه فیستولها گردند .

بایستی بخاطر داشت که جوانه‌های دندانی خیلی زود نمیمیرند بنابراین بایستی سعی نمود آنها را نگهداشت و چون استخوان زودتر میمیرد و بصورت سکتر در میاید در موقع سکتر کتومی حتی المقدور بایستی از درآوردن جوانه‌های دندانی خودداری نمود مگر آنکه در حال دفع شدن باشند . در بچه‌های مسن‌تر استئیتها غالباً در اثر وجود عفونت دودندانهای



استثیت فك پائین باعامل دندانى

کاتکره شیری و یا دائمی پیدا میشوند این استیتهائیکه عامل دندان‌دانی دارند غالباً اشکالاتی در راه معالجه فراهم میکنند و بیشتر در کودکان ۵ تا ۱۰ ساله که دندانهای شیری آنها با دائمی عوض میشوند ظاهر میگردد بعلاوه در این سنین پوسیدگی دندانها و عوارض آنها بیش از مواقع دیگر است .

استیتهای حاد فکی

استیتهای فکی را در کودکان میتوان بحاد تحت حاد مزمن تقسیم نمود بایستی استیتهای محدود که قسمت کوچکی و یا منتشر که قسمت بیشتری از استخوان را دربر گرفته است از هم تمیز داد. بعلت آنکه اورگانیزم کودک هنوز مقاوم نشده است گاهی استیتهای فکی در کودکان خیالی خطرناک گشته و منجر بمرگ میگردد .

تیغه‌های استخوانی فکین در کودکان نازک بوده و دارای شبکه عروقی خونی و لنفی وسیعی بوده و همچنین دارای کانالهای استخوانی Havers فراوان میباشد بعلاوه قسمت اسفنجی هم خیالی نازک و متخلخل بوده و در داخل آن نسج مغز استخوانی فراوانی وجود دارد .

همین شرایط باعث انتشار سریع عفونت گشته و در اثر يك معالجه صحیح خیلی زود هم حالت آماسی عقب‌نشینی میکند و از خود اثری باقی نمیگذارد و علائم بالینی استیتهای حاد فکی غالباً عبارتست از : حال عمومی بد کودک - در هم شکستن فوری مقاومت اورگانیزم بچه - این علائم با تب زیاد و فوری استفراغ لرز تاکیکاردی یا طپش قلب زیاد توأم است بعلاوه بچه اشتهای را از دست داده و از خوردن غذا امتناع میورزد بچه آرام نبوده و بیقرار است علائم موضعی این بیماری عبارتست از تورم منتشر انساج نرم اطراف فك که دارای رنگ سفید و پریده‌ای میباشد .

در استیتهای حاد فك بالا این تورم در پلك پائین و یا در ناحیه گوشه

داخلی چشم دیده میشود و ما را بیاد تورم حاد کیسه اشکی میاندازد .
 غالباً تورم در این نواحی جوانه دندان کابین میباشد زیرا خیلی بالا در
 فك قرار گرفته و باعث حالت آماسی گشته است این عوارض گاه مخاطراتی
 برای زندگی کودک پیش میاورند زیرا عفونت استخوانی انتشار یافته و باعث
 آبسه و یا فلگمون کاسه چشمی میگردد و یا ممکن است عفونت از راه وریدهای
 صورتی بداخل جمجمه راه یافته و باعث ترومبوفیات سینوس کاورنو و با
 باعث مننژیت گشته و بمرگ کودک منتهی گردد .

استئیهای حاد در کودکان باعث ایجاد سکسترهای بزرگ میگردد که
 مناسبانه مجبوریم در يك ناحیه وسیعی از صورت سکستر کتومی نعانیه که
 نتیجه آن بدشکلی صورت کودک است .

استئیهای حاد فکی گاه در اثر وجود عفونت ابتدائی در داخل کاسه
 چشم ظاهر میشوند و بصورت عارضه بعدی این عفونت هستند در اینگونه
 موارد همکاری ما با يك جراح ضروریست .

استئیهای حاد دوران اولیه یعنی در هفته اول در رادیوگرافی وجود
 اختلالات استخوانی را نشان نمیدهند بنابراین برای تشخیص بایستی متکی
 بعلائم بالینی و موضعی و عمومی باشیم .

معالجه

معالجه بیماری استئیت حاد فکی بستگی بدوران وسیر بیماری دارد
 در دوران اولیه که علائم درد مداوم ناحیه مبتلا و درد شدید در اثر ضربه
 زدن بدندان عامل و لق شدن دندان عامل و دندانهای مجاور وجود دارد
 حتما بایستی دندان عامل بیماری را درآورد .

بایستی بکودک داروهای ضد درد و تب داده و همچنین از آنتی بیوتیکها
 و سولفامیدها برای معالجه این بیماری استفاده نمود .

در صورتیکه عارضه‌ای بصورت حالت آماسی انساج نرم ظاهر شد باید مخاط و پریوست را در محل دندان عامل بیماری انسیزیون داد زیرا در اثر انسیزیون فشار داخل نسجی را کم نموده و باعث پائین آمدن شدت درد میگردیم . انسیزیون وسیع پوست و انساج زیرپوستی را موقعی انجام میدهیم که حالت آماسی بانساج نرم اطراف فك سرایت کرده باشد .

استثیهای تحت حاد فکی

غالباً استثیهای فکی موقعی ظاهر میشوند که حالت حاد آماسی باستخوان فك رسیده و درمشی بعدی خود بانساج نرم اطراف انتشار یافته و باعث ایجاد آبه در ناحیه قوس آلونل گردد و در معاینه بدنی تورم دردناکی در این ناحیه ایجاد نماید .

موقعیکه حالت آماسی در ناحیه زاویه فك موضع گرفته و بعضله ماستر انتشار مییابد باز کردن دهان مشکل میشود و این بهترین علامت انقباض این عضله انتشار حالت آماسی بآن میباشد .

یکی دیگر از علائم ایندوران بیحسی لب پائین و ناحیه چانه میباشد زیرا حالت آماسی بعصب چانه‌ای در ناحیه سوراخ چانه‌ای سرایت نموده است .

علائم فوق معمولاً با تورم غدد لنفاوی زیر فکی توام میباشد . و اگر چنانچه حالت آماسی سیر بیشتری نماید انساج نرم صورت و گردن را دربر گرفته و در آخر ممکن است آبه بطرف دهان و یا بینی و یا قوس کانین و کام و یا بطرف خارجی یعنی پوست گونه و یا پوست زیر فك و گردن رفته و در آنجا سر باز نموده فیستولیزه گردد .

ترشح چرك با خروج قطعات كوچك انساج استخوانی از این فیستولها مدتها ادامه خواهد یافت و این تصویر بالینی بخصوص در استثیهای تحت

حاد فکی دیده میشود در نوزادانی که کمتر از یکسال دارند سیر این بیماری بعلت ساختمان آناتومیك فکین و همچنین وجود جوانه‌های دندانی فوق‌العاده برق‌آسا است و این حالت خیلی زود بجوانه‌های دندانی انتشار یافته و آنها را از بین میبرد .

در سنین بالاتر جوانه‌های دندانی کودکان دیرتر از بین میروند و در موقع سکسترکتومی بایستی آنها را نگهداری نمود ولی اگر چنانچه پس از اینعمل حالت آماسی از بین نرفت بایستی باین نتیجه برسیم که جوانه‌های دندانی مرده‌اند و علت وجود حالت آماسی میباشند در اینموقع باید تصمیم بدرآوردن آنها گرفت .

استیهای مزمن فکی

استیهای مزمن فکی در کودکان معمولا مرحله انتهائی شکل حاد آن میباشد تصویر بالینی عبارت از وجود فیستولها و سکسترهای استخوانی و ترمیم و تجدید ساختمان انساج استخوانی و وجود تبهای خفیف است سیر و مشی این بیماری آهسته و فوق‌العاده طولانی است .

در دوران استیهای مزمن استخوانی که شامل قوس آلوژای میباشد ممکن است حالت آماسی بقسمتهای دیگر استخوان انتشار یافته و باعث لق شدن بقیه دندانها گردد .

در ایندوران دندانها در اثر ضربه خیلی کم دردناک هستند و از زیر کناره لثه‌ها در امتداد طوق دندانها خودبخود ویا در اثر فشارچرك خارج میشود .

ترشح چرك در اثر باز شدن خودبخود مقدار زیادی آبسه‌های كوچك میباشد که عارضه بعدی آن ایجاد فیستولها بر روی مخاط و یا پوست

میباشد .

معمولا این فیستولها درکناره تحتانی فك پائین و گاهی پائینتر بر روی گردن باز میشوند این فیستولها چه در داخل دهان بر روی مخاط باشند و چه در خارج بر روی پوست هیچگاه خودبخود بسته نمیشوند .

در داخل این فیستولها پس از چند هفته گرانولوماها ظاهر میشوند که ممکن است حتی آنقدر بزرگ بشوند که از مخرج آن خارج شده و بصورت پولیبهائی بر روی صورت ظاهر گردند .

اگر چنانچه سندی را در داخل این فیستولها بنمائیم درته آن باستخوان ناهموار و متخلخلی برخورد خواهیم کرد .

در دوران طولانی حالت مزمن آماسی از این فیستولها تکه های مرده استخوانی با چرک دفع میشوند مردن و دفع این استخوانها از انساج استخوانی سال بهات پدیدة استولیز میباشد که خود این پدیده در اثر پدیده پروتولیتیک Protolitique انساج گرانولومی در حال رشد میباشد .

اگر چنانچه باین حالات عفونت کلی باسیل اضافه گردد از دهان بیمار بوی فوق العاده منعفی استشمام میگردد .

وجود و دفع سکترهای استخوانی از علائم بخصوص استئیهای فکی مزمن میباشد و بموازات ایجاد و دفع سکترها پدیده ترمیم و تجدید ساختمان نسج شروع میشود .

در این دو پدیده نقش موثر را سلولهای Osteoclast و سلولهای Osteoblast بازی میکنند .

غالبا در کودکان در اثر این بیماری غیر فرینگی صورت مشاهده میشود که مدتها و یا برای همیشه باقی میماند و این مسئله بعلت ازدیاد حجم استخوان در محل ضایعه است و این پدیده مربوط به مردن قسمتی از استخوان و تجدید و ترمیم آن میباشد .

پوست صورت معمولاً تغییری نمیکند. در کودکان استعداد ترمیم و تجدید ساختمان استخوان فوق‌العاده زیاد است گاه استخوان آنقدر زود و زیاد از بین میرود که استخوان فك بآن سرعت قادر به تجدید ساختمان نیست و در نتیجه فوق‌العاده فك نازك شده و این مسئله باعث شکستن پاتولوژيك فك میگردد و در نتیجه این شکستگی حالت قرینگی صورت از بین رفته و طرف سالم بطرف مریض کشیده میشود.

برای تشخیص و تمایز این قرینگی از حالت قبلی بایستی بجفت‌گیری دندانهای بیمار توجه کرد اگر بهم نخورده باشد حالت اول است و اگر اوکلوزیون بهم خورده باشد حالت دوم است یعنی شکستگی وجود دارد و در این حالت خط وسط بین ثنایاهای وسطی بطرف قسمت بیمار متمایل شده است.

در فك بالا بعلاوه اختلاف شرایط آناتومیکی در کودکان حالت مزمن استیهای فکی ممکن است محدود به ترشح چرك و دفع جوانه‌های دندانی و همچنین دفع سکسترهایی از استخوان قوس آلوئلی گردد.

غالباً در دوران سیر و مشی بیماری در این ناحیه یعنی فك بالا فیستولهای پوستی بر روی گونه در کنار خارجی شکاف پلکی دیده میشوند. تشخیص افتراقی این فیستولها از فیستولهاییکه در اثر ضایعات سلی ظاهر میشوند کار بسیار دشوار است زیرا سل استخوان گونه مخصوص کودکان است و علائم مشابهی دارد. تشخیص استیهای فکی مزمن را بر مبنای تصویر کلینیکی آن و وجود فیستولها و سکسترهای استخوانی و علائم دیگر و همچنین تصویر رادیولوژيك آن میگذاریم.

معالجه

هدف اساسی معالجه نگهداری هر چه بیشتر استخوان در تمام طول آن

و همچنین حفظ کارهای طبیعی سیستم جوړنده میباشد .

بایستی شرایطی را فراهم نمود تا چرك براحتی جریان داشته باشد
تغذیه کودک باید مقوی دارای کساری زیاد و همچنین دارای مقدار زیادی
کلسیم و ویتامین باشد .

کلسیم را میتوان از راه دهان به صورت محلول 10% Sol. Calcichlorati
داد. چون در چرك باکتریهای مختلف متنوع وجود دارد بهتر است سولفامیدها
را با آنتی بیوتیکها توأم داد .

بهنراست چرك کودک را کشت داده و آنتی بیوگرام تهیه نموده و
بر حسب نتیجه آن بهترین نوع آنرا انتخاب نمود اینکار حتما بایستی انجام
شده و از استعمال کورکوران آنتی بیوتیک حتی المقدور بایستی خودداری
نمود .

چنانچه احساس میکنیم خطر شکستگی پانولوزیک وجود دارد حتما
با بستن وسایل اورتوپدیک از آن جلوگیری نمود . و چنانچه شکستگی
استخوان فك پیش آمده نحوه معالجه همانست که در شکستگیهای معمولی
فك خواهیم گفت . منتهی بایستی شرایط داخل دهانی و کودکی را افراد
مورد مطالعه قرار داده و با در نظر گرفتن وجود دندانهای شیری و دائمی
و جوانه های دندانها معالجات اورتوپدیک و جراحی و اورتدنسی را شروع
نمود در معالجه شکستگی فکین کودکان حتما بایستی با متخصص ارتدنسی
مشورت نمود زیرا شرایط اساسی معالجه صحیح يك شکستگی فك همانا
ایجاد يك جفت گیری صحیح دندانهاست .

در کودکان شکستگی استخوانها زود جوش میخورد بنابراین بایستی
خیالی رود معالجه اورتوپدیک را شروع نموده جفت گیری دندانها را تصحیح
نموده و فکین را بی حرکت نمود .

در معالجه شکستگی استخوان فکین کودکان باشکالات فراوانی برخورد

میکنیم مهمترین مانع کارها وجود جوانه‌های دندانی و دندانهای شیری هستند .

در موقع عمل جراحی برای درآوردن سکسترهای استخوانی بایستی طول مدت بیماری را در نظر بگیریم اگر چنانچه بیماری مدت درازی طول کشیده و سکسترها کاملا متحرك هستند در تحت بیحسی موضعی میتوانیم محل فیستولها را با بیستوری بریده و گشاد نموده و سپس بكمك يك پنس کوخر و یا يك كورت قطعه استخوان مرده را خارج می‌سازیم .

اگر بیماری زیاد طول نکشیده و سکسترها هنوز محکم به اطراف خود چسبیده و متحرك نیستند بایستی آنقدر صبر نمود تا کاملا از انساج اطراف جدا شده و آماده برای سکستر کتومی بشوند . پس از اینکه سکسترها را درآوردیم تمام کراولومهای موجود در فیستولها را کورتاژ مینمائیم و محل زخم را تامپوناد مینمائیم .

زخم پس از سکستر کتومی را هرگز نمیدوزیم مگر اینکه خیلی بزرگ باشد و در اینصورت قسمتی از آنرا باز میگذاریم تا ترشحات چرکی داخل زخم کاملا درناژ گردیده و زخم خودبخود التیام یابد . تامپون زخم را حتما پس از چهل و هشت ساعت بر میداریم تا از عفونت بیشتر بوسیله آن جلوگیری بعمل آید .

گاه اتفاق میافتد که در موقع سکستر کتومی مجبور میشویم جوانه دندانها را در بیاوریم بایستی دقت کنیم که این جوانه‌ها حتما مرده باشند . سکستر کتومی را میتوان با بیحسی موضعی و یا عمومی در بیمارستان انجام داد حتما بایستی آنتی‌بیوتراپی را یکی دو روز قبل از عمل شروع نمود .

معالجه پس از عمل بستگی بوضع زخم دارد . در مواردیکه استئیت مزمن فکی بطور صحیح معالجه نشود باعث بدشکلیهای غیر قابل برگشت

شکل - ۲ -



استنومیلیت فك پائین با عامل دندانی

شکل -۲-



فیستول حاصله از استئومیلیت فك پائین

صورت می‌گردد و این مسئله بعداً کودک را دچار عوارض روانی و عواقب آن می‌گرداند و همچنین باعث ایجاد اختلالاتی در سیستم جفت‌گیری دندانها می‌گردد که باز همین مسئله علت اصلی عدم رشد سیستم استخوانی صورت می‌باشد به همین خاطر است که يك بار دیگر تذکر می‌دهم که در معالجه این کودکان مشورت با اورتودونتیست الزامی و اجباری است .

استیتهای فکی که عامل خونی دارند

استیتهای فکی که عامل خونی دارند بعلت عفونت از راه خون پیدا میشوند و عامل آنها غالباً *Diplo, Pneumoniae* , *Sta. Albus* , *Sta. Aureus* , *Strep. Hemoliticus* , و یا *Bac. Colli* میباشد .

در دوران يك بیماری عفونی باکتریها وارد جریان خون میشوند مانند آماس چرکی گوش یا لوزه و یا آبسه و یا کورکها و بعداً این باکتریها تیکه در خون وجود دارند باعث ایجاد استیتهای فکی می‌گردند. این بیماری در کودکان بیش از بزرگسالان دیده میشود زیرا شرایط آناتومیکی استخوانهای فکین در کودکان رشد باکتریها را در این استخوانها فراهم میسازند بخصوص در محلیکه پریوست بر روی استخوان چسبیده است .

زیرا در این محلها جریان خون در عروق همین نواحی کند می‌گردد و باعث توقف بیش از حد باکتریها در محل می‌گردد و در نتیجه وجود باکتریهای پاتوژن خیلی زود يك کانون آماسی تشکیل میشود که خیلی زود بقسمتهای بیشتری از استخوان و بعداً انساج نرم اطراف آن انتشار مییابد .

کانون عفونی - آماسی موجوده در زیر پریوست بتدریج وسعت مییابد و از راه کانالهای Havers بطرف استخوان فشرده و اسفنجی پیش میرود .

در دوران آماس علائم موضعی زیر ظاهر میشوند .

قرمزی مخاط تورم زیاد و درد درموقع لمس
درجریان چندروز ممکن است آبسه کوچک یا بزرگی درانساج اطراف
ظاهر شود که بعد از آن مردن قسمتی از استخوان ظاهر میشود.
گاهی بسرعت علائم عفونت عمومی در همان دوران اولیه بیماری ظاهر
گشته و باعث مرگ سریع اطفال میگردد.

سیرومشی استتیت حاد خونی ممکن است گاهی سریع و برق آسا و
گاه خفیف و کند باشد و حالت حاد این بیماری ممکن است در عرض چندروز
بحالت تحت حاد و یا مزمن مبدل گردد و این علائم بستگی دارند بمحل ضایعه
و درمحل‌های مختلف تصویر آن قدری باهم فرق دارند عموماً درمحل عفونت
یک کانون چرکی پیدا میشود که بعلت وجود این کانون و بزرگی و یا کوچکی
آن قسمت زیاد و یا کمی از استخوان میمیرد و ایجاد سکستر مینماید
سکسترهای کوچک ممکن است از راه فیستول‌های خارج و یا داخل دهانی دفع
گردند و سکسترهای بزرگ درمحل خود باقیمانده و باعث ترشح چرک در یک
زمان طولانی از راه فیستولها میگرددند.

از طرف دیگر همین سکسترها باعث ترمیم و تجدید ساختمان نسج
استخوانی میگرددند این پدیده مخصوصاً در کودکان پس از طی ۳ - ۴ هفته
از شروع بیماری دیده میشود.

رادیوگرافی در دو هفته اول علائم هیچگونه اختلالات استخوانی را نشان
نمیدهد ولی در دوران بعدی تصویر رادیولوژیک واضح میگردد باین معنی که
درعکس تورم آشکار استخوان و سکسترها دیده میشوند و قدری دیرتر نسج
استخوانی جدید بصورت یک نسج مرمری استخوان درعکس دیده میشود
علامت مخصوص دوران مزمنی این بیماری وجود فیستول‌های چرکی متعدد
و عدم التیام آنها میباشد.

استیتتهای اسپسیفیک فکین

در کودکان استیتتهای اسپسیفیک فکی زیر دیده میشوند :

Tuberculosis , Lues , Actinomycosis

۱ - Actinomycosis

آکتی‌نومیکوز استخوانهای فکین ضایعه‌ایست که خیلی بندرت دیده میشود ولی برعکس آکتی‌نومیکوز گردن و صورت خیلی بیشتر دیده میشود. این ضایعه بیشتر در ناحیه گونه گردن زاویه فك پائین و ناحیه شقیقه دیده میشود. مشی آکتی‌نومیکوز خیای بطئی و گاه ماهها بطول میکشد و بعضی اوقات مشی آن سالها بدراز میکشد این ضایعه در کودکان غالباً تشخیص داده نمیشود و یا دیر تشخیص داده میشود ابتلای استخوان بوسیله آکتی‌نومیکوز معمولاً پدیده‌ای ثانوی است. یعنی ابتدا انساج نرم اطراف فکی و سپس استخوان فك مبتلا میگردد. هرپروسه آماسی فکی ممکن است باعث نفوذ این قارچ در محل ضایعه آماسی و رشد آن و ایجاد استتیت آکتی‌نومیکوزی گردد.

بر حسب عقیده بعضی از مولفین عامل این بیماری در انسان نوعی از این قارچ است که غیر هوازی است و از نوع قارچ آکتی‌نومیکوز Wolfe - Israel میباشد و این قارچ در همزیستی با سایر باکتریهای حفره دهان مانند *Leptothrix* , *Bacillus fusiformis* زندگی میکند و در بین گیاهان دیده نمیشود. آکتی‌نومیکوز گیاهان هوازی است و برای انسان پاتوژن نمیشود. راه نفوذ آکتی‌نومیکوز باورگانسیم انسانی مختلف است.

این راه ممکن است محل يك ضایعه مخاطی در دهان باشد ممکن است دندان پوسیده و یا زخمهای آلونل پس از درآوردن دندان و یا ضایعات کناره‌های لثه و یا شکستگیهای باز استخوان فکین و یا زخمهای صورت و یا

شکل - ۴ -



اکتی نومیکوز ناحیه زاویه و بدنه فك پائین

پس از عمل

شکل - ۵ -



اکتی نومیکوز - همان بیمار پس از بهبودی

ضایعات قسمت بالای راههای گوارشی و یا تنفسی باشد .

برای ایجاد بیماری فقط نفوذ این قارچ باورگانیسم انسانی کافی نیست بایستی عوامل مستعدکننده‌ای برای ایجاد محیطی که برای رشد این قارچ لازمست بوجود بیاید .

مهمترین مسأله برای دندانپزشک نفوذ این قارچ از راه پولپ دندان و یا پریدونت و رشد آن در انساج اطراف میباشد .

پرسیدگی دندان محلی است که قارچ آکتی‌نومیکوز میتواند مدتها در آن جای گرفته و رشد نماید . در ابتدا موقعبکه این قارچ بوسیله کانال ریشه دندان و یا کرول دوساکها لثه‌ای نفوذ میکند ایجاد بیماری پریدونت و یا پریوستیت توام با کرانولومهایی مینماید .

در این دوران بیمار هیچگونه ناراحتی احساس نمیکند و در دوران بعدی ممکن است بر روی قوس آلوئی فیستولهایی ظاهر شوند که پراز نسج کرانولومی باشند . بعات سیر و رشد بیماری استخوان تحایل رفته و بجای آن کرانولومهایی ظاهر شده و در نتیجه دندانها لق میشوند سپس قارچ بقسمت سفت استخوان و از آنجا به پریوست و از آنجا بانساج نرم اطراف فك سرایت نموده و ایجاد تومورهای سختی مینماید که پس از مدتها نرم شده و فیستولیزه میگرددند که پس از بهبودی سیکاتریهای بدشکالی که باعث تغییر قیافه میگردد از خود باقی میگذارند .

در معاینه معمولا در نواحی صورت و یا زاویه فك تورم‌های زیاد و کمی بصورت تومورهای بدون دردی دیده میشوند که دارای قوام سختی هستند . این تورم انساج نرم‌گونه و عضله ماستر را دربر گرفته و باعث محدود شدن حرکات فك میگردد . در سطح وسیعی از قسمت خارجی استخوان بدنه فك پائین برجستگیهای غیرطبیعی دیده میشود و گاهی این برجستگیها

بر روی شاخه بالارونده پیدا میشود .

در تصویر رادیولوژیک کانونهای کوچک و محدود تحلیل استخوان بصورت دانه‌های ریز دیده میشود و این دانه‌ها تصویر سگسترهای کوچک استخوانی میباشند و برعکس تصویر استئیت‌های مزمن در اینجا تصویر نسج گرانولومی دیده نمیشود .

کم کم این تورمها در خارج محدود و سخت شده ولی از داخل نرم میشوند و بعداً پوست سوراخ شده از فیستول چرك غلیظی خارج میشود که در آن دانه‌های زردی دیده میشود این فیستولها بزودی التیام نیافته و بسته نمیشوند. یکی از علائم مشخصه آکتی‌نومیکوز آنستکه در این بیماری غده‌های لنفاوی متورم نمیشوند و حرارت بدن معمولاً بالا نیست مگر آنکه عفونت معمولی دیگری باین بیماری اضافه گردد که در آن صورت بیمار تب دارد تعداد گلبولهای سفید خون در این بیماری زیاد نمیشود .

در ابتدای بیماری تشخیص صحیح کاری بسیار دشوار است و در دورانهای بعدی بعلمت تغییراتی که در انساج نرم دیده میشود تشخیص بیماری آسان میگردد تشخیص آن زمانی مطمئن و کامل میگردد که در چرك قارچ آکتی‌نومیکوز مشاهده گردد و این معاینه آزمایشگاهی را باید چندین بار تکرار نمود .

گاهی از روی آزمایش چرك نمیتوان تشخیص صحیح را گذاشت و بایستی متوسل بازمایش آسیب‌شناسی گردید و بیوبسی نمود .
پیش‌بینی این بیماری خوبست و خطری برای جان بیمار ندارد .

معالجه - در معالجه این بیماری نقش موثری را پنی‌سیلین با مقدار زیاد بازی میکند پنی‌سیلین را باید موضعی تزریق نموده و روزانه یک میلیون واحد بطور عمومی داخل عضلانی داد. در کودکان ازده تا پانزده میلیون واحد مجموعاً میتوان تجویز نمود . غیر از تزریق موضعی اگر وسیله آن باشد

میتوان از یونوفورز موضعی پنی‌سیلین استفاده نمود و اگر وسیله آن نبود میتوان بصورت تزریق موضعی در خود ضایعه پنی‌سیلین کریستال را تزریق نمود. رادیوترابی با دزهای کم گاه مفید واقع میشود میتوان از قرصهای میکواستاتیک هم استفاده نمود این معالجات بایستی همراه با ویتامینوترابی باشد.

معالجه اصلی و اساسی آکتی‌نومیکوز معالجه جراحی است.

سیفلیس

تورمهای استخوانی سیفلیس Ostitis Luetica در کودکان در نتیجه سیفلیس ارثی یا Lues Congenitala دیده میشود.

مقصود از سیفلیس ارثی آنستکه بیماری در دوران زندگی جنینی به کودک در رحم مادر از راه خون سرایت نموده است.

تروپونما پالیدا که در خون زن آبستن مبتلا وجود دارد از جفت Placenta عبور نموده و وارد گردش خون جنین میگردد.

ضایعات استخوانی سیفلیس ارثی معمولا در سیفلیس درجه ۳ و در اواخر دوران کودکی بین سنین ۳ - ۱۵ سالگی و گاهی حتی دیرتر دیده میشوند ولی همچنین گاهی ممکن است حتی در زمان تولد یا علائم دیگر سیفلیس ارثی توام باشد. ضایعات سیفلیسی در سیستم استخوانی ممکن است در تحت شکل ضایعات سیفلیس پریوست و یا گومهای سیفلیسی استخوان فشرده و یا استخوان اسفنجی ظاهر شوند معمولا گمهای سیفلیسی بصورت غده‌های محدودی هستند که دارای اندازه‌های مختلف میباشند و اغلب در دهان و در مرز کام نرم و سخت و خیلی بندرت بر روی قوس آلونلی دیده میشوند. این تومورها بطور وضوح در زیر مخاط برجسته بوده و دارای

قوام سخت میباشند .

گاهی بر روی آنها شیارهایی دیده میشود که سطح آنها را ناهموار نموده و بآنها شکل گل کلم را میدهد. اگر چنانچه خیلی زود معالجات صحیحی شروع شود این تومورها از بین میروند ولی اگر معالجه نشوند این تومورها دارای قوام نرء شده و بر روی آنها زخمی ظاهر میشود که دارای شکل مخصوصی است .

این زخمها بقدر کافی عمیق بوده و کناره‌های آن کاملاً از انساج اطراف مشخص و سطح آن نسبت با انساج اطراف برجسته و دارای قوام سخت میباشند . کف این زخمها معمولاً از یک پوسته‌های خاکستری تیره پوشیده شده است .

در اطراف این زخمها که در حال انهداء هستند انساج گرانولومی رشد مینماید که زخم را محدود میسازد و در مراحل بعدی این گرانولوما بدل به نسج فیبروگشنه و ایجاد سیکاتریز مینماید و از انهدام بیشتر نسج استخوانی کام سخت جلوگیری بعمل میاورند این گمهای سیفلیس ممکن است در تحت تاثیر باکتریهای دهان چرکی شوند در اینحالت تمام علائم مخصوص عفونت دیده میشود .

در صورت وجود یک گم سیفلیسی بزرگ که قسمت اعظم کام نرم و سخت را در بر گرفته باشد ضایعه سیفلیسی خیلی با آرامی پیش میرود بدون آنکه ناراحی برای بیمار ایجاد نماید و با آنکه اختلالی در وضع عمومی بیمار پیش بیاید ناحیه مبتلا دارای رنگ فرمز و قوام سخت و ضخیم گشته و ممکن است تمام کام را در بر بگیرد . در مرکز ناحیه مبتلا زخمی ظاهر میشود و خیلی زود در تمام جهات و در عمق رشد کرده و باعث انهدام استخوان کام میگردد. انهداء استخوان کام بعلت وجود سگترهای استخوانی است و بالاخره این حالت باعث سوراخ شدن کام و ایجاد ارتباط بین حفره دهان و حفره بینی-

گلونی میگردد .

معمولا سوراخ شدن گم‌های سیفلیسی بدون درد بوده و غفالتاً انجام میگیرد سوراخ شدن کام ایجاد چندین عارضه ناراحت‌کننده برای بیمار مینماید غذا بخصوص مایعات درموقع تغذیه ازسوراخهای بینی خارج میشود اشکالاتی در خورد عمل بلع ظاهر میشود و تکلم تودماغی میگردد .

در صورتیکه پروسه سکستر شدن استخوان پیشرفت و ادامه یابد ممکن است باعث ازبین رفتن استخوانهای بینی و استخوان بین فکی گردد که در نتیجه بینی سقوط کرده و شکل زین ترکی را بخود میگیرد که بآنها نام بینی زینی شکل را داده‌اند .

ضایعات سیفلیسی ممکن است همچنین باعث کوچکی دهان گردد که آنرا Microstoma نامند .

خیلی بایستی مواظب بود که ضایعات پوستی سیفلیس را با سل پوست اشتباه نکرد .

معالجه

معالجه را اگر زود و صحیح آغاز نمائیم نتایج بسیار خوب میدهد . سوراخهای کامی را بایستی با اعمال جراحی بلاستیکی نظیر اعمال کام شکافته بست و یا میتوان با پروتزهای مخصوص بنام Obturateur ارتباط بین حفره دهان و حفره بینی را قطع نمود .

برای انجام عمل جراحی قبلا بایستی بیمار را بینی سیلین تراپی نمود که تا نتیجه آزمایشات متعدد سرولوژیک منفی گردد تا نتیجه منفی نگردد حق اعمال جراحی را نداریم .

در دوران سیفلیس ارثی ممکن است دندانها غیر طبیعی درآمده و رشد نماید مثل طرز قرار گرفتن آنها در قوس فکی غیر طبیعی باشد و یا کودک دارای

دندانهای خیلی بزرگ باشد که بان Macrodentium می‌گویند. و یا دندانهای خیلی کوچک باشد که بان Microdentium می‌گویند.

همچنین ممکن است انساج سخت مختلفه تاج دندان رشد طبیعی نماید مثلا مینا غیر طبیعی شکل یافته و بدندان منظره قطره‌ای شکل را بدهد. اختلالاتی را که در دندانها ظاهر میشوند نیابستی با اختلالاتی که در شکل دندانها در نتیجه بهم خوردن کاروتیر و تید و یا پارائیر و تید ظاهر میشود اشتباه کرد.

در اثر بیماری سیفلیس مادرزادی تغییراتی در دندانها دیده میشود این تغییرات دندانی عبارتند از فرم بشکهای شکل (عرض قسمت طوق دندانها کمتر از کناره آزاد آنها میباشد) و عدم رشد و خوردگیهایی در مینای دندانهای ثنابای بالای دائمی و خیای بندرت این تغییرات در دندانهای پائین دیده میشود.

کناره آزاد این دندانها شکل نیمه هلال را دارند و این دندانها را دندانهای Hutchinson مینامند و با تغییراتی که کوری و کری در چشم و گوش میانی دیده میشود همراهند و هر سه این علائم را Triade Hutchinson نامند که از علائم مشخصه سیفلیس مادرزادی میباشد.

پس از آنکه تشخیص بر مبنای علائم بالینی و آزمایشگاهی یعنی آزمایش سرولوژیک مسلم گردید کودک را بایستی هر چه زودتر برای معالجه بیک متخصص امراض آمیزشی معرفی نمود.

سل

سل استخوانهای فکین Tuberculosis Ossis معمولا همراه با کانون اولیه سلی میباشد و این بیماری عارضه دوران دوم مثلا سل ربه میباشد. در سنین کودکی استخوانهای فکین نسبت به فونتهای سلی خیلی

شکل - ۶ -



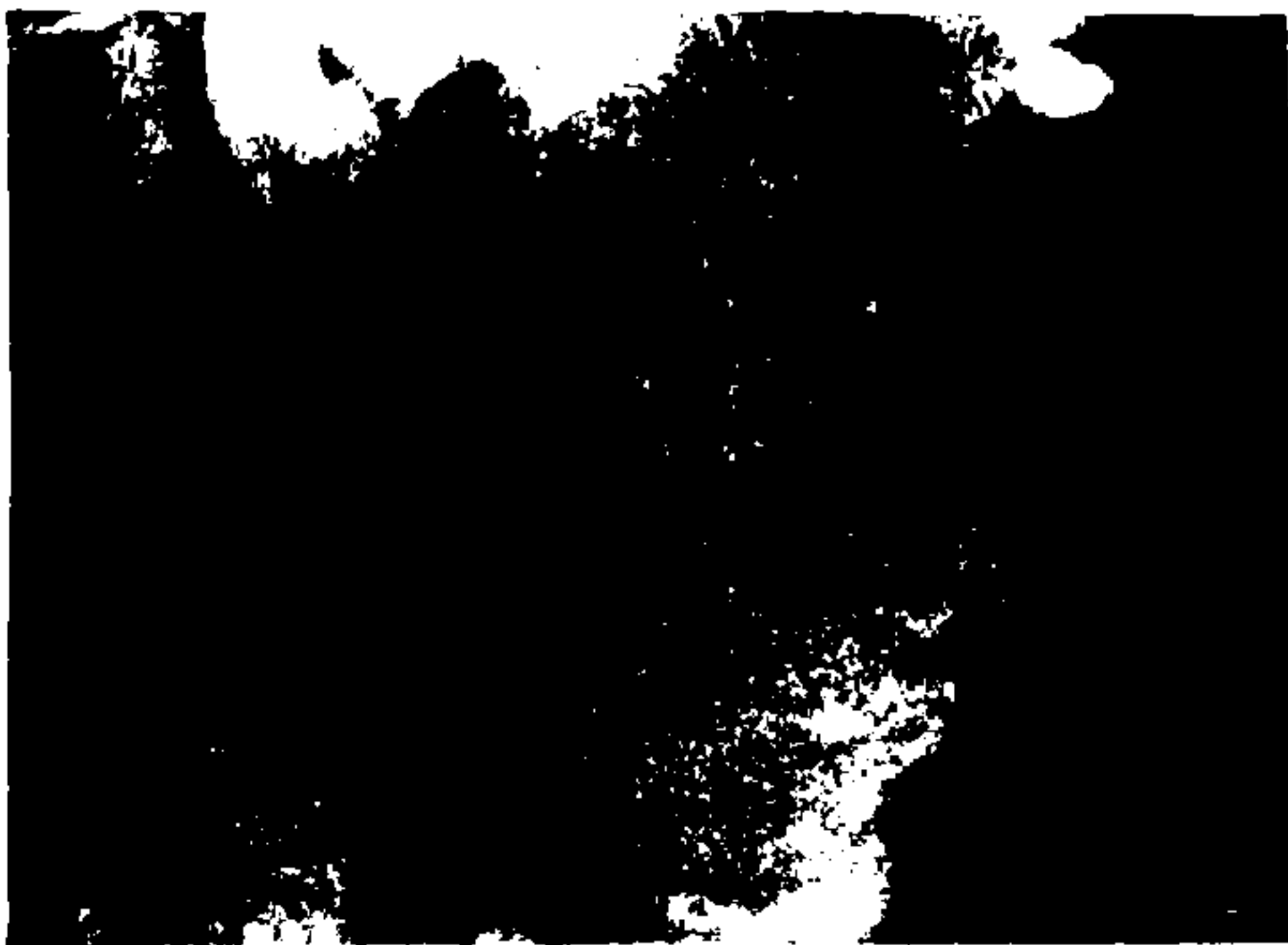
سل پوست پراز سوختگی صورت

شکل -۷-



عمل پوست همان بیمار

شکل - ٨ -



استثیت سالی استخوان فك پائین

مستعد میباشد عفونت سلی استخوانهای فکین ممکن است در اثر سل مخاط حفره دهان و با بوسیله دندان و یا زخم آلوزل پس از درآوردن دندان و یا بوسیله پریوست با استخوان فکین سرایت نماید .

چنانچه مدتی طولانی در کام یا لثه يك ضایعه سلی وجود داشته باشد بعداً با استخوان فکین سرایت میکند و لسی این مسئله یعنی سرایت سل از انساج نرم بانساج سخت در کودکان بندرت دیده میشود بلکه اغلب از راه خون از ضایعات سلی اورگانهای دیگر مانند ریه یا غدد لنفاوی و یا سیستم استخوانی - مفصلی با استخوانهای فکین سرایت میکند .

از موقع نفوذ باسیل دوکخ بعضی استخوان مدت زمان طولانی باید بگذرد تا آنکه ضایعه سلی رشد نموده و بصورت استخوان سل ظاهر گردد . در استخوانهای فکین (مغز استخوان) کانونهای منفرد و یا متعدد سلی پیدا میشوند . علائم کلینیکی که همراه این ضایعه است اغلب در يك محل دیده میشود. ضایعه سلی نه تنها مغز استخوان را از بین میبرد بلکه به نسج استخوان اهم از قسمت فشرده و یا اسفنجی آن هم سرایت مینماید و این انتشار از مرکز استخوان بخارج آن میباشد .

در مراحل مختلفه سل استخوان هیچگاه نسج استخوانی ترمیم و تجدید ساختمان نمیشود برعکس تورم استخوانهای معمولی که در آن نسج استخوانی ترمیم و تجدید ساختمان میشود و این خود بهترین راهنما برای تشخیص بیماری است .

تغییراتی که در محل نفوذ باسیل دوکخ ظاهر میشوند باعث اختلال در تغذیه طبیعی نسج استخوان گشته و در نتیجه خیلی براحتی استخوان میمیرد و سکنتر ظاهر میشود این سکنترها ممکن است اندازه های مختلف داشته باشند که بستگی به بزرگی و یا کوچکی نواحی مبتلا بعفونت سلی را دارد .

معمولا سگسترها منظره دانه‌های ریزش را دارند.

گاهی در تحت تاثیر باکتریهای چرک‌زا ممکن است آبسه‌هایی تشکیل شوند که پس از فیستولیزه شدن مدت‌ها التیام نیابند و ترشح چرکی داشته باشند.

ضایعه سلی ممکن است در هر ناحیه اسکلت استخوانی انسان دیده شود. در کودکان اغلب این ضایعه با استخوان اسفنجی دنده - لگن - ستون فقرات و قاعده استخوانهای بلند حمله میکند. از استخوانهای صورت اغلب به استخوان گونه کنار تحتانی کاسه چشم - تنه و شاخه بالارونده فك پائین و همچنین باطراف مفصل فکی - کیجگاهی سرایت میکند ضایعه سلی ممکن است باعث شکستگی پاتولوژیک استخوان فك پائین گردد تشخیص سل استخوان فکین را بر مبنای معاینات زیر میتوان گذاشت :

- ۱ - آزمایش باکتریولوژیک و هیستوپاتولوژیک انساجی که از داخل فیستولها کورتاژ مینمائیم و بر میداریم .
- ۲ - آزمایش توپر کولینی .
- ۳ - سرعت رسوب گلبولهای قرمز .
- ۴ - تصور رادیولوژیک ریتین .
- ۵ - تصویر رادیولوژیک استخوان مبتلا .
- ۶ - مشاهدات کلینیکی .

در صورت مشکوک بودن بهتر است آزمایش بیولوژیک را بر روی خوک دریائی و یا خرگوش انجام داد

تصویر رادیولوژیک سل استخوان عبارتست از سایه محلهائیکه دکالیسیفه شده که اطراف آنها را معمولا نسج استخوانی اسکروٹیک فشرده احاطه نموده است .

معالجه

معالجات عبارت از غذاهای مقوی و چرب که دارای ویتامینهای C , D فراوان باشد در سل استخوان میتوان از تزریق موضعی و عمومی استرپتومیسین استفاده نمود قبلا بهتر است کایه و کبد امتحان شود .

Hydrazyd اسید ایزونیکوتیک که بر روی باسیل دوکخ تاثیر دارد . میتوان بطور موضعی و عمومی استفاده نمود در موفع معالجه با هیدازید بایستی آزمایش ادرار را از نظر وجود اوروبیلینوزن انجام داد Urobilinogene در موفع معالجه جراحی بایستی آنتی بیوتیک داده و معالجات عمومی را فراموش نکرد . بهتر است معالجات عمومی را محول بیک متخصص سل نمائیم .

مبحث چهارم

آماس انساج اطراف فکی که عامل دندانی دارند

بیشتر علت آماس انساج اطراف فکی دندان با پولپ مرده میباشد علت دیگر ممکن است ضربه و یا تحریکات شیمیائی باشد .

آماس اطراف نوک ریشه دندان در اغلب موارد عامل میکربی دارند در کودکان پروسه های آماسی که عامل دندانی دارند سیرومشی آنها مانند بزرگسالان میباشد .

در دوران کانگرن پولپ ریشه دندان اگر معالجات صحیح اندودونتیکی بموقع و یا اصلا انجام نپذیرد عفونت بانساج مجاور یعنی رباطهای دندان – استخوان فك و پریوست سرایت مینماید

پروسه های حاد اطراف آپکس ریشه دندان کمتر اتفاق میافتد و برعکس اغلب این پروسه ها مزمن و بصورت گرانولومهای اطراف آپکس میباشند حالات مزمن آماسهای اطراف آپکس ممکن است در اثر بیماریهای عمومی و کم شدن مقاومت بدن بیمار بصورت حاد درآید .

آماس ضریع استخوان پریوستیت حاد

پریوستیت حاد با تورم پریوست و انساج اطراف شروع میشود و

شکل -۹-



گرانولوم مایال با عامل دندانی

همراه با تورم دردناك صورت که بسرعت زیاد میشود و درد فکین و دندانها و بالا رفتن درجه حرارت بدن توام میباشد . غدد لنفاوی بزرگ و متورم در موقع لمر دردناك میگردند. درد دوران اول رشد يك پروسه آماسی پریوست در يك منطقه محدودی از استخوان جدا میشود و در نتیجه آبسه زیر پریوستی تشکیل میگردد . پس از ۳ - ۴ روز پریوست معمولا پاره شده و ترشحات چرکی در زیر مخاط جمع شده و تشکیل آبسه زیر مخاطی را میدهد آبسه زیر پریوستی و زیر مخاطی اغلب در قوس آلونلی تشکیل میشود و معمولا مستعد باز شدن در جهتی است که با مقاومت کمتر روبرو شود یعنی آنجائیکه استخوان قوس آلونلی نازکتر از جاهای دیگر چه در طرف دهلیز دهان و چه در طرف حفره دهان باشد .

جهت سوراخ شدن آبسه همچنین مربوط به محل قرار گرفتن ریشه دندانی است که عامل آبسه میباشد در کودکان محل باز شدن آبسه غالباً در دهلیز دهان بخصوص در فك بالا و قسمت جلوی فك پائین میباشد در دوران تشکیل آبسه معمولا حال عمومی کودک بد و درجه حرارت بدن به ۳۸ - ۳۹ میرسد همچنین دردهای شدید بخصوص در موقع تشکیل آبسه زیر مخاطی کودک را رنج میدهد . در این دوران کودک ضعیف و بیحال و بهانه گیر شده و از غذا خوردن میافتد .

حالت آماسی از راه انساج مجاور میتواند به قوس آلونلی و ناحیه صورت و ناحیه زیر فکی و زیر کاسه چشمی و پلكها و لبها سرایت نماید .

در کودکان آبسه ها معمولا خیلی زود رشد و وسعت مییابند در صورتیکه معالجه صحیح و فوری و منظم پزشکی عملی گردد کودک کاملا معالجه میگردد. چنانچه حالت آماسی از دندان فك بالا باشد تورم ممکن است انتشار یافته و بداخل کاسه چشم سرایت نماید و در نتیجه تورم پلكها چشم بسته میگردد.

شکل - ۱۰ -



آینه جانه با عامل دندان

شکل - ۱۱ -



آبسه گونه با عامل دندانی

شکل -۱۲-



آبسه گونه همان بیمار داخل دهان

درفك پائين تورم آماسی ممکن است با تورم غدد لنفاوی زیرفکی تولید يك ناحیه وسیع متورم بنماید که علامت آبسه تحت فکی میباشد .

معالجه

برای معالجه پروستیت حاد بایستی قبل از هر چیز مسئله عامل را در نظر گرفت اگر عامل دندان شیری باشد باید هر چه زودتر آنرا در آورد زیرا هر چه زودتر این عمل انجام پذیرد بیمار زودتر شفا مییابد در صورتیکه آبسه تشکیل شده باشد معالجه صحیح باز کردن آن میباشد برای اینکار میتوان قدری نوکائین ۱٪ داخل مخاط تزریق نموده سوزن بایستی نازک و تیز بوده و مایع بیحس کننده در داخل مخاط در خط برش تزریق گردد تا کودک احساس درد ننماید .

آبسه را در طول بزرگترین بعد آن میشکافیم و سپس بایک پنس از خط برش تا روی استخوان پیشرفته و آبسه را کاملا باز میکنیم تا خروج چرک باسانی انجام پذیرد .

از بیحسی بوسیله سرما یعنی کلروردتیل در کودکان نبایستی استفاده نمود زیرا اولاً این نوع بیحسی کاملاً حس درد را از بین نمیبرد بعلاوه بواسطه سرد شدن فوق العاده دندانهای مجاور کودک احساس دردهای شدیدتری را مینماید .

در کودکان بهتر است از بیحوشی های کوتاه مدت استفاده شود زیرا هم میتوان بدون درد آبسه را شکافت و هم میتوان در همان جلسه دندان عامل را در آورد .

پس از شکافتن آبسه دردها خیلی زود از بین میروند و تورم بتدریج کم میشود و حالت آماسی از بین میرود .

تا دندان عامل را در نیاوریم بیمار کاملاً معالجه نمیشود بنابراین بهتر

است شکافتن و درآوردن دندان دريك جاسه انجام پذیرد .
 دردوران آماسهای حاد هرگاه مجبوریم بکودك آنتی بیوتیک میدهیم .

پریوستیت مزمن

پریوستیت مزمن غالباً پس از يك پریوستیت حاد ظاهر وبدون علائم عینی مشخصی سیر مینماید و درمواقعیکه مقاومت اورگانسیم کم میشود ویا عفونت جدیدی بآن اضافه میگردد مجددا بصورت حاد درمیآید واین حالت باعث ایجاد فیستراهای مخاطی ویا پوستی میگردد و پیدایش این فیستولها برروی پوست ویا مخاط بستگی بمحل دندان عامل بیماری دارد.

فلکمون اطراف فکی

پروسه های چرکی اطراف آپکی ریشه دندان در بعضی موارد ممکن است فقط محدود به ایجاد يك آبسه نگردد بلکه بانساج نرم اطراف فکی بطرف خارج و پوست ویا بطرف داخل وعمق سرایت وانتشار یابد و ایجاد فلکمون اطراف فکی وحجرات آنرا بنماید .

پروسه های آماسی در کودکان از نظر آناتوموپاتولوژیک شبیه به بزرگسالان میباشد . اورگانسیم کودك استعداد فراوانی برای بیماریهای آماسی نشان میدهد و در عوض قدرت Regeneration آنها خیلی زیاد است . سیر و شدت بیماری ارتباط نزدیکی با ساختمان ورشد اورگانسیم کودك دارد . همچنین رشد پروسه های آماسی در کودکان مربوطه به ویرولانسی میکربها وساختمان آنانومریک انساج اورگانسیم جوان وهمچنین مقاومت این اورگانسیم در مقابل میکربها میباشد . اساساً اورگانسیم کودك در مقابل عفونتها مقاومت کمتری دارد . سیر و مشی فلکمونها در کودکان پس از بیماریهای مسری مانند آنژین ویا گریپ ویا کمبود ویتامین فوق العاده شکل خطرناکی

شکل - ۱۳ -



آنزیم لودویگ با عامل دندانی
قبل از عمل

شکل - ۱۴ -



آثرین لودویگ همان بیمار
پس از عمل

بخود میگیرد و کودک را کاملا ضعیف و یا بدامن مرگ میاندازد .

پروسه‌های چرکی انساج زیر پوستی و یا زیر مخاطی را فلگمونهای سطحی و چنانچه این پروسه‌ها در بین عضلات انتشار یابند آنها را فلگمونهای عمقی مینامیم . در بچه‌ها بایستی بین فلگمون و حالت آماسی غدد لنفاوی که موقع استئیتهای فکی ظاهر میشوند فرق گذاشت .

بخاطر وجود مقدار زیادی انساج نرم و مقدار بیشتری فضای بین سلولی عفونتها در کودکان براحتی پیش میروند و وسعت بیشتری را اشغال مینمایند . و بهمین خاطر باعث ایجاد تورمهای زیادی میگرددند . استخوانهای فکین در کودکان نازک و اسفنجی و دارای مقدار زیادی عروق شریه میباشند کانالهای هاروس Havers عریض و بهمین دلیل پروسه‌های آماسی بسرعت باطراف سرایت و انتشار مییابند .

نفوذ عفونتها در انساج استخوانی در کودکان ایجاد دردهای زیادی را نمینماید برعکس بزرگسالان که در اینگونه موارد دچار دردهای شدیدی میشوند پروسه‌های آماسی استخوان فکین در کودکان ممکن است بجوانه دندانهای دائمی سرایت نموده و باعث مردن آنها گردند . در حالاتی که دوران استئیتهای فکی زیاد طول میکشد این جوانه‌های مرده ممکن است بصورت سکستر دفع شوند و یا اگر در فکین باقی بمانند باعث ادامه حالات آماسی فکین خواهند گشت .

در مواردیکه پروسه‌های آماسی دارای سیرومشی سریعی در استخوان فکین میباشند جوانه‌های دندانهای ممکن است زنده باقی مانده و بر رشد طبیعی خود ادامه دهند . گاه اتفاق میافتد که قسمتی از جوانه‌های دندانهای شیری عفونی میگرددند و در نتیجه پس از بیرون آمدن دیده میشود که قسمتی از مینای تاج آنها رشد کافی ننموده‌اند . علائم بالینی آماسهای چرکی اطراف فکی در قسمتهای مختلفه فکین معمولا شبیه یکدیگرند . حال عمومی کودک در موقعیکه

عامل فلکمون دندانهای مولر فک پائین باشد فوق العاده بد و خطرناک است .
 کودل بیحال نیمه بیهوش و عکس العملی در مقابل اطراف و اطرافیان خود نشان
 نمیدهد - نبض زیاد - درجه حرارت بدن خیلی بالا و گاهی به ۴۱ - ۴۰
 میرسد . این حالت معمولا با تریسموس و ترشح زیاد بزاق همراه است .
 چین زیربانی و خود زبان متورم و بطرف بالا میرود عمل بلع مشکل و
 گاه حتی عمل تنفس دچار اشکال میگردد .

در مورفولوژی خون لوکوسیتوز مشاهده می شود و تعداد گلبولهای
 سفید چندهسته ای زیاد میشود در آزمایش ادرار معمولا سفید دیده میشود .
 علائم موضعی عبارتند از تورم وسیع انساج پوستی و زیر پوستی در
 ناحیه زیر فکی - پوست معمولا منبسط و در صورت لمس ایجاد درد شدیدی
 میکند . فکد لنفاوی زیر فکی بزرگ و دردناک میباشند . بسیار گارمشکلی
 است که آدنیت های شدید زیر فکی را با حالت آماسی انساج ناحیه زیر فکی
 تمیز و تشخیص داد .

اغلب حالت آماسی اطراف دندانی موقعی در کودکان دیده میشود که
 دندانهای شیری بایستی افتاده و جای آنها دندان دائمی باید بگیرد زیرا
 ریشه دندان شیری تحلیل رفته و انساج اطراف آن خیلی نرم گشته و این وضع
 نفوذ باکتریها را به عمق انساج آماده و مستعد میسازد .

هر چه زودتر دندان شیری عامل را بکشیم جلوی پیشرفت حالت
 آماسی را بهتر میتوان گرفت معالجات جراحی فوری نتایج بسیار عالی را
 برای معالجه کودک در فلکمونها خواهد داد .

معالجه

معالجه فلکمونها معالجه جراحی است و بایستی هر چه زودتر محل را
 بطور وسیع شکافته و درنژاد نمود و اینکار را بایستی بخصوص در کودکان

بتاخیر انداخت .

توأم یا عمل جراحی بایستی آنتی بیوتیکهای لازم را باندازه کافی به بچه داد رژیم غذایی کودک بایستی سهل الهضم و سبک و لسی دارای مقدار زیادی ویتامین باشد در حدود دو هفته پس از عمل زخم کودک پرازگرانولوما میگردد. بهتر است در تحت یک بیهوشی عمومی کوتاه آنها را کورتاژ نمود و لبه های زخم را بریده و آنرا بوسیله بخیه داخل جلدی دوخت تا محل زخم زیبا باشد والا بر روی صورت کودک سیکاتریس زشتی باقی خواهد ماند که کودک را روحاً ناراحت میسازد و بالاخره مجبوریم عمل زیبایی را انجام دهیم .

آماس غدد لنفاوی

عروق لنفاوی ناحیه فکین لف را به غدد لنفاوی زیر چانه تحت فکی میبرند غدد لنفاوی زیر فکی لف را از دندانهای فکین لبها و گونه ها و لثه ها و زبان میگیرند . غدد لنفاوی زیر فکی باشبکه غدد لنفاوی گردنی سطحی و عمقی مربوطند که در طول عروق بزرگ گردن قرار گرفته اند .

Veina Jugularis Internaet Communis

کاریکه غدد لنفاوی انجام میدهند میدانیم . غدد لنفاوی سالم که هیچگونه بیماری ندارند دیده نمیشوند و در موقع لمس احساس نمیگردند ولی در دوران بیماریهای آماسی دهان و اطراف آن غدد لنفاوی زیر فکی گردنی متورم و بزرگ میگردند و وضع آنها مربوط به ماهیت پروسه های آماسی میباشد .

در حالات حاد آماسی غدد لنفاوی بزرگ دردناک متحرک بوده و دارای قوام ارتجاعی و یا ارتجاعی سخت میباشند .

در حالات مزمن آماسی غدد لنفاوی کوچک مثلاً باندازه یک لوبیا بدون

درد متحرك و یا غیر متحرك و دارای قوام فشرده و یا گاهی سخت میباشند. پروسه‌های آماسی چرکی که در انساج اطراف فکی وجود دارند و همچنین باعث تورم غدد لنفاوی گردیده‌اند منظره‌ای شبیه به فلگمونهای بزرگ زیر فکی دارند.

غالباً با تورم غدد لنفاوی گردن کودکان در بیماریهای آماسی دهان و گلو ولوزتین برخوردار می‌کنیم زیرا در کودکان غدد لنفاوی خیلی زود در مقابل عفونت عکس العمل نشان داده و دردناک و متورم می‌گردند.

در آوردن بموقع دندان عامل بیماری باعث عقب‌نشینی پروسه آماسی غدد لنفاوی می‌گردد ولی گاهی پس از در آوردن دندان عامل که دیرتر از موقع انجام گرفته پروسه آماسی در غدد لنفاوی پیشرفت نموده و غیر قابل برگشت می‌گردد که بنوبه خود بایستی معالجه گردد.

گاه مواردی در کودکان اتفاق می‌افتد که غدد لنفاوی آماس کرده و حتی چرکی می‌گردند ولی هیچگونه عاملی برای آنها در دهان و اطراف آن نمیتوان یافت و این نوع آدنیتها پزشك را دچار اشکالات زیادی میکنند بهر صورت باید این نوع آدنیتها را معالجه جراحی و آنتی‌بیوتراپی نمود.

همچنین در کودکان آدنیتهای سلی زیر فکی و گردن مشاهده میشود غدد لنفاوی در تحت تاثیر عفونتهای سلی متورم و بزرگ و سپس پنی‌ری و بالاخره نرم و چرکی می‌گردند خوشبختانه در دوران این بیماری کودک درد ندارد آدنیتهای سلی ممکن است بصورت واحد و یا متعدد باشند که با هم مربوط شده و تولید پاکت را مینماید.

غدد لنفاوی متورم و بزرگ گردن را میتوان بخوبی با لمس احساس نمود غدد لنفاوی نرم شده ممکن است دچار يك عفونت ثانوی از خارج بشوند در اینموقع استکه حالت آماسی بکیسه غدد لنفاوی و انساج اطراف انتشار

یافته و بخارج راه باز میکند و در نتیجه فیستولهای بر روی پوست ظاهر میشوند که باسانی معالجه والتیام نمیابند و تازه پس از التیام یافتن بر روی گردن و ناحیه زیر فکی از خود سیکاتریسهای بزرگد و زشتی بجای میگذارند. معمولا باسیل دوکخ از راه تنفسی و یا گوارشی و یا از راه پوست بداخل بدن نفوذ و ایجاد بیماری میکند این بیماری در کودکان میتواند بوسیله نوعی باسیل حیوانی ایجاد شود که بوسیله شیر گاوی بیمار از راه گوارشی داخل بدن بچه می گردد .

بر حسب تحقیقات Paszkiewicz ۲۵٪ سل اطفال از این نوع میباشد . عفونتهای سلی ممکن است از راه لنفی یا خونی انتشار یابند . گاهی آدنیتهای سلی ممکن است تنها کانون سل در اورگانسیم باشد و تشخیص آنها میتوان بر اساس علائم کلینیکی و آزمایش آسیب شناسی غدد لنفاوی و مشکوک تعیین نمود و اگر چنانچه نتیجه آزمایشات منفی باشد باز هم دلیل بر نبودن این ضایعه نمیباشد و در این حالات خیلی مشکوک بهترین راه آزمایش بیولوژیک میباشد باین معنی که چرك برداشته شده از غده لنفاوی را به خوک دریائی یا خرگوش تزریق نموده و پس از یکماه کلیه های او را مورد آزمایش آسیب شناسی قرار میدهم در تشخیص افتراقی آدنیتهای گردن باید آنها را از کیستهای مختلفه گردن و تومورهای خوش خیم و بدخیم جدا نمود بایستی بیماریهای عمومی را که در آنها غدد لنفاوی متورم میشوند مانند لوسمی و منونوکلئوز و لنفوگرانولوماتوز یا گرانولوماتوز بدخیم در نظر داشت .

معالجه

معالجه این بیماری را معمولا در کودکان بایستی غیر جراحی یعنی عمومی و موضعی با داروها انجام داد بایستی مقاومت بدن بچه را زیاد یا

شکل - ۱۵ -



آبسه حجره تحت فکی طرف چپ
قبل از عمل

شکل - ۱۶ -



آبسه حجره تحت فکی طرف چپ
پس از عمل

شکل - ۱۷ -



همان بیمار پس از بهبودی

با اصطلاح معمول بچه را تقویت نمود و باو غذاهای مقوی و پراز ویتامین داد. این معالجات برای دوران اولیه این بیماری کافی است و در دورانیکه دیگر غده‌های لنفاوی نرم شده‌اند علاوه بر معالجات بالا باید بطور موضعی و عمومی به بچه هیدرازیدویا استرپتومیسین تزریق نمود در صورتیکه ضایعه متمایل بسوراخ شدن باشد بهتر است آنرا بشکافیم زیرا زخم پس از شکافتن بهتر جوش میخورد تا آنکه فیستولیزه گردد مدت معالجه مربوط بقدمت بیماری میباشد و در اغلب موارد معالجه ممکن است ماهها بطول انجامد .



مبحث پنجم

ضایعات مفصل کیجگاهی فکی

ضایعاتیکه بیش از همه مفصل کیجگاهی - فکی کودکانرا مبتلامی سازند عبارتند از: آماسهای اختصاصی و غیر اختصاصی - انکیاوز - تریسموس و انقباضهای خارج مفصلی لوکاسیون - و سوب لوکاسیون Luxatio Subluxation ,

آماسهای مفصل کیجگاهی - فکی

آماسهای مفصل کیجگاهی - فکی خیلی کمتر از آماس سایر مفاصل اتفاق می افتد آماس حاد مفصل فکی را میتوان در کودکان دردوران بیماریهای مسری زمان کودکی مانند - سرخک - مخمک و دیفتری مشاهده کرد .

ضایعات آماسی غالباً کپسول مفصلی یا انساج اطراف مفصلی را دربر میگیرند .

عفونت به مفصل فکی از راه عروق خونی و یا از راه انساج اطراف آن سرایت میکند مانند آماسهای گوش میانی که دردوران مخمک و یا آماسهای مغز استخوان شاخه بالارونده و یا دردوران پروسه های آماسی انساج نرم اطراف مفصل اتفاق افتاده و عفونت بگوش سرایت مینماید .

چنانکه میدانید حتی درموقع آماسهای کوچک اطراف مفصلی حرکات مفصل خیلی دردناک و محدود میشوند. مثلاً اگر در ناحیه نزدیک مفصل مانند لاله گوش تورم آماسی ایجاد شود حرکات مفصل دردناک و محدود شده و بیمار قدری تب میکند ولی درحالات شدید آماسی علاوه برعلائم موضعی علائم عمومی شدیدی مانند تبهای زیاد ۴۰ - ۳۹ درجه‌ای و لرز و تورم ناحیه مفصل و انساج اطراف آن و دردهای شدیدیکه تا توی گوش و ناحیه شقیقه تیر میکشد دیده میشوند و غالباً پوست این ناحیه قرمز میباشد.

چرکی که در انساج نرم جمع شده میتواند پوست را سوراخ نموده و بخارج ترشح نماید و یا از سوراخ گوش خارجی دفع گردد ولی خیالی بندرت ممکن است بداخل جمجمه سر باز نماید. در این حالت آخری آماس مفصل علت مننژیت بوده و معمولاً بمرگ کُودک منتهی میشود.

بمقیاس مقدار اختلالاتی که در مفصل در دوران آماس آن پیدا میشود و بر حسب روش معالجه آماس حاد ممکن است بدون هیچگونه عارضه‌ای معالجه گردد و یا سیکاتریسهای جمع شونده انساج Contractura از خود باقی گذاشته و یا بالاخره باعث Ankylosis یک یا هر دو مفصل گردد.

آماس مفصل فکی همچنین ممکن است در دوران ضایعات اسپینیک (سیفلیس - سل - سوزاک - روماتیسم مفصلی - آکتی‌نومیکوز) هم دیده شود. در کودکان از بین ضایعات بالا نسبتاً بیش از همه آماس سلی مفصلی Arthritis Tuberculosa دیده میشود آماس سلی مفصلی خیلی کمتر از آماس سلی سایر مفصل دیده میشود سرایت سل به مفصل فکی یا از راه عروق لنفی و یا از راه عروق خونی در موارد سل ریه و یا جای دیگر اورگانیزم میباشد. در پروسه سلی مفصل بتدریج سر کندیل از بین می‌رود و در اطراف مفصل بر روی پوست فیستولهایی دیده میشود که مدتها التیام نمی‌یابند. سیر این ضایعات معمولاً بصورت مزمن و غالباً باعث ایجاد سیکاتریسها و

محدود شدن حرکات که بعداً باعث بیحرکتی مفصل میگردد .
 آماس مفصل فکی در اثر بیماری سوزاک گاهی در نوزادان دیده میشود
 وغالباً غلط تشخیص داده شده و آنرا با آماس گوش میانی اشتباه میکنند .
 پروسه آماسی غضروف بین مفصلی را از بین برده و سپس باعث انکیلوز و
 بیحرکتی مفصل میگردد .

معالجه

بهترین معالجه آنستکه هرچه زودتر کانون آماسی را باز نموده و باعث
 خروج چرك گردیم و با این معالجه جراحی بایستی آنتی بیوتراپی را توأم
 نمود . معالجات موضعی عبارت از کمپرس خشك و گرم میباشد . بایستی
 بخاطر داشت که پس از از بین رفتن حالت آماسی باید هرچه زودتر مکانوس-
 تراپی یعنی ورزش را شروع نمود بایستی بمریض دستور جویدن سقز را
 داد و یا بادهان بازکن و یا وسایل دیگر مریض را مجبور بورزش و حرکات فك
 نمود تا از بیحرکتی مفصل و انکیلوز جلوگیری بعمل آید .

انکیلوز مفصل گیجگاهی - فکی

این ضایعه عبارت از بیحرکتی دائمی یکی یا هر دو مفصل فکی
 میباشد . سطح داخلی مفصل بواسطه رشد انساج فیبری یا استخوانی
 بیکدیگر چسبیده و بصورت واحدی درمیآیند. این تغییرات ممکن است فقط
 خود مفصل را دربرگیرند و یا توأم با تغییرات انساج استخوانی خارج
 مفصلی همراه باشند .

شکل -۱۸-



انکیلاوز ناقص مفصل فکی-گیجگاهی از روبرو

شکل - ۱۹ -



انگلیز همان بیمار از پهلو

انگیلوز مفصل فکی بیماری بسیار سختی است زیرا باعث ناهنجاری و زشتی صورت و همچنین اختلالاتی در کار بلع و عمل تنفس میگردد .

انگیلوز مفصل فکی ممکن است مادرزادی بوده و یا بعداً در دوران زندگی ایجاد شود علت انگیلوزهای مادرزادی تاکنون معلوم نشده است و حدس میزنند که شاید مربوط با اختلالات رشد جنین باشد .

علت سایر انگیلوزها عبارت از عفونتهای عمومی و آکتی نومیکوز و سوزاک و سل و عفونتهای موضعی اطراف فك و شکستگیها و ضربه‌ها میباشد .
در مواردیکه در نوزادان انگیلوز فکی پیدا میشود علت آنرا استعمال فورسپس Forceps در موقع تولد بوسیله پزشك میدانند .

در این کودکان اغلب موارد انگیلوز مفصل گیجگاهی در دهمین سال زندگی آنها دیده میشود اختلالات پاتولوژیکی که باعث رشد انساج فیبرو و یا استخوانی در خود مفصل میشوند باعث اختلال و یا عدم امکان کامل حرکات مفصل میگرددند . انگیلوز و عدم تحرك مفصل مربوط به طول زمان بیماری و سن بیمار میباشد . انگیلوز ممکن است یکطرفه و یا دوطرفه باشد .

غالباً بخصوص در کودکان انساج فیبرو بین سر کندیل و قوس کلتوئید (گودال مفصالی) در سطح خارجی زائده‌های مفصالی تشکیل شده که خیلی زود استخوانی میگرددند و در نتیجه آن زائده‌های شقیقه‌ای تغییر شکل داده و حدود مشخص کندیل و گردن آن از بین میروند بطوریکه مشکل است آنها را از یکدیگر تمیز داد .

در انگیلوز مفصالی رشد استخوانی بین کندیل و گودال مفصالی با قاعده قوس زیگوماتیک پیدا میشود و باعث تغییر شکل و کوتاه شدن زائده مفصالی میگردد .

نسج استخوانی جدیدی که پیداشاه باعث ضخامت و رشد و پیوستگی

شکل - ۲۰ -



انکپلوز معطل فکی - گیبکاهی از روبرو

شکل - ۲۱ -



انگیلوز همان بیمار از پیشتر

شکل -۲۲-



انگیلوز همان بیمار . داخل دهان

استخوانها به یکدیگر میشوند .

در بعضی از موارد قسمت فوقانی شاخه بالارونده تغییر شکل داده و با استخوانهای اطراف بهم چسبیده و تشکیل يك بلوك واحد استخوانی را میدهند . رشد انساج استخوانی این ناحیه باعث تنگ شدن مجرای خارجی گوش و کر شدن گوش و با لافل باعث کم شدن حرر شنوائی میگردد .

در موقع انکیلوز یکطرفه با اینکه فك حرکت نمیکند مفصل دوم هیچگونه علائم پاتولوژیک را نشان نمیدهد . در نتیجه انکیلوز فکی اختلالاتی در رشد فکین و روئیدن دندانها و جفت گیری آنها و تغییر شکل یکطرفه صورت و کوتاهی شاخه بالارونده و تنه فك در طرفیکه مفصل بیمار است میگردد . در این بیماران Microgenia یکطرفه و کشیده شدن چانه بطرف مفصل بیمار دیده میشود .

هر چه کودک زودتر باین بیماری مبتلا شود تغییر شکل و ناهنجاریهای صورت و دستگاه جوونده او بیشتر خواهد بود .

در موقع انکیلوز دو طرفه کاملاً عدم رشد فك پائین و کوچک ماندن چانه دیده میشود و باینگونه صورتها «صورت پرنده ای» میگویند و مشخصات آن عبارت از بسته نشدن دهان و لب پائین بطرف زبان متعایل و دندانهای فك بالا بطرف جلو متعایل و دندانهای جلو پائین بطرف جلو متعایل و در موقع جفت گیری با کام سخت در حدود لثه دندانهای جلو بالا تماس میگیرند . و تمام این ناهنجاریها غالباً بایک اوکلوزیون باز همراه میباشند .

انکیلوز فکی بتدریج رشد میکند حتی گاهی پس از بیحرکتی کامل فك ممکن است باز هم حرکات مختصر موضعی باقی بماند و همین باعث میشود که بیمار بتواند غذاهای مایع و نیمه مایع را بخورد .

رعایت بهداشت حفره دهان در اینگونه بیماران خیلی مشکل است . دندانها غالباً دچار پوسیدگی گشته از بین رفته اند مخاط حفره دهان غالباً

دچار حالت آماسی هستند بعلت وجود جرمهایی بزاقی فراوان وضع لثه‌ها فوق‌العاده بد و در نتیجه دندانها لق میباشند . تکلم زیاد خوب و واضح نیست. معمولاً حال عمومی بیمار دچار اختلالات زیادی نمیگردد و فقط بواسطه تغذیه بد اینگونه بیماران دارای جثه ضعیفی میباشند .

در کودکان بعلت عدم رشد فك و افتادن زبان بطرف عقب اختلالاتی در عمل تنفس بخصوص در موقع خواب ظاهر میشود و کودک موقعی بخواب خواهد رفت که او را پهلوی بخوابانند معمولاً این بیماران در خواب بشدت خرخر نموده و اطرافیان را ناراحت میسازند . تشخیص انگیلوز را بایستی بر مبنای گفتگو با بیمار و معاینه ناحیه مفصل و حرکت کندیلها و بالاخره با کمک رادیولوژی گذاشت .

امروزه میتوان معاینه توموگرافیک از مفصلهای فکی بعمل آورد در این نوع عکسها میتوان تمام تغییرات استخوانی مفصلها را در عمقهای مختلفه با چشم دید .

مهمترین علائم برای تشخیص عبارتند از بدشکلیهای صورت ، عدم رشد فك پائین ، عدم تحرك کندیلهای بیمار در صورت انگیلوز دو طرفه و در صورتیکه انگیلوز یکطرفه باشد در موقع سعی در حرکت فك پائین فرق بین کندیلها در زیر انگشتان احساس میشود در موقع حرکت فك پائین بطرف مفصل بیمار کندیل طرف سالم در گودال مفصلی مختصری بجلو آمده و حرکتی در محل خود انجام میدهد . و اگر بیمار بخواد فك را بطرف مفصل سالم حرکت بدهد مفصل طرف بیمار در جای خود بدون حرکت باقی و فك ابدأ حرکتی نخواهد نمود .

برای جلوگیری از اشتباهات تشخیصی و امکان انجام عمل جراحی در طرف سالم بایستی هر دو طرف فك را اندازه گیری نمود برای اینکار از کناره تحتانی قوس زیگوماتیک که در جلوی لاله گوش قرار دارد تا زاویه فك که

شاخه بالارونده میباشد و سپس از زاویه فك تا خط وسط که تنه فك میباشد اندازه گیری مینمائیم و سپس اندازه دوطرف را مقایسه مینمائیم .
 آنطرف از فك که کوچکتر باشد طرفی خواهد بود که مفصل آن دچار انکیلوز گشته و بهمین دلیل آنطرف فك رشد کافی نکرده است و کوچک باقیمانده است .

معالجه

معالجه بیماری انکیلوز فکی غالباً جراحی است و هدف عمل جراحی آنستکه بفك پائین حرکات آنرا بازگرداند و برای اینکار بایستی بوسیله عمل جراحی ایجاد يك مفصل کاذب یا Pseudoneoarthrosis در شاخه بالارونده فك نمود تا تنه فك حرکات خود را بازیابد .

در موقع انکیلوز یکطرفه اینکار را در يك طرف بیمار مینمائیم و در صورت انکیلوز دوطرفه اینعمل بایستی در هر دو طرف انجام پذیرد .
 برای آنکه حرکات فك در هر دو طرف قرینه باشد بایستی کار عضلات ماضفه را حفظ نمود و برای حصول باین مقصد بایستی مفصل کاذب را هرچقدر ممکن است در نزدیکی مفصل اصلی انکیلوزه ایجاد نمود مفصل کاذب قسمتی از اعمال عضلات ماضفه و رجلی داخلی را بآنها باز میگرداند .
 ایجاد مفصل کاذب در تنه و یا زاویه فك باعث از بین رفتن کار این عضلات میگردد .

مفصل کاذب را میتوان بوسیله Osteotomia مستقیم (Rauer) و یا بوسیله برداشتن قسمتی از استخوان شاخه بالارونده فك در قسمت فوقانی آن در زیر محل مفصل طبیعی، Incisura Semilunaris , Mandibulare . Foramen

انجام داد و باین ترتیب میتوانیم از بریده شدن کپسول عروقی -
عصبی فك پائین جلوگیری بعمل آوریم .

Limberg قسمتی از استخوان را در ارتفاع معینی از شاخه بالارونده بر میدارد تا تنه فك كاملاً متحرك گردد سپس بین دو قسمت بریده شده استخوان يك لامپوی پوستی میدوزد تا از جوش خوردن دو قسمت استخوان بیکدیگر جلوگیری بعمل آید .

بعضی از مؤلفین برای نگهداری مفصل کاذب و جلوگیری از جوش خوردن دوسر استخوان بیکدیگر عضله ماضغه و یا نواری از آپونوروزران و یا انساج چربی و یا غضروف دنده (Doufourmentel) را بین دو استخوان قرار میدهند .
Michelson بخاطر این فك از مواد پلاستیکی استفاده میکند .

Obuchowa از غضروف انسان مرده که بترتیب خاصی تهیه شده استفاده میکند مؤلفین دیگر از قبیل Mourel , Trauner از صفحات آکریلی که بان فرم مخصوص داده اند استفاده میکنند .

Stones فضای خالی بین دوسر استخوان را از اسفنجهای ژلاتینی پر میکند .

عمل Roche عبارتست از برش پوست و انساج زیر پوستی در زیر کناره تحتانی زاویه فك پائین و بیالازدن آنها و پس از رسیدن با استخوان بایستی قسمتی از استخوان را بر روی شاخه بالارونده بصورت ذو ذنقه ای که قاعده بزرگ آن بطرف پائین و عقب باشد بریده و برداشت و سپس در این محل عضله ماستر را توصیه میکند و بعضله رجلی داخلی دوخته و مانع از جوش خوردن استخوان بیکدیگر گردیم .

پروفسور بوخدانویچ مخالف با گذاردن هر نوع ماده ای در محل استخوان بریده و مخالف با دوختن این دو عضله بیکدیگر است و عقیده دارد بهتر است استخوانها را آزاد گذاشت زیرا اجسام خارجی در این محل باعث تحريك

شکل -۲۳-



انکیلوز کامل مفصالی فکی-گیجگاهی
قبل از عمل

شکل - ۲۴ -



انگیلوز همان بیمار پس از عمل

و تشکیل مجدد استخوان میشوند وبعلاوه ایجاد سیکاتریس نموده که خود مانع بازشدن کامل دهان میگردد. وبعلاوه وجود جسم خارجی دراین محل مانع ازحرکات کامل فك میگردد. وبلافاصله پس از برداشتن استخوان دهان مریض را باز کرده ودرین دندانها چوب پنبه ای قرار میداد و تا دو هفته تا حدیکه ممکن بود چوب پنبه ها را تعویض وچوب پنبه بزرگتری میگذاشت تا موقعیکه مریض باندازه عرض سه انگشت دهانرا باز نماید واین چوب پنبه را بمدت یکماه ازین دندانهای بیمار برنمیداشت البته در فواصل مختلفه روز دستور میداد بیمار چوب پنبه را بردارد و با حرکات مختلفه مانند جویدن چیزهای سخت ورزش نماید واین ورزش را ماهها پس از عمل توصیه مینمود.

استعمال بیهوشی عمومی خطرات فوق العاده زیادی دارد زیرا در صورت اشکالات تنفسی و یا خفگی بیمار امکان باز کردن دهان مریض وجود ندارد.

عمل جراحی بدشکلی قسمت تحتانی صورت را ازین نمیرد و فقط باعث بازویسته شدن دهان میگردد دراین اواخر پروفیسور بوخدانویچ دست بابتکار جدیدی زدوآن این بود که بیماران را تراکتوتومی مینمود وازاین راه بآنها بیهوشی میداد.

اعمال جراحی انکیلوز بدین ترتیب یعنی روش بوخدانویچ عمل میشوند دارای نتایج خوبی بودند ولی گاهی عوارضی مانند اوکلوزیونهای باز و یا عقب رفتن چانه و یا حرکت یکطرفه پائین دیده میشد ولی مسئله اساسی پس از عمل آنستکه کاری بکنیم که دوباره استخوانها جوش نخورند و مفصل کاذب کار مفصلی اصلی را بنماید.

در حقیقت نتایج يك عمل خوب انکیلوز را بایستی سالها پس از عمل عرضه داشت و نشان داد که پس از سالها مجدداً بیمار مبتلا به انکیلوز نشده

است .

انقباض خارج مفصلی

بین انگیلوز مفصلی و انقباضهای خارج مفصلی و تریسموس بایستی فرق کالی گذاشت علت انقباضها معمولاً پروسه‌های پاتولوژیکی هستند که در انساج نرم اطراف مفصلی وجود دارند .

انقباض خارج مفصلی عبارت از محدود شدن کم و بیش حرکات مفصل گیجگاهی - فکی میباشد که علت آن ضایعات انساج اطراف مفصلی از قبیل عضلات رباطها ، آپونوروزها و پوست باشد .

انقباض سیکاتریسی فك غالباً در کودکان پس از التیام زخمهای مخاط حمره دهان و پیر از استئومیالیت شاخه بالارونده و سوختگیها و ضربه‌ها دیده میشود. شکاهای وخیم و سخت استئوماتیتها در کودکان در دوران بیماریهای مسری و عفونی از قبیل سرخك، مخمك و تیفوس دیده میشود .

یکی از عواقب این ضایعات عبارت از سیکاتریس بافت همبند مخاط و عضلات و پوست میباشد که باعث اشکال در باز شدن دهان میگردد و گاهی پس از بهبودی این ضایعات بدون هیچگونه دردی و اختلالی برای تغذیه بیمار بتدریج دهان باز میشود .

در موقع معاینه مشاهده میشود که حرکات فك محدود است تصویر رادیولوژیک هیچگونه علامت بیماری مفصل و یا انگیلوز را نشان نمیدهد و همچنین هیچگونه ناهنجاری در استخوانهای اطراف مفصلی دیده نمیشود که همین علائم خود دلیل بر وجود انقباض خارج مفصلی میباشد .

شکل - ۲۵ -



انگیلوز مفصل فکی-گیجگاهی

شکل -۲۶-



همان بیمار بعد از عمل

شکل -۲۷-



همان بیمار ، محل تراکتوتومی

معالجه

عبارت از بریدن و برداشتن سیکاتریس و پیوند پوست بر روی محل آن میباید در صورتیکه این سیکاتریسها عمیق باشد باید آنها را برداشته و روی آنها با لامپوی سیلندری Filatow پوشاند و چنانچه سیکاتریسها سطحی و کوچک باشند کافی است آنها را بریده و برداشت و در تمام زمان التیام زخم دهانرا کاملا باز نگهداشت تا انساج در حال انقباض التیام نیابند.

تریسموس

تریسموس بعلت ضایعات آماسی عضلات ماضغهای است که در دوران پروسههای آماسی انساج همجوار آنها مانند پریمیوت و با آبه و با فلکمون اطراف فکی ایجاد میشود.

بعلت پروسه آماسی انقباض الیاف عضلانی ماضغ و رجای داخلی بوجود میآید. انقباض الیاف عضلانی عکس العملی شرطی است و پس از آنکه حالت آماسی از بین رفت پس از مدتی کم و بیش این انقباض هم از بین رفته و بیمار دهانرا باز میکند.

تریسموس ممکن است درجات مختلف داشته باشد و بر حسب کم و یا زیادی آماسی بیمار کمتر و یا بیشتر دچار تریسموس گردد. بایستی تریسموس دوران بیماری کزاز را بخاطر داشت و آنها را با سایر تریسموسها اشتباه نکرد.

معالجه

بهترین معالجه از بین بردن کانون آماس و عفونت میباشد و سپس باز کردن و بستن دهان بیمار با اسبابهای مخصوص است که آنرا مکانوتراپی مینامند. فیزیوتراپی و بلوکادهای نوکائین و تزریق Hialuronidase میباشد.

دورفتگی مفصل فکی - گیجگاهی

دورفتگی مفصل فکی عبارتست از جلو آمدن بیش از اندازه کندیل فکی و خارج شدن آن از قوس کلنویید Fosseglenoide و عدم امکان آن برای برگشتن بمحل اصلی خود و بسته بآنکه در کدام جهت کندیل فکی از گودال مفصلی خارج شده باشد دورفتگی را جلوئی یا قدامی یا عقبی و یا خلفی گویند.

دورفتگی ممکن است یکطرفه یا دوطرفه باشد.

دورفتگی قدامی موقعی اتفاق میافتد که کندیل فکی در جلوی برجستگی مفصلی قرار گرفته و نمیتواند بعقب برگشته و وارد گودال مفصلی گردد البته بعلت کشش رباطهای طرفی و انقباض عضله ماضغه و عضله رجلی داخلی اینکار امکان پذیر نیست.

فک بیائین و بطرف جلو میرود و در همین حال باقی میماند. این دورفتگی ممکن است در موقع خمیازه کشیدن، استفراغ کردن و یا گاز گرفتن لقمه بسیار بزرگی و یا در موقع باز کردن دهان در موقع عمل با اسبابهای مخصوص باینکار و یا در موقع کشیدن و یا پر کردن دندان اتفاق بیافتد در کودکان

شکل -۲۸-



محل برش عمل در زاویه فك

برجستگی مفصلی هنوز رشد کافی نکرده و همین مسئله باعث میشود که خیلی زود در موقع دررفتگی کندیل لغزیده و بر جای خود برگردد، در کودکان این حالت در موقع تغذیه و جیغ کشیدن اتفاق میافتد و وضع شاخه بالارونده در کودکان طوری است که کندیل فك كودك را مستعد بجلورفتن میسازد و بهمین علت در کودکان بیشتر دررفتگی قدامی اتفاق میافتد و خوشبختانه در کودکان غالباً خود بخود کندیل فك جا میافتد.

در موقع دررفتگی خلفی کندیل فکی بطرف عقب یعنی بطرف بریدگی ماستوئید که در جلوی زائده پستانی و در کنار زائده نیزه‌ای قرار گرفته است میرود و در موقع این دررفتگی تریسموس پیدا شده دهان بسته و فك بطرف عقب میرود و در موقع معاینه احساس میشود که گودال مفصای خالی است و کندیل زیر مجرای گوشی خارجی قرار گرفته و عضله ماضغه بشدت کشیده شده است.

یکی از عوارض این دررفتگی آنستکه بمجرای گوشی صدمه وارد میآید و علامت آن خونریزی از گوش میباشد و انواع دیگر دررفتگی وجود دارد که یکی مادرزادی و دیگری دررفتگیهای ثانوی است یعنی عارضه يك بیماری دیگر میباشد مانند دررفتگیها پس از ضربه و یا بعلت بیماریهایی که قبل از كودك بآن دچار شده است. علت این دررفتگیها از بین رفتن سطح مفصلی در دوران ضایعات عفونی میباشد و در کودکان غالباً علت آن سل میباشد.

از لحاظ بالینی دررفتگیها را سه دسته تقسیم میکنیم حاد، مزمن، و آنهاییکه عادت شده‌اند.

دررفتگیهای حاد آنهایی هستند که بیمار بلافاصله پس از دررفتگی برای جا انداختن پزشك مراجعه مینماید و یا حداکثر تا دو هفته بیمار صبر میکند تا پزشك دست یابد دررفتگیهای مزمن آنهایی هستند که از موقع

دررفتگی تا مراجعه پزشک بیش از دو هفته گذشته باشد .
 دررفتگیهای عاداتی آنهایی را مینامیم که دررفتگی مدام تکرار گردد
 حتی روزی چندبار درمقابل کوچکترین حرکتی درموقع صحبت کردن و یا
 غذا خوردن و یا خمیازه کشیدن اتفاق افتد .
 علت این نکته آنستکه کپسول مفصلی نرم و گشاد میشود و یا آنکه
 رباطها نرم و دراز گشته و یا بکلی پاره میشوند خیلی بندرت این دررفتگیها در
 کودکان دیده میشود . تشخیص دررفتگی را میتوان با علائم بالینی گذاشت
 و خیلی بندرت احتیاج برادیوگرافی هست معمولا تشخیص کارآسانی است
 فقط در مواردی که دررفتگی سالها قبل بخصوص اگر در او ان کودکی اتفاق
 افتاده باشد و هیچگونه معالجهای انجام نگرفته باشد تشخیص کار مشکلی
 میگردد این دررفتگیها باعث بدشکلی فکین و استخوانهای صورت میگردد و
 غالباً درموقع زایمان اتفاق افتاده و پزشک بآن توجهی نمیکند .

معالجه

معالجه دررفتگیهای تازه و حاد کاریست ساده و عبارت از هدایت کردن
 کندیل بادیست بداخل گودال مفصالی میباشد .
 فقط بعضی اوقات اینکار مشکل است و علت آن عدم همکاری بیمار با
 پزشک است و در اینگونه مواقع بایستی عضله ماضغه را با نوکائین بیحس
 نمود زیرا نوکائین اولاً درد را از بین میبرد ثانیاً مقاومت عضله ماضغه را از
 بین برده و جانداختن فک را آسان میسازد .
 دررفتگیهای مزمن را باید معالجه جراحی نمود و بهترین روش که
 نتایج خوب میدهد روش Funk میباشد حسن این روش آنستکه مستقیماً
 بخود مفصل کاری نداریم و از ایجاد سیکاتریسها جلوگیری میشود برای انجام

این عمل در قسمت تحتانی قوس زیگوماتیک برشی داده و سپس عضله ماستر را میبریم و تا شکاف سیننی شکل پیش میرویم بعداً بکمک یک چنگک که در این محل میاندازیم فك را ابتدا بهپائین سپس بعقب کشیده و کندیل را داخل گودال مفصای میکنیم و اگر در رفتگی خلفی باشد این حرکت را معکوس انجام میدهیم و اگر این عمل به نتیجه نرسید مجبوریم متوسل به Condylectomia گردیم .



مبحث ششم

تومورهای فکین و حفره دهان

حفره دهان و استخوانهای فکین و صورت میتوانند محل ایجاد رشد تومورهائی باشند که مخصوص این قسمت از اورگانیزم است و همچنین میتوانند در این محل تومورهای استخوانی که در تمام سیستم استخوانی بدن دیده میشوند رشد نمایند .

پیدايش تومورها در حفره دهان مربوط به اختلالاتی در رشد سیستم دندانی و تشکیل دستگاه جونده میباشد .

در بین تومورهائیکه در اطراف فکین و صورت پیدا و رشد مینمایند این فرق را باید گذاشت که رشد عدهای از آنها مربوط به ضایعات سیستم دندانی و عدهای دیر هیچگونه ارتباطی با رشد دندانها ندارند و این دسته خود از دو نوع تشکیل میشوند یکنوع توموری که از بافت مخصوص استخوانی تشکیل میشوند و نوع دیگر توموری که منشاء آن بافت مخصوص استخوانی نمیشود. بنابراین از نظر آسیب شناسی سه نوع تومور در فك و دهان دیده میشود:

- ۱ - تومور یا منشاء دندانی .
- ۲ - تومور با منشاء استخوانی .
- ۳ - توموریکه منشاء آن نهدندانست و نه استخوان .

تومورهای حفره دهان که منشاء آنها بافت پوششی میباشد ازبافت پوششی مخاط و غده‌ها و جوانه‌های دندانی تشکیل میشوند .
تومورهائیکه منشاء مزانشیمال دارند میتوان بچند دسته تقسیم نمود آنهائیکه ازبافت همبند وعضلانی و استخوانی و عروقی و لنفاتیک تشکیل شده‌اند .

از نظر سیربالینی تومورها را بدودسته خوش‌خیم و بدخیم تقسیم میکنیم . تومورهای خوش‌خیمی که درحفره‌دهان کودکان دیده میشوند عبارتند از : Osteoma, Lipoma, Papilloma, Haemangioma .
Fibroma, Lymphoma و Epulis و کیستها که بقلط جزء تومورها بحساب آورده شده‌اند . آپولیسها و کیستها را درحقیقت نبایستی جزء تومورها بحساب آورد .

تومورهای بدخیم عبارتند از

Tumor Gigantocellularis, Adamantinoma Neurinoma, Tumormixtus
بعضی از مؤلفین مانند Sarnat , Byars تومورهای حفره دهان کودکان را به ترتیب زیر تقسیم میکنند :

۱ - آنهائیکه منشاء دندانی دارند : A (کیستهای ریشه‌ای B)
کیستهای جوانه‌ای C (آدامانتیوما .

۲ - آنهائیکه منشاء دندانی ندارند تومورهای ابتدائی خوش‌خیم
تومورهای بدخیم .

۳ - تومورهای ثانوی از قبیل مناستازهای سرطانی و سارکومی .

۴ - تومورهائیکه در اثر اختلالات متابولیک پیدامیشوند مانند کیستهای استخوانی که دوائر کار زیاد پارائیروئید ظاهر میشوند (اگرچه از نظر آسیب‌شناسی تومور واقعی نیستند) .

تومورهای فکین و حفره دهان در کودکان نسبتاً کمتر دیده میشوند و

شکل آنها شبیه بزرگسالان میباشد و ممکن است از جوانه‌های دندانی تشکیل شده و ابتدا در استخوان فک پائین و یا بالا و یا آنجا نرم رشد نموده و بعداً در اثر اینفلتراسیون و یا فشار استخوان‌ها از بین ببرند .

و بگذشته کاملاً جدا کیستهای فکین میباشند که از نظر بالینی و رادیولوژیکی خیلی شبیه به تومورها میباشند و میتوان آنها را با تومورها اشتباه نمود. اصول عمومی معالجه تومورها در کودکان با بزرگسالان فرقی ندارد. از نظر سیرومشی مختلف بالینی و تصویرهای رادیولوژیکی کودکان که غالباً بعلت وجود جوانه‌های زیاد دندانی مبهم میباشد مبنای تشخیص صحیح را همیشه بایستی بر آزمایش آسیب‌شناسی قرار داد و بدون بیوپسی یا اولیکوپسی هیچگاه نباید تصمیمی برای معالجه گرفت .

رشد تومورهای بدخیم در کودکان خیلی بیشتر از رشد آن در بزرگسالان است و تومورها باین دلیل در کودکان خیلی زود دارای حجمهای فوق‌العاده بزرگی میشوند .

بعلت رشد زیاد تومورها در بیشتر کودکان معالجه دیر شروع میگردد و بهمین دلیل معالجه آنها غالباً نتیجه خوب نمیدهد .

اگر توموری در کودک خیلی سریع رشد کند میتوان آنرا تومور بدخیم شناخت برداشتن بیوپسی در کودکان خطرانی دربر دارد زیرا آنجا کودکان خیلی بیشتر از بزرگسالان در مقابل ضربه‌های وارده عکس العمل نشان میدهند در صورتیکه حدس میزنیم که توموری در کودکان بدخیم باشد بهتر است البیوبیوپسی نموده و خیلی سریع معالجه اساسی را شروع نمود و با درحین عمل آزمایش آسیب‌شناسی نمود .

در صورتیکه حال عمومی کودک خوب نباشد و یا تومور خیلی بزرگ باشد و نتوان تمام آنرا در آورد بایستی از عمل جراحی صرف نظر نمود و متوسل بمعالجات دیگر شد .

در صورتیکه تومور نسبت باشعه ایکس حساس باشد بهتر است رادیوتراپی نمود و متأسفانه در اینگونه موارد معالجه با اشعه ایکس هم نتیجه رضایت بخشی را نمیدهد.

EPULIS

اپولیس از بافت همبند لثه و یا پریوست و یا استخوان قوس آلوژی رشد میکند اسم آن بدین لحاظ است که محل آن بر روی لثه میباشد. چون فیبروم و کندروم و سارکوم هم بیشتر در همین محل دیده میشوند نبایستی اپولیس را با آنها اشتباه نمود و بهمین دلیل وظیفه وجدانی آنستکه هر اپولیس برداشته شده را نزد آسیب شناسی برای آزمایش میکروسکوپی بفرستیم.

برای پیدایش اپولیسها نقش زیادی را ضربه ها ایفا میکنند مثلاً وجود ریشه ای در لثه و تحریک لثه بوسیله لبه های تیز آن و یا بدپر کردن دندان پوسیده و قرار دادن لبه تیز آمالکام بر روی لثه و استخوان ایجاد اپولیس مینماید. گاهی علت پیدایش اپولیس دندان دائمی در حال رویش میباشد و گاه کاز گرفتن لثه بوسیله دندانهای در فک مقابل علت آنست.

رشد این تومور بطی، و هیچگونه دردی برای کودک ایجاد نمیکند. حجم آن از اندازه یک نخود تا یک گردو میباشد و گاه حجم آن زیادتر و باعث جابجا شدن دندانها میگرددند.

این تومورها غالباً در دهلیز دهان رشد میکنند نه از طرف کام و بیشتر در دندانهای جلویی دیده میشوند تا دندانهای خلفی و در فکهای بدون دندان خیلی بندرت دیده میشوند.

اپولیس غالباً با کف بوسیله یک پایه باریک و یا وسیع نسج همبندی مربوط میشود و بندرت تمام سطح آن بکف چسبیده و پایه ای ندارد. دارای

رنگ قرمز تیره و یا قرمز کبودی می باشد قوام آن نرم و یا سخت می باشد و تشکیل شده است از نسج کرانولومی که دارای کمی رشته های نسج همبندی می باشد و دارای مقدار زیادی عروق خونی است و بهمین دلیل خیلی زود و زیاد خونریزی میکند سطح آن بعلت وجود باکتریها و عفونت حفره دهان ممکن است زخم شوند که علت آن غالباً گازگرفتن تومور در موقع تغذیه می باشد .

بعقیده بعضی از مؤلفین انکلوساکس اپولیسها عبارتند از رشد کرانواوما و بهمین دلیل آنها را Granuloma Periphericum نامیده اند .
اپولیسها در موقع رشد استخوان قوس آلوئلی را از بین می برند اپولیسها متاستاز ندارند و غالباً در جوانان دیده میشود .

Reiman بر حسب آماریکه تهیه نموده نشان میدهد که در بین ۳۱۰ بیماریکه او پیدا کرد ۳۴ مورد آن کودکان از ۱ تا ۱۰ ساله بوده اند .

چند نوع اپولیس داریم : فیبرو و گرانولوماتو ونوعی با سلولهای بزرگ آزمایش آسیب شناسی میتواند ماهیت تومور را بخوبی روشن سازد در تومور رادیولژیک میتوانیم خوردگی مختصری از استخوان آلوئل را بینیم و گاه شکاف پر بودنت قدری وسیع تر دیده میشود . اگر در رادیوگرام مقدار زیادی از استخوان از بین رفته باشد دلیل آنستکه تومور در داخل استخوان رشد نموده و ممکن است تومور با سلولهای بزرگ داخل استخوانی باشد .

معالجه

عبارت از برداشتن کامل آن بطریق جراحی می باشد بدین طریق که قسمتی از نسج سالم اطراف پریوست را بر میداریم و گاه مجبوریم در صورت عود بیماری دندانهای اطراف و قسمتی از استخوان آلوئل را هم برداریم .
اگر برداشتن تومور کامل نباشد حتماً بیماری عود خواهد کرد .

ODONTOMA

اودنتوم تومور خوش خیمی است که در اثر رشد و تکامل غیر طبیعی جوانه های دندانی تشکیل میشود این تومور در دوران اولیه رشد خود از سلولهای پوششی و همبندی تشکیل میشود و در دوران بعدی رشد خود سخت و فشرده شده و از کیسه ای از بافت همبندی احاطه میگردد که خود این کیسه بقایای انساج نرم دوران اولیه رشد تومور میباشد .

این تومور دارای شکلی نامنظم و دارای انساج دندانی میباشد که منشاء آنها از دوران رشد دندانها میباشد .

رشد غیر طبیعی جوانه دندانی ممکن است مربوط به عدم نظم در قرار گرفتن انساج سخت دندانی مانند عاج مینا و سمان باشد و همچنین در تشکیل اودنتوما ممکن است پریدونت و پولپ و انساج استخوانی آلونل شرکت نماید .

اودنتوم بندرت دیده میشود و اغلب در سنین جوانی و در فك پائین و غالباً در محل دندانهای آسیا و زاویه فك پائین دیده میشوند .

بین اودنتومیکه از قسمت تاجی دندانی تشکیل میشود با اودنتومیکه از قسمت ریشه ای است بایستی فرق گذاشت .

این تومورها ممکن است از يك یا چند جوانه دندانی تشکیل شوند و تشکیل تومور سختی باندازه های مختلف را بنام *Odontoma Compositum* نماید اودنتوم میتواند شکل قسمتهای مختلفه دندانرا داشته باشد .

ریشه ها ممکن است فرم کروی داشته و تشکیل شده باشد از عاج و بطور پراکنده در بعضی از محلها سلولهای سمائی و مینائی و یا انساج استخوانی دیده میشوند .

گاهی دو جوانه بساهم رشد کرده و دارای فرمی غیر طبیعی میگرددند .

قسمت تاجی يك جوانه ممکن است بین ریشه‌های دومین جوانه قرار گرفته باشد و یا ریشه‌های يك جوانه ممکن است به تاج دومین جوانه چسبیده باشد. در رادیوگرام معمولاً غده‌های دیده میشود که با دندان بوسیله نسج استخوانی جوش خورده و ما را بیاد انساج دندانی میاندازد. این غده شکل منظمی ندارد ولی کاملاً محدود بوده و با انساج اطراف فرق کلی دارد. بغیر از ادونتومهایی که در انساج اطراف دندانی دیده میشود ادونتومهایی وجود دارند که عمیقاً در استخوان فکین قرار گرفته و بنام ادونتوم داخل فکی معروفند.

ادونتومها موقعی مورد توجه بیمار قرار میگیرند که حجم آنها زیاد شده و در استخوان فک ایجاد برجستگی مینماید. در مخاطی که روی این تومورها را میپوشاند هیچگونه تغییری مشاهده نمیشود. رشد ادونتوم خیالی بطئی و کاملاً بدون درد میباشد.

معالجه

عبارتست از در آوردن تومور با انساج استخوانی اطراف آن البته قبلاً بایستی لامبوی پریوستنی را تهیه نموده و سپس استخوان آلوتل که روی تومور را پوشانده برداشته و سپس خود تومور را با استخوان نزدیک بان برداشت.

PAPILLOMA

عبارت از تومور خوش خیمی میباشد که از انساج فیبرو و پوششی تشکیل شده است در کودکان پاپیلوما بصورت واحد و یا چندتائی دیده میشود. محل آنها بر روی مخاط لثه و لب و گونه میباشد. دارای پایه بوده نرم میباشد و گاهی بشکل رشته‌های نخی میباشد که پهلوئی بکدیگر قرار گرفته‌اند و گاهی تشکیل لکه‌هایی را میدهند.

معالجه

عبارتست از برداشتن آن بطریق جراحی با انساج سالم اطراف آن .

HAEMANGIOMA

تومور خوش خیمی است که مادرزادی بوده و غالباً در کودکان دیده میشود .

Haemangioma - که منشأ عروق خونی دارند معمولاً بدو دسته تقسیم میشوند یکی H. Simplex یا ساده و دیگری بنام II. Cavernosum یا حفره‌ای نامیده میشود .

نوع ساده آنرا معمولاً بر روی پوست در نواحی لبها و گونه‌ها و بینی میبینیم و نوع دوم آنرا در دهان و حفره دهان و بر روی قوس آلتولی و بر روی زبان و پوست صورت میبینیم .

نوع اول این تومورها معمولاً شکل لکه‌های مسطحی را دارند که بر روی پوست و مخاط دیده میشود که در زیر فشار انگشت رنگ آنها از بین میرود .

نوع دوم این تومورها معمولاً در عمق انساج حفره دهان رشد میکنند سطح روی آنها غیر مساوی و دارای رنگ قرمز تیره و گاهی بنفش میباشد در زیر فشار تومور کوچک میشود مقداری خونرا از دست میدهد ولی بزودی دوباره از خون پر میگردد . این تومور میتواند حتی به بزرگی یک پنجه برسد و خیای مستعد خونریزی میباشد . ضربه‌ها حتی کوچک آنها می‌تواند ایجاد خونریزی شدید و طولانی نماید .

معالجه

نوع ساده این تومورها را میتوان با اشعه ایکس معالجه نمود و بایستی

شکل - ۲۹ -



همانژیوم صورت و لب

شکل - ۳۰ -



همانزیرم زبان

معالجه را هرچه زودتر در هفته‌های اول زندگی کودک شروع نمود زیرا هم دوران معالجه در اینموقع کوتاه و هم نتیجه معالجه از نظر زیبایی بهتر است. در کودکان مسن‌تر معالجه طولانی‌تر و نتیجه بدتر می‌باشد.

بعقیده بعضی از مؤلفین رادیوتراپی پس از ۳ سالگی نتیجه‌ای ندارد. عمل جراحی را معمولا برای تکمیل معالجه با اشعه ایکس بایستی انجام داد. پروفیسور بوخدانویچ برای معالجه نوع دوم این تومورها تزریق آب جوش صددرجه‌ای و یا الکل مطلق را پیشنهاد میکند و عقیده دارد که آب جوش باعث انعقاد خون و سفیده سلولها گشته و خود این مسئله باعث ایجاد سیکاتریس در حفره غاری شکل بافت همبندی می‌گردد. بعضی از جراحان برای معالجه این تومور تزریق داروهائی را که ایجاد اسکروز مینمایند مانند Cainon و Sylnasol را پیشنهاد مینمایند.

الکتروکواگولاسیون چندین نقطه از تومور هم نتیجه خوب میدهد اینعمل را چندین بار و یا فواصل زیاد و در یک محل نسبتاً کوچکی انجام میدهم در موقع عمل بایستی خیلی محتاط بود و ایجاد نکروز انساج را نمود زیرا ممکنست ایجاد خونریزی شدید نموده و منجر بمرگ کودک گردد. اینعمل را بهتر است با بیحسی موضعی انجام داد و یا اگر بیهوشی عمومی دادیم بایستی گاز بیهوشی از گازهای آتشزا نباشد مانند Trilen Lymphangioma معمولاً تومورها مادرزادی هستند و در بچه‌ها در حدود ۶ سالگی بی‌وجود آنها می‌برند این تومورها در نتیجه رشد زیاد و غیر طبیعی عروق لنفاوی و رشد بیش از اندازه بافت همبند ایجاد میشود این تومورها دارای فضای غاری و اسفنجی بوده که در داخل آن پراز لنف می‌باشد.

پوست روی تومور کشیده و نازک شده و لی رنگ آن تغییری نکرده است. لنفاژیوم بیشتر در حفره دهان بر روی زبان و گونه و لبها دیده میشوند و بهمین علت باعث بزرگی این قسمتهای دهان می‌گردند. مثلاً اگر بر روی

زبان باشد ایجاد زبانی عظیم یا *Macroglossia* و اگر بر روی لب باشد ایجاد لبی بزرگ یا *Macrochelia* مینماید. این تومورها در حفره دهان باعث اشکال عمل تغذیه میگردد.

معالجه

عبارتست از رادیوتراپی زیرا این تومورها حساسیت زیادی با شعه ایکس نشان میدهند. معالجه کامل آن فقط در دوران اولیه این بیماری امکان پذیر است.

FIBROMA

تومور خوش خیمی است که منشأ آن بافت همبند میباشد و میتوان آنرا در محلهائی یافت که این بافت وجود دارد بنابراین در نسج پوستی و مخاطی حفره دهان پرریست فکین و کپسول اعصاب دیده میشود در حفره دهان غالباً بر روی زبان کام و گونه دیده میشود.

قوام فیبروم ممکن است نرم و یا سخت بوده و متنی آن بطنی میباشد اندازه و حجم آنها از یک نخود تا یک گردوی بزرگ و گاه بزرگتر میباشد. فیبرومها بر روی پایه کوتاه و یا بلند متحرکی قرار میگیرند. معمولاً از کیسه سطحی پوشیده شده اند و گاه سطح آن نامنظم و موجدار میباشد.

در اشخاص جوان و کودکان گاهی حتی در دوران زندگی جنینی دیده میشوند این تومورها در حفره دهان باعث اشکال در عمل تغذیه و صحبت کردن میگردد در اثر گاز گرفتن در سطح بالای آنها زخمهائی ایجاد میشود.

ابتلاوی این تومورها روشن نیست. برای ایجاد فیبرومها نقش مؤثری را ضربه ها بازی میکنند.

معالجه عبارتست از در آوردن جراحی تومور با انساج کیستی اطراف آن.

بعضیها سوزاندن آنرا توصیه مینمایند ولی باید دانست که التیام بک چنین زخمی بدتر از عمل جراحی با چاقو میباشد.

CHONEROMA

منشاء این تومور از انسج غضروفی میباشد. این تومور در اشخاص جوان و در استخوانهای فکین و استخوانهای کوچک کف دست و کف پا دیده میشود.

رشد آن بطنی و بدون درد میباشد. حجم آن مختلف است قوام آن سخت و فتری میباشد. بعضی اوقات ممکن است بعلت رسوب املاح آهکی استخوانی گردند. این تومورها بر روی قوس آلونای فکین دیده میشوند این تومورها متاسفانه بقدر لنگاوی نمیدهند ولی اگر رادیکال عمل نشوند حتماً عود خواهند کرد. معالجه آنها بایستی جراحی و خیلی رادیکال باشد.

OSTEOMA

منشاء این تومورها از انساج استخوانی و بافت همبندیکه آنرا میپوشاند میباشد این تومورها کاملاً از انساج اطراف خود جدا بوده و محدود میباشند استئوم غالباً در استخوانهای جمجمه و صورت مانند استخوان گونه و دیواره قدامی سینوس وحتى داخل سینوس رشد مینماید.

استئوم در کودکان ۶ - ۷ ساله دیده میشود. دندانهاییکه در داخل تومور قرار دارند لق میشوند. استئوما معمولاً از مخاطی که تغییر پیدا نکرده است پوشیده میباشند رشد استئوما بطنی و بدون درد میباشد. اگر این تومور در استخوانهای جلو صورت رشد نماید ممکن است باعث ضخیم شدن کناره تحتانی استخوان کاسه چشم و بالنتیجه بسته شدن و یا نیمه بسته شدن چشم گردد.

تصویر رادیولوژیک این تومور بمانند سایه‌ای را نشان میدهد که کاملاً با

سایه انساج اطراف فرق دارد این سایه قوام فشرده استخوانی را نشان داده که از استخوان سالم جدا می‌باشد. تشخیص نهائی با آزمایش آسیب‌شناسی است.

معالجه این تومورها جراحی است و اگر کاملاً استئوم درآورده شود دیگر عود نخواهد کرد.

Tumor Gigantocellularis or Osteoclastoma

این تومور نیمه بدخیم است. نسبتاً در اطفال کمتر دیده می‌شود البته در مقایسه با اپولیس که ساختمان مشابه هیستولوژیکی با این تومور دارد و در کودکان بیشتر دیده می‌شود. بعقیده Daklin این تومور در کودکان استثنائی است.

این تومور ممکن است در انساج استخوانی فکین و در انتهای استخوانهای طویل رشد نماید غالباً داخل استخوانی است و معمولاً شکل کروی داشته و بهمین دلیل کیستهای استخوانی را بخاطر می‌آورد. تشخیص رادیولوژیک این تومور کار بسیار مشکلی است و تشخیص واقعی آنرا بایستی بر مبنای بیوپسی و نتیجه آزمایش هیستولوژیک قرار داد.

در زیر میکروسکپ میتوان سلولهای بزرگی را دید که دارای چند هسته میباشند و تعداد هسته‌های آنها فرق میکند و دارای شکل سلولهای استئوکلاست میباشند و بغیر از تعداد زیادی سلولها محللهائی دیده میشود که در آنجا رشته‌های بافت همبند برتری دارند. در کنار سلولهای بزرگ سلولهای ستاره‌ای شکلی دیده میشوند که تشکیل شبکه نارس مزانشیمال را میدهند.

این تومور بعلت رشد زیادش باعث ایجاد برجستگی استخوانی و حجم زیاد فکین میگردد و اگر در بدن فک پائین رشد نماید بعلت رشد و انفلیزاسیون باعث از بین رفتن استخوان و شکستگی پاتولوژیک آن میگردد.

شکل - ۲۱ -



برمورد - سولهای زرک داجن استخوانی
 زاویه فك پایین دوسره

شکل -۳۲-



همان بیمار ، داخل دهان

شکل - ۳۳ -



تومور با سلولهای بزرگ فك بالا

معالجه

عبارتست از درآوردن کامل آن با چاقوی الکتریکی و کورتاژ کامل استخوان به ترتیبی که اثری از تومور باقی نماند .

این تومورها به اشعه ایکس حساسیت دارند ولی در کودکان نبایستی این تومورها را با رادیوتراپی معالجه نمود زیرا اشعه ایکس رشد فکین را متوقف میسازد . درآوردن ناقص این تومور باعث عود بیماری و حتی بدخیم شدن آن میگردد .

Adamantinoma or Ameloblastoma

توموری است نیمه بدخیم منشاء آن بافت پوششی میباشد ممکن است از ارگان مینائی بطت اختلالات رشدی گره دندانی رشد نماید .
Hendrich , Ward عقیده دارند که نام Ameloblastoma بهتر منشاء تومور را که از سلولهای پوششی اورگان مینائی یعنی آملوبلاست می باشد تعیین می نماید .

مؤلفین در کتابها باین تومور نامهای مختلف داده اند و همین مسئله دلیل آنستکه این تومور دارای انساج مینائی نبوده و نبایستی حتماً منشاء آن از جوانه دندانی باشد این تومور در کودکان و همچنین بزرگسالان دیده میشود . محل آن در ناحیه آخرین دندان آسیای پائین میباشد . بصورت تومور یکنواخت یا مونو ویا پلی کستیک دیده میشود .

رشد آملوپلاستوما بطئی بدون درد بوده و ممکن است چند ویا ده سال واندی طول بکشد در دوران اولیه چون داخل استخوان رشد میکند ممکن است باعث هیچگونه تغییر شکلی نگردد و در دورانهای بعدی باعث تغییر شکل و برجستگی فک میگردد .

تومورهائیکه دارای حجم زیاد هستند باعث اشکال در عمل تغذیه و

شکل - ۴۴ -



آملوبلاستوم فك پائين پس از رزكسيون فك

شکل - ۲۵ -



فک همان بیمار

باع میگردند. در تحت تأثیر ضربه‌ها و تحریکات این تومورها ممکن است دارای رشد سریع گردند و سطح آن دچار زخمهایی شوند تشخیص رادیولوژیک این تومور کار مشکلی است.

تصویر رادیولوژیک این تومور غالباً عبارت از سایه چند حفره که از یکدیگر بوسیله تیغه‌های نازک استخوانی جدا شده باشند و گاهی تصویر رادیولوژیک عبارتست از یک حفره بزرگ کیستی که شبیه سینوس فکی میباشد. تشخیص واقعی بوسیله بیوبسی و آزمایش آسیب‌شناسی مشخص میگردد.

حفره‌های کیستی این تومور از یک مایع چسبنده ژلاتین مانندی پر میباشد که از بافت پوششی گنده شده و سفیده و کلسترول تشکیل شده است. آمولوبلاستوم بعلاوه رشد زیاد ممکن است در یک ناحیه وسیعی استخوان فکین را از بین ببرد و اگر وارد سینوس فکی گردد ممکن است بر روی اورگانهای مجاور فشار وارد آورده مثلاً بر روی چشم و با اینکه بر روی اعصاب مجاور فشار آورده و تولید درد نماید آمولوبلاستوم بصورت حفره در استخوان مجاور رشد میکند و نه بصورت انفلتراسیون و معمولاً متاستاز نمیدهد و اگر رادیکال عمل نشود حتماً مورد خواهد کرد. در فک پائین اگر رشد زیادی نماید باعث شکستگی پاتولوژیک خواهد گردید.

تشخیص افتراقی این تومور گاهی بسیار مشکل میگردد. آمولوبلاستوما ممکن است در دیواره‌های کیستهای جوانه‌ای هم رشد نماید و اگر این کیستها کاملاً در آورده نشوند تومور مورد خواهد نمود.

معالجه

بهترین معالجه عبارت از عمل جراحی میباشد و آن عبارتست از در آوردن تومور با مقدار زیادی از انساج سالم اطراف آن در صورتیکه این

تومور قسمت زیادی از فك را دربر گرفته باشد بایستی رزکسیون فك نمود. این تومورها اگر رادیکال معالجه نشوند عود خواهند کرد بدتر آنکه در بار دوم بدخیم شده و متاستاز خواهد داد ولی اگر رادیکال برداشته شوند حتماً معالجه خواهند شد برای ترمیم استخوان برداشته شده میتوان پیوند استخوان نمود.

TUMOR MIXTUS

این تومور نیمه بدخیم است منشاء آن بافت پوششی است و غالباً در غده بزاقی بناگوشی رشد میکند و بندرت ممکن است در غده بزاقی زیرزبانی و یا زیرفکی و یا کام و یا لب و گونه و یا قاعده زبان دیده شود.

در این اواخر این تومور را جز، گروه Adenoma Polimorphum بحساب آورده اند ولی این اسم زیاد منطقی نیست زیرا این تومور تشکیل شده از نسج پوششی در تحت شکل توده های همانند و یا غده ای شکل و بوسیله بافت همبند مجزا شده که در وسط آنها میتوان انساج مخاطی غضروفی و استخوانی را دید این تومور از انساج مختلفه تشکیل شده است که دارای قوام مختلفی میباشد.

بهین دلیل چنین بنظر میرسد که سطح آن ناصاف و دارای برجستگی است از یک کیسه فیبرو پوشانده شده که غالباً از انساج اطراف مجزا است این تومور در کودکان معمولاً در طرف راست و یا چپ کام در مرز کام سخت و نرم دیده میشود.

رشد این تومور بطئی و غالباً خیالی بزرگ نمیشوند. رشد سریع این تومور دلیل بدخیم شدن آن میباشد.

استخوان کام در محلیکه تومور بآن تکیه دارد در اثر فشار و نه در اثر ایفلتراسیون از بین میرود. تشخیص آخری را با بیوبسی و آزمایش

شکل -۲۶-



تومور میکسیبت غده پاروتید

آسیب‌شناسی میتوان محقق نمود .

معالجه

عبارت از درآوردن آن و چون خطر عود وجود دارد بهتر است اطراف آنرا الکتریکوآلوسیون نمود .

NEURINOMA

این تومور بندرت در حفره دهان دیده میشود . ممکن است منشاء آن از سلولهای Schwann عصب آلوئلی تحتانی باشد .

گاهی این تومورها دارای حجم بزرگی میشوند . تشخیص بوسیله بیوبسی و آزمایش آسیب‌شناسی تعیین میگردد . از علائم بسالینی یکی درد میباشد معالجه آن عبارت از درآوردن تومور با انساج سالم اطراف آن میباشد .

تومورهای بدخیم فکین و حفره دهان

از تومورهای بدخیمی که غالباً در حفره دهان اطفال دیده میشود سارکوم را میتوان نامبرد سرطان بندرت در اطفال دیده میشود .

SARCOMA

این تومور در دوران اولیه کودکی و حتی در نوزادان دیده میشود . منشاء این تومور مزانشیمال میباشد که ممکن است از بافت همبند و یا مخاط پریوست کپسول مفصلی و همچنین عضلات باشد . بر حسب ساختمان هیستولوژیک میتوان آنها را سارکومهای رسیده و نارس تقسیم نمود . سارکومها میتوانند بدواً داخل استخوان فکین رشد نموده که آنها را سارکومهای داخل استخوانی یا مرکزی Centrale نامند . و اگر چنانچه منشاء آنها از پریوست باشد بآنها سارکومهای پریوستی یا خارجی Peripherique میگویند . سارکومهای پریوستی ممکن است با استخوان سرایت نمایند و در قوس آلوئلی یا کیسه مفصلی فک پائین و یا کام سخت جایگرفته و بصورت

نوموری با به‌دار با نومور داخل نسجی درآیند. نومور سارکومی با به‌دار از مخاط فرمز گود پوشیده‌شده‌است و در اثر فشار دندانها درمواقع جویدن بر روی آنها رخمهایی ایجاد شده و بعد از اتمام درمیآیند که گاهی این زخمها می‌توانند خونریزی فوق‌العاده شدید بدهند رشد سارکوما خفلی سریع و بصورت انفلیتراسیون بوده و آنساج اطراف خود را منهدم می‌سازد و غالباً از راه عروق خونی باورگانه‌های دورتر از خود مانند کبد، ریه، مناسنار میدهد رشد نومور در فک بالا ممکن است باعث اختلال عمل تنفسی و همچنین اشکال در عمل تغذیه و بلع گشته و با باعث جابجایی شدن حنجره چشم و با فشار بر روی تنه اعصاب و دردهای شدید گردد.

در فک پایین رشد سریع نومور باعث شکنجی پاتولوژیک تنه‌فک میگردد تشخیص را اسپیشیالیست محقق می‌سازد.

تشخیص سریع ورود این نومور در دوران اولیه رشد آن درمعالجه و سرنوشتن کودک نالبر فوق‌العاده زیاد دلرد.

در تشخیص سارکوما اغلب اشتباه میشود در صورت مشکوک بودن باید هر چه زودتر بیوپسی نموده و نزد اسپیشیالیست فرستاد.

این نومور بیشتر با پرئوسنت و با اسنت در کودکان اشتباه میشود. در کودکان هر سال بیشتر خولران سارکوم فوق‌العاده سریع رشد کرده معمولاً باعث ضعف لامری شدید و مرگه کودک میگردد. در کودکان انواع مختلف سارکوم دیده میشود که مربوط است بساکنه منشأ آن از چمنسجی اگر ترانسخوان باشد Osteosarcoma اگر غدد لنفاری باشد Lymphosarcoma و با انواع دیگر مثل Reticulosarcoma or Fibrosarcoma Rhodomyosarcoma و با سارکوم Ewing که همان Sarcoma Endotheliale باشد.

شکل -۳۷-



سارکوم فک بالا

معالجه

معالجه آن جراحی و درآوردن کامل تومور با برداشتن وسیع انساج سالم اطراف آن میباشد در دوران اولیه رشد آن بهتر است پس از جراحی رادیوتراپی هم بشود .

پیش بینی زندگی کودک غالباً خوب نیست و منجر بمرگ او میشود .

کیستهای فکین

کیستهای فک با Cystis عبارت از تشکیلات شبه توموری داخل استخوانی که غالباً در فکین دیده میشود . حفره کیست غالباً پوشیده از کپسولی است که دیواره آن از بافت همبند تشکیل شده و روی آنرا آسنری اربافت پوششی پوشانده و داخل آن پر از مایعی است که در آن مقدار زیادی کلسنرول وجود دارد .

همچنین کیستهای دیده میشوند که دارای کپسولهای بالایی نیستند مانند کیستهای ضربه‌ای که آنها را کیستهای ایجاد شده بر اثر خونریزی یا Cystis Haemorrhagica گویند .

رشد کیستها بطنی و گاه سالها طول میکشد .

کیستهاییکه در نسج استخوانی فکین رشد میکنند بعلت فشار زیاد باعث تحلیل استخوان میگرددند . در دوران اولیه هیچگونه ناراحتی برای بیمار ایجاد نکرده و هیچگونه علائم بالینی ندارد . کشف کیست غالباً بر حسب اتفاق عطلی میگردد . کیستهای فکی در کودکان دارای حجمهای مختلفی هستند که از اندازه یک نخود تا یک گردو تغییر میکند . بندرت گاهی تمام بدنه فک را دربر گرفته و بسا در قوس آلونلی فک بالا رشد نموده و وارد سینوس شده و تمام فضای سینوس را پر مینماید . کیستها را میتوان در

سنین مختلف کودکی دید حتی در کودکان ۴ - ۶ ساله دیده میشود .
 منشاء آنها مختلف میباشد . بعضی از مؤلفین عقیده دارند که این
 کیستها ممکن است در اثر اختلالات رشدی در دوران جنین پیدا شوند زیرا
 این اختلالات باعث مستعد شدن اورگانسیم کودک در دوران زندگی جنینی
 برای ایجاد کیست در تحت تاثیر عوامل دیگری گردد .

بین کیستهای انساج سخت و نرم بایستی فرق گذاشت . در استخوان
 فکین بیشتر کیستهاییکه منشاء دندانی دارند دیده میشوند که خود بردو
 نوع هستند یکی کیستهای جوانه‌ای یا *Cystis Follicularis* و دیگری کیستهای
 ریشه‌ای یا *C. Radicularis*

کیستهای انساج نرم عبارتند از کیستهای زیربانی یا *Ranula* و کیستهای
 درموئید . بایستی بخاطر داشت که در کودکان کیستهای ضربه‌ای که در اثر
 ضربه و خونریزی داخلی استخوانی ایجاد میشود کمتر دیده میشود .
 ما در اینجا از کیستهای نام خواهیم برد که بیشتر در سنین کودکی
 دیده میشود .

کیست ریشه‌ای

CYSTIS RADICULARIS

منشاء این کیستها عبارت از کرانولومهای نوک ریشه که از بافت پوششی
 میباشند بوده و این کرانولومها تحت تاثیر عوامل آماسی که منشاء آن باکتریهای
 موجوده در کانال ریشه دندانهای مرده میباشد بدل بکیست میگرددند . تحریک
 سلولهای پوششی بوسیله پروسه‌های آماسی باعث رشد این بافت میگرددند
 و در اثر اختلال تغذیه‌ای سلولهای کرانولوم دژنرسانس یافته و منهدم میگرددند
 و بدین طریق حفره‌هایی در داخل بافت پوششی ایجاد میگردد .

کیست دارای دو قشر میباشد یکی خارجی که از بافت همبند و دیگری
 داخلی که از بافت پوششی است .

فشرخارجی کیست با پریدونت ارتباط مییابد. داخل کیست پر از مایع زرد و روشن و یا تیره‌ای است که دارای مقدار زیادی دانه‌های متبلور کلسترول است و همچنین ممکن است در آن سلولهای جدا شده لوکوسیت و اریتروسیت و همچنین محصولات انهدامی بافتها موجود باشد گاهی در داخل کیست توده‌ای غلیظ و فشرده وجود دارد که همین عناصر منهدم شده میباشند.

تصویر رادیولوژیک کیست ریشه‌ای معمولا سایه تیره‌ای را نشان میدهد که کاملا از سایه روشن نسج استخوانی اطراف مجزا است و دارای حجمهای مختلف و شکل دایره‌ای و یا بیضی میباشد.

سایه اطراف کیست بشکل خط سفیدی بوده و کاملا از استخوان اطراف خود مشخص میباشد در حفره کیست آپکس ریشه دندان عامل دیده میشود.

ریشه‌های دندان مجاور بوسیله فشار کیست بکنار زده شده‌اند و در اثر عفونت ثانوی کیستها میتوانند چرکی بشوند و کیه آن ممکن است سوراخ شده و با فیستولی بداخل دهان مرتبط گردند و گاه ایجاد عوارض آماسی استخوان اطراف خود را و یا انساج نرم اطراف فکی را مینمایند.

کیست ریشه‌ای فک بالا ممکن است بطرف دهلیز دهان و یا بطرف کام رشد نماید. موقعیکه بطرف دهلیز رشد میکند باعث بدشکلی صورت میگردد زیرا گونه را بطرف خارج میراند.

همچنین در فک بالا کیست ممکن است بطرف سینوس رشد نموده و گاهی هوای فضای داخل آنرا پر می‌نماید.

Kantorowicz, Landscheiter معتقدند که کیست ریشه‌ای کودکان هم در اثر دندانهای شیری وهم دائمی دیده میشوند ولی من کیست دندان شیری ندیده‌ام و اغلب مؤلفین عقیده دارند که بندرت کیست ریشه‌ای

دندان شیری دیده میشود . درموقع تشخیص افتراقی بین کیست ریشه‌ای دندان شیری و کیست جوانه‌ای دندان دائمی که هنوز رشد نکرده است معمولاً باشکالات فراوانی برخورد میکنیم زیرا تصویر رادیولوژیک محل کیست را بین ریشه دندان شیری و جوانه دندان دائمی نشان میدهند .

مسئله کیستهای ریشه‌ای دندان شیری و کیستهای جوانه‌ای در کودکان مسئله‌ایست که تاکنون حل نشده و هنوز هم در ادبیات جهانی بحثهای فراوانی درباره آن میشود و درحقیقت تاکنونهم این مسئله روشن نشده است .

تشخیص را بر مبنای شرح حال کودک و معاینات بالینی و تصویر رادیولوژیک و پونکسیون میگذاریم .

ولی همیشه بایستی کیست درآورده شده را برای آسیب‌شناسی و آزمایش میکروسکپی فرستاد زیرا گاه کیستها با تومورهاییکه شکل کیستیک دارند اشتباه میشود . تشخیص نهائی همیشه با پاتولوژیست است .

کیستهای بزرگ فك پائین باعث تحلیل مقدار زیادی از استخوان و شکستگی پاتولوژیک در اثر ضربه حتی ضربه‌های کوچک مانند جویدن میگردد .

برای آنکه این عمل اتفاق نیافتد قبل از عمل جراحی بایستی فك کودک را با دستگاههای اورتوپدیک بست و اگر کودک دندان باندازه کافی نداشت با دستگاه Weber فك پائین را سرکلاژ می‌نمائیم .

معالجه

تمام کیستهاییکه عامل دندانی دارند بایستی عمل جراحی گردند و عمل اصلی عبارتست از درآوردن کامل آنها و دوختن زخم که پس از عمل

پیدا میشود اغلب کیستها را در کودکان بعلت کوچک بودن آنها بهمین ترتیب یعنی Partsch II عمل میکنیم .

روش عمل - پس از انجام بیهوشی یا بیحسی يك برش نیم دایره ای بر روی مخاط و پریوست دهلیز دهان در ناحیه کیست می دهیم سپس لامبوی مخاطی - پریوستی را بکنار زده و بدیواره کیست و استخوان اطراف آن میرسیم. سپس تیغه استخوانی نازکی را که روی دیواره کیست را پوشانده بر میداریم گاهی این تیغه بقدری نازک است که میتوان آنرا با بیستوری و یا قیچی بریده و برداشت و اگر اینکار بعلت ضخامت استخوان امکان نداشت بكمك چکش و اسکنه جراحی استخوانی که روی کیست را پوشانده بر میداریم و پس از آنکه بدیواره کیست کاملاً دست یافتیم با احتیاط کامل بكمك يك الواتور پریوست آنرا از استخوان اطراف جدا نموده و در میاوریم .

کیسه را بایستی کاملاً درآورد زیرا اگر مقداری باقی بماند بیماری عود خواهد کرد حفره استخوانی را پس از درآوردن کیست کورتاژ مینمائیم تا چیزی باقی نماند و کناره های آنرا اگر تیزی داشت بكمك لوئر صاف میکنیم .

دندان عامل را غالباً بایستی درآورد و اگر چنانچه امکان نگهداشتن دندان وجود داشته باشد بایستی آنرا قبلاً روت کانال نموده و سپس در موقع عمل رزکسیون آپیکال نمود .

پس از اتمام اینکار بایستی لامبورا بمحل اولیه خود دوخت . حفره استخوانی باقی مانده پس از عمل پرازلخته خون گشته و پس از فعل و انفعالاتی تدریجاً در عرض چند هفته جای کرانولوم را میگیرد و این نسج جدید پس از مدتها بدل به نسج استخوانی میگردد .

اگر چنانچه در حین عمل کیست چرکی را سوراخ نمائیم و محتویات آنرا بداخل دهان بریزیم محل عمل را عفونی نموده و پس از عمل مواجه با

عوارض آماسی در بیمار خواهیم گشت .

اگر در حین عمل کیسه را سوراخ نمودیم بایستی فوراً با سرم فیزیولوژی چندین بار محل را شسته و ساکشن نمائیم تا محل زخم کاملاً تمیز گشته و خطر عفونت از بین برود .

چنانچه کیست بزرگی در فك بالا وجود داشته باشد و فضای سینوس را پر کرده باشد پس از درآوردن کیست بایستی حفره استخوانی و سینوس را بیکدیگر مربوط نموده و عمل سینوس یعنی Caldwell - Luc را انجام داده و تمام این حفره بزرگ را بوسیله سوراخی در زیر کرنه تحتانی بحفره بینی مربوط ساخت و بدین ترتیب حفره استخوانی و سینوس توأمآ جانشین سینوس اصلی خواهند گشت برای آنکه در تشخیص افتراقی از اشتباه جلوگیری بعمل آید و حفره سینوس با حفره کیست اشتباه نگردد بایستی قبل از رادیوگرافی مایع داخل حفره کیست را پونکسیون نموده و بجای آن Lipiodol (40%) وارد نموده و سپس رادیوگرافی نمود تا فضای پر شده کیست از لیپیدول با فضای خالی در رادیوگرام از یکدیگر متمایز باشد .

اگر امکان پونکسیون کیست نبود میتوان فضای سینوس را پراز لیپیدول نموده و رادیوگرافی نمود . در کودکان خردسال پس از درآوردن کامل کیستها بهتر است لامبو بجای اولیه دوخته شود (عمل پارچ دوم) زیرا اولاً زخم عفونی نشده و ایجاد عوارض استخوانی در کودک نمیکند و ثانیاً در کودکان حفره استخوانی بزودی ترمیم و استخوانی میگردد بایستی بخاطر داشت که دندانهای شیری که ریشه آنها وارد در محل کیست میگردد بایستی درآورده شوند .

بطریق دیگری هم میتوان کیستها را عمل نمود که بنام پارچ بک معروفند . از این روش در صورتی استفاده مینمائیم که کیست خیلی بزرگ باشد و آن بدین ترتیب است که پس از بیحسی موضعی لامبوی مخاطی پریوستی را

شکل -۲۸-



کیست جوانه‌ای فك بالا

تهیه نموده و سپس استخوان و دیواره خارجی کیسترا کاملاً در تمام سطح آن برمی‌داریم و سایر دیواره‌های کیسترا بجای خود گذاشته و بان دست نمیزنیم و لامبورا بایک گاز آغشته بیدو فرم بداخل حفره کیست میرانیم و اگر امکان آن موجود است میتوان لامبورا بدایواره تحتانی کیست دوخت ولی اینکار چندان الزامی ندارد.

مقصود آنستکه حفره کیست با حفره دهان بوسیله سوراخ بزرگی مربوط باشد تا آنکه کاملاً برگشته و اثری از آن باقی نماند. بعضی از مؤلفین توصیه میکنند پس از آنکه کیست باندازه کافی کوچک شد آنرا درآورده و زخم را دوخت زیرا خطر سرطانی شدن دیواره کیست وجود دارد اینکار در بزرگسالان خوبست ولی در کودکان چون این خطر موجود نیست الزامی ندارد و مجدداً نیابستی کودکانرا مورد عمل جراحی قرارداد.

کیست جوانهای

در اثر اختلالات رشدی از قشر خارجی مینائی جوانه دندان دائمی و بندرت جوانه دندان شیری و خیلی بندرت از دندان اضافی تشکیل میشود. چنانچه اختلالات رشدی در دوران جنینی قبل از تشکیل جوانه‌ها پیداشوند این کیستها نمیتوانند جوانه داشته باشند و این درحقیقت کیست جوانه‌ای است که جوانه دندان ندارد که آنرا کیست بدون دندانی هم میگویند. برعکس وقتی اختلالات پیداشوند که دوران رشد جوانه دندانی باشد آنموقع است که در داخل آن جوانه دندانی را خواهیم دید که کاملاً و با تا حدودی فرم گرفته است.

کیست جوانه‌ای را در کودکان در سنین مختلفه آنها از چهارسالگی بیلا میبینیم . غالباً در دوران درآمدن دندانهای دائمی و تعویض دندانهای شیری بدندانهای دائمی دیده میشوند .

کیست بطئی رشد میکند و غالباً بطور اتفاقی کشف میگردد .

کیست جوانه‌ای بیشتر در اطراف دندانهای نهفته کاین و پرمولر و گاهی مولرها دیده میشود بطور مساوی در فک بالا و پائین و گاهی بطور قرینه در فک پائین دیده میشوند . در پسران بیشتر از دختران دیده میشود . در سنین بالاتر کیست جوانه‌ای بیشتر در اطراف دندان عقل نهفته دیده میشود . بعضی از مؤلفین عقیده دارند که کیست جوانه‌ای در اثر عفونتهای دندانهای شیری پیدا میشوند . از نظر بالینی فرقی بین کیست ریشه‌ای و جوانه‌ای موجود نیست .

معمولاً توجه بیمار به برجستگی که در دهلیز او و یا کام او پیدا میشود جلب میشود در اتساع روی این برجستگی تغییراتی مشاهده نمیگردد . در دورانهای بعدی این برجستگی باعث بدشکلی و عدم قرینگی صورت میگردد و اگر بدست محل را معاینه کنیم میبینیم استخوان نازک و نرم گردیده و در زیر فشار انگشتها خم میشود .

دندان عامل نهفته بوده و دندانهای مجاور در اثر فشار کیست جابجا شده‌اند اگر پونکسیون نعائم مایع زرد روشنی بدست میاید که در داخل آن دانه‌های متبلور کلسترل حتی با چشم دیده میشود .

رادیوگرام غالباً سایه راتشان میدهد که دارای حدود منظمی است و این همان محل تحلیل استخوان است . در داخل کیست عکس دندان نهفته دیده میشود و غالباً تاج دندان در داخل کیست و ریشه آن که همیشه کاملاً فرنیافته است در داخل دیواره کیست و با درخارج آن قرار دارد .

گاهی در داخل کیست چند دندان نهفته دیده میشود . کیست جوانه‌ای

دارای حجمهای مختلفی است که از گردو تا تخم مرغ و حتی بزرگتر متغیر است .

آزمایش آسیب‌شناسی دیواره کیست جوانه‌ای قشر فیبرو بافت همبندی را نشان می‌دهد که از طرف حفره کیست از یک بافت پوششی مالپیکی مسطح شبیه به حفره دهان پر شده و خیلی بندرت از پوشش سیلندریک یا لوله‌ای شکل می‌باشد بافت همبند دیواره کیست جوانه‌ای با کیست ریشه‌ای فرقی ندارد . شناختن کیست جوانه‌ای از ریشه‌ای کاریست مشکل و تشخیص واقعی کیست جوانه‌ای را در موقع عمل جراحی میتوان گذاشت . اگر دیواره کیست با طوق دندان شیری ارتباط دارد کیست مربوط به دندان شیری است و اگر کیست با طوق دندان نهفته مربوط میشود کیست جوانه‌ای است تصویر رادیولوژیک تا حدود زیادی تشخیص را محقق می‌سازد زیرا در داخل کیست دندان نهفته دیده میشود .

تاج دندان در حفره کیست قرار گرفته و بر روی قوس آلونالی دندان مزبور دیده نمیشود و اغلب در قوس دندان شیری دیده میشود که هنوز نیافتاده است .

معالجه

معالجه کیست جوانه‌ای عبارت از درآوردن کیست با عمل جراحی است مانند عملی که در کیستهای ریشه‌ای مینمائیم و فقط فرق بر سر آنستکه در کیست ریشه‌ای غالباً رزکسیون آپیکال دندان عامل را مینمائیم و دندانرا نگه میداریم در صورتیکه در کیست جوانه‌ای مجبوریم جوانه دندان و یا خود دندان نهفته را در بیابوریم .

امکان نگهداری دندان داخل کیست در کودکان موجود است در صورتیکه جراح دارای تجربه کافی در جراحی کودکان بوده و دارای ورزیدگی در عمل

جراحی باشد. جوانه دندان را در محل فیزیولوژیک خود در فك قرار داده و پس از درآوردن کامل کیست میتواند بر رشد خود ادامه دهد و فرم یافتن این جوانه قدری دیرتر از معمول میباشد.

عمل جراحی عبارتست از درآوردن کامل کیست (پارچ ۲) در حالیکه خیای با احتیاط آنها از جوانه دندان جدا میکنیم و جوانه را در محل اصلی گذاشته و دستنمیزنیم. این عمل زیاد مشکل نیست در صورتیکه ریشه دندان تا حدودی فرم یافته باشد و در داخل استخوان ثابت باشد اگر چنانچه جوانه با کیست در موقع عمل درآمد میتواند آنها دوباره در حفره استخوانی قرار داد ولی باید سعی کرد که کاملاً در محل اصلی خود باشد این عمل بایستی در شرایط کاملاً تمیز و بدون آلودگی محل عمل با بزاق عملی گردد. زخم عمل را باید خیلی خوب و کامل دوخت.

عمل جراحی کیستها در فك بالا و پائین یکسان است.

باز هم خاطر نشان میشوم که همیشه بایستی دیواره کیست را برای آسیب شناسی و آزمایش میکروسکپی فرستاد زیرا کیستها با آمبولاستوما و یا یک تومور بدخیم دیگر اشتباه میشوند هیچگاه تکیه به تشخیص بالینی ننمائید.

در صورتیکه کیست وارد سینوس شده باشد میتوان آنها کاملاً عمل نمود و درآورد و سپس در قوس دندانی دندان شیری را درآورده و بجای آن دندان دائمی را که در سینوس و داخل کیست بوده است پس از روت کانال و پر کردن ریشه ها پیوند نموده و سپس آنها برای سه الی چهار هفته با وسایل اورتوپدیک بی حرکت نمود. بدین طریق محل خالی در قوس دندانی کودک باقی مانده و عمل جویدن مختل نمیکردد.

در فك بالا غالباً کیستها بعلت دندان کائین نهفته میشوند.

کیستهای غدد بزاقی RANULA

کیستهای غدد بزاقی بعلت بسته شدن کانال بزاقی و جمع شدن بزاق در آنها پیدا میشوند. مایع داخل این کیستها لزج و غلیظ و غالباً چرکی است. این نوع کیستها را میتوان بر روی مخاط حفره دهان و قرمزی لب بالا و پائین دید در اثر عدم ترشح بزاق عمل غدد بزاقی دچار اختلال شده و از بین میرود علت این کیستها ضربه‌ها مانند گاز گرفتن و پروسه‌های آماسی میباشد. حجم این کیستها مختلف از اندازه يك نخود تا يك گردو و گاه بزرگتر میباشد این کیستها معمولاً در کودکان ۴ - ۵ ساله دیده میشود.

در صورتیکه بزاق در غده بزاقی زیرزبانی جمع شود ایجاد کیست زیرزبانی یا Ranula (قورباغه) مینماید. این کیست ممکن است در يك طرف یا دو طرف فرن زبانی باشد. رشد آن بطئی و گاه سالها بطول میکشد. این کیست گاه دارای حجمهای خیلی زیادی گشته و اگر یکطرفه باشد زبانرا بطرف مقابل و اگر دو طرفه باشد زبانرا بطرف کام میراند. گاهی بقدری بزرگد است که مانع جویدن و تکلم میگردد.

تشخیص بالینی آن عبارت از وجود برجستگی گردی در زیرزبان و موج Fluctuation و رنگ آبی شفاف برجستگی و نداشتن درد در موقع لمس میباشد.

معالجه

عبارت از درآوردن کامل آن میباشد که گاه اینکار فوق العاده مشکل است زیرا کیست را نمیتوان از انساج اطراف جدا نمود در اینگونه مواقع بهتر است دیواره بالائی کیست را بریده و برداشت (پارچ يك) و کتاره‌های آنرا بمخاط زیرزبان دوخت. متد قدیمی معالجه با پوتکسیون کاریست بیحاصل.

مبحث هفتم

دیسپلازی فیبرو استخوانسای فکین

DYSPLASIA FIBROSA

در استخوانهای فکین علاوه بر بیماریهای مخصوص به خود آنها ضایعاتیکه در سایر استخوانهای اسکلت وجود دارند دیده میشوند یکی از این ضایعات دیسپلازی فیبروز استخوانها میباشد که بنامهای *Osteodystrophia fibrosa* or *Dysplasia fibrosa* معروفست . این بیماری نسبتاً بندرت دیده میشود و تشخیص آن کار مشکلی است. صفت مشخص این ضایعه جانشین شدن بافت فیبرو بجای بافت مغز استخوان میباشد .

تغییرات پاتولوژیک ممکن است در یک استخوان *Dysplasia Fibrosa* و یا در چند استخوان دیده شود . *Monoostotica* و یا *D. F. Polyostotica* و ممکن است یکطرفه یا دوطرفه باشد .

این ضایعات ممکن است با اختلالات هورمونی همراه باشد مانند بیماری یا سندروم *S. Albright* در این بیماری لکه‌هائی بر روی پوست بدن برنگ شیرکاکائویی دیده میشود . ایتولوژی این بیماری روشن نشده است . بعضی از مؤلفین مانند خود *Albright* تصور میکنند که علت آن اختلالات هورمونی باشد . عده‌ای مانند *Olbrych* تغییرات استخوانی را مربوط به غده هیپوفیز میدانند و عده‌ای مانند *Uehlinger* آنرا مربوط به اختلالات رشدی مادرزادی

میدانند که عبارت از تغییر و تبدیل مغز استخوان به یک نسج فیبرومیباشد. Lichtenstein , Jaffe میگویند که این ضایعات استخوانی شبیه ضایعات توموری میباشد .

Schlumberger عقیده دارد که دیسپلازیا فیروز عکس العمل استخوان در مقابل ضربه میباشد .

بهر صورت این بیماری غالباً استخوانهای طویل لگن، دنده و استخوان جمجمه را دربر میگیرد .

در صورتیکه ضایعه بکنندیل فك پائین سرایت نماید باعث طویل شدن شاخه بالارونده در طرف مبتلا میگردد و همین مسئله باعث برهم خوردن اوکلوزیون و اختلال عمل جویدن میشود در صورتیکه بیماری در فك بالا باشد ممکن است با استخوانهای کام و داخل سینوس و استخوانهای اطراف آن و استخوان گونه ای سرایت نماید . این تغییرات استخوانی ممکن است گاهی با لکه های قهوه ای و یا زرد رنگی بر روی پوست و یا مخاط حفره دهان همراه باشد تاکنون ارتباطی بین پیشرفت بیماری در استخوانها و وجود این لکه ها پیدا نشده است .

مقدار کلسیم و فسفر غیر اورگانیک در خون طبیعی است در موارد نادری مقدار فسفاتاز قلیائی در سرم خون بالا میرود ولی تاکنون ارتباطی بین پیشرفت بیماری در استخوانها و زیاد شدن این آنزیم کشف نشده است غالباً رشد بیماری پس از بلوغ متوقف یعنی پس از بلوغ دیگر استخوانهای تازه ای مبتلا باین ضایعه نمیگردند .

آزمایش رادیولوژیک بساینکه ممکن است دارای انواع تصویرها باشد ولی با وجود این نقش بسیار مؤثری را در تشخیص این ضایعه بازی میکند . تصویر مشخص این ضایعه در رادیوگرام آنستکه در کانون بیماری در بعضی از محطها استخوان نازک و در بعضی از محطها ضخیم گشته است و در جاهائیکه

استخوان از بین رفته تیغه‌های استخوانی تك تکی دیده میشوند .
 اگر چنانچه این تیغه‌های استخوانی خیلی نازک و بسختی در عکس دیده
 شوند . میتوان این ضایعه را با کیست رادیکولر در رادیوگرام اشتباه نمود و
 این حفرات کیست مانند میتوانند با یکدیگر مجاورت پیدا کرده و تصویر يك
 کیست چند حفره‌ای را پیدا نماید .

در بعضی موارد مقدار زیادی از شبکه‌های تیغه استخوانی دیده میشود
 که با استخوان مبتلا يك تصویر یکنواختی را که شبیه به تغییرات استئو
 اسکروتیکی میباشد میدهد (مانند يك شیشه مات) .

چنانچه در بین بافت همبند ضایعه تعداد زیادی تیغه‌های کلسیمی
 دیده شود رادیوگرام تصویر يك کاغذ مچاله شده را بخود میگیرد .

تشخیص این ضایعات گاهی با اشکالات فراوانی روبرو میشود .
 برای تشخیص بایستی بر روی علائم بالینی و رادیولوژیک و
 آسیب شناسی و همچنین آزمایش خون تکیه کرد .

رشد این ضایعه در دوران اولیه کودکی باعث از بین رفتن جوانه‌های
 دندانی و یا لااقل اختلالاتی در بیرون آمدن دندانها میگرددند .

در حالاتیکه تشخیص مشکل است باید بیوپسی نموده و نزد آسیب شناس
 فرستاد تعداد زیادی از بیماریهای استخوانی از قبیل Fibroosteoma, Fibroma
 F. Osteoides, Fibroma Ossificans, و غیره علائمی شبیه به دیسپلازی فیبروز
 داشته و سیر بالینی و تصویر رادیولوژیک و تصویر میکروسکپی آنها هم
 بیکدیگر شبیه است .

به همین دلیل است که گفتیم بنای تشخیص را بایستی بر کلیه آزمایشات
 قرارداد و بدن نیست اگر يك متخصص بیماریهای غده‌ای (اندوکرینولوژیست)
 مشورت نمود . این ضایعات با تومورهای بدخیم بخصوص سارکوم و فیبرو
 سارکوم اشتباه میشود بایستی این مسئله را همیشه بخاطر داشت .

پیش‌بینی این ضایعات خوبست بخصوص اگر يك استخوان مبتلا باشد ولی بایستی بخاطر داشت که گاه این ضایعات بدل به تومور بدخیمی میگردند.

معالجه

معالجه بخصوصی لازم ندارد اگر برجستگیها خیلی بزرگ و باعث بدشکلی شد بایستی عمل پلاستیک نموده و زیادی این برجستگیها را برداشت و اگر حفرات بزرگ استخوان وجود داشت میتوان پیوند ریزه‌های استخوانی نمود و اگر برجستگیها خیلی بزرگ و باعث اختلالاتی در کارسیستمهای مختلفه گشت میتوان رزکسیون استخوان را نمود.

در حدود ۲۰٪ بیمارانیکه عمل جراحی شده‌اند مجدداً در آنها رجعت بیماری دیده شده است. این بیماران بایستی مدتها تحت نظر پزشک باشند. عود بیماری پس از رزکسیون استخوانها دیده نشده است. بعقیده عده زیادی از جراحان و متخصصین رادیوتراپی معالجه با اشعه ایکس چندان تأثیری در معالجه و سیر بیماری ندارد.

مبحث هشتم

شکستگی استخوانهای فکین و صورت در کودکان

شکستگی استخوانهای فک و صورت کودکان در اثر ضربه نسبتاً زیاد دیده میشود و تقریباً در صد قابل ملاحظه‌ای را در شکستگی استخوانهای اسکلت دربر میگیرد. کودکان خردسال در اثر آنکه خطر را کمتر احساس میکنند خیلی زود در نتیجه سقوط از تختخواب، پنجره، بالکن و یا پله دچار شکستگی میگردند حتی شکستگی فکین در نوزادان در اثر استعمال فرسپس در موقع تولد دیده شده است در اینگونه موارد اغلب استخوانهای گونه شاخه بالارونده فک پائین دچار شکستگی میگردند و محل این شکستگی‌ها بطرز قراردادن فرسپس بوسیله پزشک بستگی دارد و عدم توجه باین شکستگیها و عدم معالجه آنها ممکن است باعث ایجاد عوارضی در رشد بعدی کودک گردد.

کودکان مسن‌تر بعلت بازیگوشی بیشتری که دارند بیشتر در معرض خطر حوادث شکستگی استخوانهای سر و صورت قرار میگیرند. علت اغلب شکستگیها در کودکان حوادث خیابانی، حمل و نقلی، اتومبیل، سقوط در موقع بازی، ضربه در موقع ورزش، حوادث جنگ، گازگرفتن بوسیله حیوانات بخصوص سگ و لگزدن حیوانات سم‌دار بخصوص اسب میباشد همچنین بایستی بخاطر داشت که ضربه‌های موقع عمل جراحی بخصوص در آوردن دندانها و در آوردن سکترها و کیست‌ها هم میتوانند علت شکستگی

فك باشند .

SEPQUESTRECTOMIA CYSTOSTOMIA

در معاینه شکستگی کودکان باید بمسائل زیر توجه خاص نمود :
سن كودك وضع سلامتی كودك درجه موردی اتفاق رخ داده‌است نوع صدمه (استخوانی است و یا انساج نرم و یا هر دو) سیر و نوع مدت معالجه .

پس از گفتگوی کامل با والدین كودك و گرفتن شرح حال کامل و معاینات عینی و پاراکلینیکی بخصوص رادیوگرافی میتوانیم نوع و نقشه معالجه را تعیین بنمائیم .

با اینکه اصول معالجه شکستگیها در کودکان و بزرگسالان یکسانست ولی برای معالجه کودکان بایستی شرایط اختصاصی سن كودك را در نظر گرفت .

برای يك معالجه صحیح آشنائی کامل آناتومیک و فیزیولوژیک رشد و نمو دندانها و فكین در دوران كودگی الزامی است .

رشد و نمو استخوانهای جمجمه و صورت كودك در سال اول زندگی خیلی زیاد مثلا عرض استخوانهای كام در چهارمین سال زندگی كودك برابر با ۶/۰ عرض كام در بزرگسالان است و بزرگی صورت كودك در شش سالگی برابر ۶۰٪ بزرگی صورت بزرگسالان است .

در اولین سال زندگی بندرت میتوان شکستگی فكین را در کودکان دید زیرا استخوان آنها خاصیت الاستیکی زیادی دارد . رشد جوانه دندانهای دائمی بخصوص در فك پائین غالباً باعث کمی مقاومت فكین در مقابل ضربهها میگردد .

فك بالا مقاومت بیشتری در مقابل ضربهها نشان میدهد زیرا با

استخوانهای متعدد و قوی سرو صورت بستگی کامل دارد .

شکستگی های شش ساله اول زندگی باعث توقف نسبتاً زیاد در رشد طبیعی استخوانهای صورت و فکین در کودکان میگردد در صورتیکه معالجه صحیح و کامل عملی نگردد .

معالجه غلط و دیر شکستگیها در کودکان باعث اختلالاتی در رشد فکین و شکل غیر طبیعی آنها میگردد در نتیجه بدشکایهای صورت و همچنین اختلالاتی در سیستم دستگاه جوونده ایجاد میگردد .

دندانهای مخلوط شیری و دائمی که بین ۶ و ۱۴ سالگی زندگی در دهان کودک وجود دارد باعث ایجاد شرایط مشکلی برای بیحرکت نمودن استخوانهای شکنه در يك حالت دلخواه طبیب معالج میگردد .

دندانهای شیری تاج کوتاه و گرد و یا مخروطی شکل داشته و طوق تاج دندانهای شیری دارای بریدگی کمی هستند و بهمین دلیل شرایط خوب و کافی برای بستن لیکاتورها که شرط لازم معالجه میباشد موجود نیست .

بعلاوه دندانهای شیری بر راحتی بعلت درآمدن دندانهای دائمی لق شده و میافتند و همین خود باعث ایجاد اشکالات زیادی در قراردادن لیکاتورهای بین فکی میگردد .

در کودکان شش ساله اولین آسیا دارای تاجی فرم نیافته و ریشه ای کوتاه و آهکی نشده میباشد که خود همین مسئله باعث میشود که استفاده زیادی از این دندان نشود .

دندانهای مخلوط همچنین باعث اشکالات زیادی در تنظیم يك جفت گیری صحیح و واقعی میگردد و معالجه را بخطر میاندازد .

برای معالجه صحیح و گرفتن نتیجه خوب آن بایستی ماهیت شکستگی را بخوبی شناخته و بر حسب آن نقشه دقیق معالجه را تنظیم نمود .

پس از آنکه شرح حال بیمار را از اطرافیان کودک گرفتیم بایستت دقت مخصوص خود را متوجه معاینات عینی علائمی بنمائیم که بلافاصله پس از حادثه ظاهر میشود و برای ما ارزش زیادی دارد.

در اثر يك معاینه دقیق عینی و توجه بخصوص بحال عمومی کودک گاهی میتوان پی بصدمات شدید مغزی و یا یکی از اورگانهای داخلی و یا خونریزیها و یا شکستگی استخوانهای دیگر اسکلت برده و چه بسا جان کودک را از خطر مرگ نجات داد.

بوسیله معاینه موضعی خارج و داخل دهانی میتوان محل و ماهیت شکستگی فك و برهم خوردگی اوکلوزیون را یافته و پی بصدمات انساج نرم برد. برای تکمیل معاینه بایستی از معاینات پاراکلینیکی بخصوص رادیوگرافی از مصلهای مشکوک استفاده نمود.

پس از معاینه کامل بایستی نقشه معالجه را طرح و هر چه زودتر بموقع اجرا گذارد معمولاً این معالجه عبارت از جانداختن استخوان و ثابت نمودن آنها میباشد. در کودکان استخوانها خیلی زود جوش میخورد بنابراین اگر دیر معالجه را شروع نمائیم اشکالاتی در جانداختن استخوانها فراهم میشود. ضربات میتوانند باعث صدمات و زخمهای انساج نرم و سخت سرو صورت گردند. از انساج نرم داخل حفره دهان غالباً قسمتهای زیر لطمه میبینند.

مخاط، لثه، زبان، کام، گونه، لب و همچنین پوست صورت و انساج زیر پوستی هم میتوانند دچار پارگی گردند.

زخمهای زبان در کودکان غالباً در اثر گاز گرفتن آن در موقع سقوط بزمین بوسیله دندانها انجام میگردد. زخمهای کام در اثر سقوط بچه در موقع بازی و نگهداشتن چوب یا شیشی دیگری در دهان ایجاد میشود. اینگونه

زخمها غالباً توام با خونریزیهای شدید میباشد بنابراین اولین وظیفه ما بند آوردن خونریزی و سپس معاینه و دوختن لبه‌های زخم میباشد در صورتیکه زخمها سطحی و تمیز باشند و در صورتیکه زخمها عمیق بوده و پراز تکه‌های له‌شده انساج و خون‌لخته باشد لبه‌های پاره‌شده را بریده و اقشار عمیق را با کاتگوت دوخته و لبه‌های زخم را بانخ ابریشم یا نایلونی میدوزیم ، و در يك گوشه این زخمها معمولاً بایستی يك درن زخمی گذاشت تا اگر ترشح آماسی ایجاد گردید و یا خونریزی مختصری بود درناژ گردد .

نبایستی فراموش کرد که چنانچه زخمی باخاک آلوده شده باشد حتماً بایستی سرم آنتی‌تتانیك (ضد کزاز) تزریق نمود البته بایستی تزریق بمتد Besredka باشد .

در صورتیکه خطر عفونتهای آماسی و چرکی وجود داشته باشد میتوان آنتی‌بیوتیک تجویز نمود در صورتیکه انساج سخت‌لطمه دیده باشند بایستی محتاط بوده و در برداشتن آنها صرفه‌جویی نمود فقط میتوان تکه‌های استخوانی کوچکی را که کاملاً آزاد باشند برداشت .

شکستگی فکین

کلیات : شکستگی فکین در بزرگسالان جای بزرگی را در جراحی فك اشغال نموده است ولی متأسفانه تا کنون کسی باین مسئله در کودکان توجه کافی مبذول نداشته است .

در کودکان خردسال شکستگی فکین کمتر از بزرگسالان اتفاق می‌افتد زیرا استخوانهای اطفال خاصیت ارتجاعی داشته و بیشتر در مقابل ضربات مقاومت نشان میدهند خاصیت نرمی استخوان فکین اطفال باین دلیل است که استخوانهای آنها دارای مقدار کمتری املاح معدنی از استخوان بزرگسالان

میباشد .

شکستگی‌ها یا در اثر ضربات شدید بر روی استخوانهای سالم ایجاد میشوند و یا شکستگی‌هاییکه بدون ضربه و خودبخود در محل‌هایی از استخوان که در آن يك پروسه بیماری وجود دارد ایجاد میشود و بنام شکستگی پاتولوژیک معروفست .

علل اصلی شکستگیهای پاتولوژیک عبارتند از :

استئیت‌های فکی که عامل دندانی و یا خونی دارند ، تومورها و یا کیستها و این نوع شکستگی بیشتر در فك پائین دیده میشود .

شکستگی فکین بخصوص در اطفال بزرگتر ممکن است در محل‌های مختلفه فکین دیده شود و این مسئله مربوط بجهت و شدت ضربه وارده میباشد .

در کودکان مانند بزرگسالان شکستگی بیشتر در فك پائین تافك بالا دیده می‌شود زیرا فك پائین بعلت آنکه در انتهای تحتانی تمام استخوانهای جمجمه قرار گرفته بیشتر در معرض خطر ضربات قرار میگیرد .

بر حسب آمار Kazanian در صد از شکستگیهای فك در کودکان از چهار تا ۱۱ ساله دیده میشود .

غالباً شکستگیهای فك در کودکان در قسمت جلو میباشد و بیشتر در محل قوس آلونلی میباشد . قوس آلونلی بیشتر در ناحیه کوچکی و در تمام ضخامت خود و با تمام دندانهای آن محل دچار شکستگی میگردد .

خطر شکستگی در این محل ممکن است در سطح آپکس و یا در بالای آپکس بطور افقی و یا در طول ریشه و یا نواحی نزدیک به آن بطور عمودی باشد .

در این شکستگیها ممکن است جوانه دندانهای دائمی دچار آسیب گردند و اگر چنانچه قوس آلونلی جدا گردد ممکن است جوانه‌ها هم خارج گردند .

در بعضی از موارد با وجود شکستگی جوانه‌ها نمیتوانند رشد نمایند و حتی ضربه میتواند هلتی برای بیرون آمدن پیش از موقع دندانها گردد .

دراثر ضربات شدید علاوه بر شکستگی قوس آلوئلی این قسمت از فك ممکن است شکسته و با انساج نرم بکلی از نواحی اطراف جدا گردد. علائم این نوع شکستگیها عبارتست از جابجاشدن قسمتی از استخوان فك و حرکت آن درد و اختلالاتی که در عمل جویدن پیدا میشود.

معمولاً علائم عینی عبارتند از صدای مخصوص قسمتهای شکسته تورم انساج نرم و هماتوم این علائم بقدری عمومیت دارد که بایستی اساس و پایه تشخیص بالینی قرار بگیرد.

معالجه

عبارت از برداشتن انساج له شده و تکه های استخوانی متحرك و آزاد که از پریوست جدا شده اند میباشد و همچنین بریدن و برداشتن انساج نرم و سختی که مرده اند. دندانهای شیری و یا جوانه دندانهای دائمی را بجای خود گذاشته و یا آنها را در میاوریم و این مسئله بستگی دارد به آنکه این دندانها در خط شکستگی نباشد یا باشند.

دندانهای مرده و یا ریشه هائیکه در خط شکستگی قرار دارند بایستی در آورده شوند و اینکارها را بدان جهت انجام میدهیم که شرایط بهتری برای جوش خوردن استخوانها و التیام زخمهای انساج نرم و پر کردن محلهای خالی را با پروتز فراهم آوریم.

شرایط غیر طبیعی موجوده در محل شکستگی غالباً باعث ایجاد عوارض آماسی چرکی میگردد در معالجه شکستگیها علاوه بر این معالجات جراحی بایستی قسمتهای شکسته استخوانی را جانداخت و ثابت نمود و سعی کرد هر چه بیشتر جفت گیری دندانها طبیعی و ایده آل باشد.

در مواردیکه قوس آلوئل شکسته باشد اگر چنانچه امکان نگهداری و

جوش خوردن آن با بدنه فك باشد بایستی قسمت شکسته را جانداخته و در محل طبیعی خود قرار داده و با وسایل اورتوپدیک بیحرکت نمود. چنانچه امکان جانداختن یکبار و فوری موجود نباشد بایستی بكمك لاستیکهای مخصوص که بین فکین بسته میشود بتدریج استخوانها را کشیده و به محل طبیعی خود سوق داد تا جفت گیری صحیح بدست آید.

چنانچه استفاده از وسایل اورتوپدیک داخل دهانی بعلت کمبود دندانها و با بعلت وجود دندانهای شیری امکان نداشته باشد میتوان از خارج دهان در ناحیه چانه بكمك يك قالب آگریلی میتوان فك پائین را بکلاه مخصوصی که بر کودک میگذاریم ثابت نمود.

اینکار نتیجه خوب میدهد بخصوص در مواردیکه فك بالا شکسته باشد زیرا فك پائین با فشاریکه وارد میآورد فك بالا را ثابت میکند.

در هر مورد که با شکستگی فك در کودکان روبرو هستیم بایستی هر چه زودتر استخوان را جانداخته و وقتی جفت گیری صحیح دندانها بدست آمد فك را ثابت نمود. هر گونه تأخیری در معالجه باعث جوش خوردن بد استخوانها میگردد.

معالجه شکستگیهای کودکانرا بایستی در بیمارستانها انجام داد و بچه بایستت تحت مراقبت پرستارانی ورزیده که اطلاعاتی در زمینه کودکان و تغذیه آنها و همچنین بهداشت دهان دارند قرار بگیرند.

شکستگی فك بالا

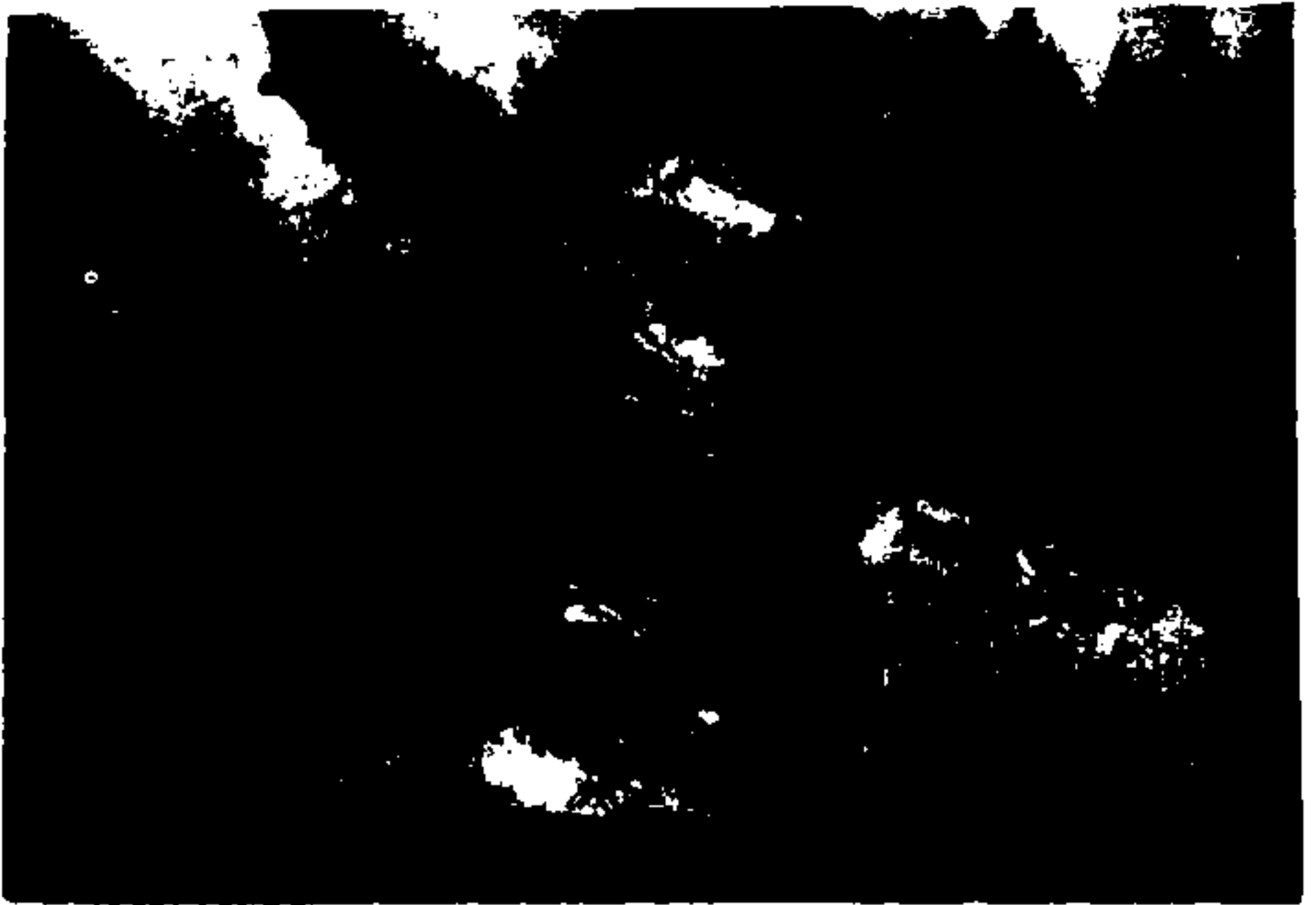
شکستگی فك بالا در کودکان نسبتاً کم دیده میشود زیرا فك پائین در کودکان قدری جلوتر قرار گرفته و قسمت میانی صورت را محافظت میکند و علاوه ساختمان فك بالا که بعلت زیاد بودن قسمت استخوانی آن حالت

شکل -۳۹-



شکستگی بینی و قوس آلوئالی فك بالا

شکل - ۴۰ -



همان بیمار داخل دهان

نرمی و ارتجاعی بیشتری از فک پایین دارد مقاومت آنرا در مقابل ضربه و شکستگیها بیشتر میکند .

در اغلب موارد شکستگی فک بالا با شکستگی بینی و استخوانهای کاسه چشم و استخوان گونه و قوس آن توأم میباشد .

شکستگی ممکن است بسته یا باز باشد (اگر بتوان در شکستگیهای فکین این تقسیم بندی را بعلت وجود دندانها صحیح دانست) همچنین ممکن است تنها و یا متعدد و یا افقی و یا عمودی باشد .

از آمار مفصلی که در کتب راجع به شکستگی فک بالا داده میشود چنین برمیآید که اغلب محل شکستگیهای فک بالا خطهای آناتومیک اتصال این استخوان با استخوانهای مجاور صورت میباشد و قبل از همه بیشتر محل اتصال قوس آلونلی با تنه فک بالا دچار شکستگی میگردد .

در فک بالا Le Fort شکستگیها را به دسته تقسیم نموده است که بنام او به شکستگیهای I , II , III لوفرت معروف شده اند .

شکستگی Le Fort I ایندسته عبارت از آن است که خط شکستگی از سوراخ گلابی شکل Apertura Piriformis و سینوس فکی در زیر کناره تحتانی قوس زیگوماتیک گذرند و به زائده رجلی استخوان شب پره ای رسیده باشد .

در این شکستگی تمام قوس آلونلی با استخوان کام از فک بالا جدا میشود ممکن است یک طرفه یا دو طرفه باشد و همچنین با شکستگیهای عمودی دیگری توأم باشد در این صورت معمولا خونریزی از بینی و تورم توأم با هماتوم در ناحیه لب بالا و گونه و فرورفتگی قسمت غضروفی بینی دیده میشود .

قسمت شکسته فک بطرف پایین و عقب یعنی بطرف حفره گلو جابجا شده معمولا خیلی متحرك و قوس آلونلی آن دارای تغییر شکل قابل ملاحظه بوده دهان باز خواهد بود .

شکل - ۴۱ -



شکستگی فك بالا و كام

شکل - ۴۲ -



همان بیمار پراز بهبودی

معالجه

عبارت است از آنکه بلافاصله استخوان جاانداخته و ثابت گردد برای اینکار میتوان از پروتزهاییکه از آکریل فوری ساخته میشود استفاده نمود و آنها را با فك بطرف بالا مثلا بقوس زیگوماتیک ثابت نمود .

شکستگی II Le fort - در این شکستگی خط شکستگی از محل اتصال استخوان پیشانی با استخوان بینی و قسمت فوقانی فك بالا و همچنین محل اتصال فك بالا با استخوان گونه میگذرد .

علائم بالینی این شکستگی عبارتند از :

خونریزی از بینی و دهان و تورم و هماتوم در ناحیه پلك و حدقه چشم و بالای بینی و قسمت وسطی صورت و گاه این تورم بقدری زیاد است که پلكها از هم باز نمیشوند .

همچنین میتوان علامت کم شدن میدان دید و محدود شدن حرکات حدقه چشم را مشاهده نمود .

فك بالا و استخوان بینی بعلت جابجا شدن این قسمت از صورت بطرف پائین و عقب میافتد و در نتیجه استخوانهای گونه بطور برجسته دیده میشود و بیمار شکل مفلوهارا بخود میگیرد .

این شکستگی معمولا با Commotio Cerebri و حال عمومی خیلی بد کودک توأم است .

معالجه

معالجه مانند شکستگی نوع اول میباشد .

شکستگی Le fort III - خط شکستگی افقی و از قسمت فوقانی فک بالا میگذرد یعنی از زائده پیشانی فک بالا و استخوان بینی و دیواره میانی کاسه چشم بداخل کاسه چشم و در قسمت تحتانی آن و سپس از دیواره خارجی کاسه چشم و قوس زیگوماتیک میگذرد و ممکن است با زخم شکستگی ادامه یافته و از استخوان شقیقه‌ای بقاعده جمجمه برود بنابراین تمام قسمت فوقانی فک بالا با استخوانهای گونه و کاسه چشم جابجا میشود که در نتیجه آن ممکن است حدقه چشم جابجا شده و ایجاد دوبینی Diplopia نماید .

تمام صورت قدری طویل بنظر میرسد که آنرا صورت اسبی میگویند حال عمومی بیمار فوق العاده وخیم زیرا ممکن است دارای خونریزی مغزی باشد . پیش بینی زندگی کودک مطمئن نیست زیرا ممکن است منجر بمرگ گردد .

معالجه

قبل از هر چیز بایستی علائم خطرناک پس از ضربه از قبیل علائم مغزی و خونریزی و اختلالات تنفسی را از بین برد و پس از آنکه حال عمومی بیمار رو به بهبود رفت بتدریج استخوانها را جا انداخته و آنها را با وسایل مختلفه اورتوپدیک ثابت نمود .

در صورتیکه معالجات اورتوپدیک نتیجه‌ای نداشته باشد میتوان بروش Adams فک را ثابت نمود یعنی قسمت جدا شده را بقوس زیگوماتیک و یا اگر ممکن نیست به کناره خارجی کاسه چشم بکمک لیکاتورسیمی ثابت نمود .

غیر از این شکستگیهای تپیک که در بالا نام بردیم ممکن است استخوان گونه‌ای و یا قوس زیگوماتیک و یا استخوانهای کف کاسه چشم نیز دچار

شکل -۴۳-



شکستگی فك بالا و باین

شکل - ۴۴ -



همان بیمار
پس از بهبودی

شکستگی گردند .

علائم موضعی شکستگی استخوان وقوس زیگوماتیک عبارت از بدشکلی قسمت کناری صورت وفرورفتگی آن میباشد وبهمین علت یعنی فرورفتگی استخوان گونه بد داخل بیمار نمیتواند دهان خود را باز نماید وتغذیه نماید زیرا استخوان گونه مانع حرکت فك پائین میگردد .

معالجه این عوارض عبارت از آنستکه استخوان گونه را بجای اولیه خود برگردانیم اینکار را میتوان از داخل وخارج دهان انجام داد . البته راه داخل دهانی بعلت وجود عفونت دهان خوب نیست .

برای آنکه پس از جابجائی دوباره استخوان گونه بجای اولیه خود برنگردد بایستی ازدور استخوان گونه ای يك لیگاتور سیمی عبور داده وسپس از داخل پوست گذرانده و به آنتنی که روی سر نصب شده است ثابت نمود .

شکستگی فك پائین

شکستگی فك پائین خیلی بیشتر از شکستگی فك بالا در کودکان دیده میشود و این شکستگی در هر سنی در کودکان اتفاق می افتد .

بر حسب آمار Wassmund شکستگی فك پائین ۶۰ الی ۷۰ درصد وبر حسب آمار Rauer ۷۷ درصد شکستگی فكین می باشد وبر حسب آمار Janski از ۲۷ مورد شکستگی فكین در کودکان ۲۴ مورد فك پائین وسه مورد فك بالا است .

در موقعیکه با يك شکستگی فك پائین در کودکان روبرو هستیم بایستی بمسائل زیر توجه نمائیم :

یکی جهت شکستگی، دیگری ارتباط بین خط شکستگی وجوانه دندانهای دائمی زیر این دو مسئله مستقیماً با معالجه ما ارتباط دارد .

عقاید در مورد درآوردن جوانه دندانهای دائمی که در خط شکستگی قرار دارند متفاوتست. در دوران معالجه و جوش خوردن استخوانها ممکن است جوانه دندانهای دائمی صدمه خورده علت بروز عوارض آماسی در کودک گردند و بعلاوه غالباً جوانه‌هایی که در خط شکستگی قرار دارند مانع جابجاشدن استخوان میگردند در اینگونه موارد جوانه‌ها را بایستی درآورد تا شکستگی جوش بخورد و چنانچه محل شکستگی عفونی نگردد و در نتیجه شانس عفونی شدن جوانه دندان هم موجود نباشد میتوان از درآوردن جوانه دندانیکه در خط شکستگی قرار دارد سر فنظر نمود مشروط بر آنکه مانعی برای جابجاشدن استخوان نباشد و چون جوانه دندان دارای مقاومت زیادی است در این شرایط هم میتواند به رشد خود ادامه دهد.

شکستگیهای فك پائین عبارتند از:

مورب و مخلوط

شکستگی عمودی و افقی

جابجاشدن استخوانهای شکسته بر حسب محل خود میتواند بطرف داخل و یا خارج حفره دهان باشد. وسعت و جهت جابجاشدن استخوان مربوط به قدرت عمل آن دسته از عضلاتی است که در محل شکستگی قرار دارند.

محابکه پیش از همه جا در فك پائین کودکان دچار شکستگی میگردد در خط چسبندگی تنه فك پائین میباشد البته در مواقعی که هنوز این محل کاملاً استخوانی نگردیده است زیرا در این محل فك نازك و دارای تعداد زیادی جوانه دندان می باشد و همین مسائل باعث میشود که فك در این محل زود دچار شکستگی گردد. در اینگونه موارد معمولاً بعلت قدرت عضلانی مساوی دو طرف استخوانها جابجا نمیشوند.

معالجه

برای معالجه شکستگی فك پائين در کودکان چنانچه دندانهای شیری در دهان موجود باشد و ریشه‌های آنها تحلیل نرفته باشند میتوان برای تمام دندانها روپوشی از آکريل يا فلزی مانند نقره ساخته آنرا با ماده چسبنده‌ای بدانها چسباند.

این روپوش باید تمام دندانهای قوس آلونلی را دربر بگیرد و پوشاند تا نتیجه خوب از آن گرفته شود این روش برای کودکان ۲ - ۳ ساله بسیار خوب است.

برای کودکان مسن که تمام دندانهای شیری را دارند میتوان قوس شیرینی را با لیگاتورهای سیمی بست تا شکستگی ثابت گردد.

اینکار اگر عملی شود، زیرا بعلمت کوچک بودن دندانهای شیری اغلب عملی نیست نتایج خوبی از لحاظ تنظیم و تصحیح جفت‌گیری دندانهای فك پائين با فك بالا میدهد البته بایستی بفك بالا هم قوسی بسته و دوفك بالا را با لاستیکهای مخصوصی برای کشش بهم متصل و ثابت کرد.

اگر فك در يك طرف شکسته باشد استخوانها کاملا جابجا میشوند و طرف شکسته طولتر معمولاً بطرف پائين و طرف شکسته کشیده میشود. و کمتر بطرف بالا و داخل و یا خارج کشیده میشوند.

بطرف خارج و یا داخل کشیده شدن مربوط به عضلات مؤلفه و رجلی و عدم تساوی قدرت عضلانی بین آنها میباشد.

در صورتیکه با چنین شکستگی سروکار داشته باشیم سعی میکنیم بادیست استخوان شکسته فك را جابجا بیاندازیم و باوشکل طبیعی اش را بدهیم

و چنانچه نتوانیم با دست مبادرت بچنین کاری نمائیم برای چندروز دوفک را بالاستیکهای مخصوص بهم بسته و با تنظیم جهت کشش لاستیکها جفت گیری دندانها را تنظیم مینمائیم. البته اینکار در بچه ها به علت شکل مخروطی دندانهای شیری کاریست بسیار مشکل و صبر و حوصله زیاد میخواهد.

در مواردیکه با يك شكستگی قدیمی که بدجوش خورده است سروکار داریم بایستی بترتیب زیر بیمار را معالجه نمائیم.

قبلا از دهان بیمار قالب گرفته و پس از تهیه مدل گچی محل را که فك بد جوش خورده یافته و بااره نازکی آنرا میبریم و سپس فك گچی را جا انداخته و دو تکه شکسته را در محل طبیعی خود بهم میچسبانیم و جفت گیری آنرا با مدل گچی بالا تنظیم میکنیم.

سپس بر روی این وضع جدید بر روی گچ يك پروتز آکریلی میسازیم که کاملاً با وضع طبیعی قوس دندانی بیمار تطبیق داشته باشد.

پس از تهیه این مقدمات بیمار را باطاق عمل برده و محل استخوان را که بد جوش خورده است شکسته و دوباره جا میاندازیم سپس پروتز تهیه شده را بر روی قوس دندانی قرار داده و آنرا با فك Cerclage مینمائیم البته میدانید که بایستی سر کلاژ در دو طرف شکسته انجام پذیرد تا فك کاملاً بی حرکت و ثابت گردد و پس از جوش خوردن استخوانها در وضع طبیعی لیگاتور هارا بریده و پروتز را که بنام قوس Weber معروف است در میاوریم.

بعقیده من شکستگی فك کودکان را در هر سنی که باشند بایستی بوسیله پروتز Weber در سر کلاژان به فك معالجه نمود زیرا اطفال آنرا بهتر تحمل میکنند و بعلاوه عمل تغذیه در آنها مختل نمیکردد و از همه اینها گذشته این راحت ترین کاریست که در زیر بیهوشی میتوان آنرا انجام داد شکستگی دو طرفه F. Bilateralis فك پائین دارای تصویر بالینی متفاوتی با شکستگی یک طرفه

شکل - ۴۵ -



شکستگی چانه در اثر سقوط از کوه

شکل -۴۶-



همان بیمار، داخل دهان

شکل - ۴۷



همان بیمار، جراحات انساج نرم صورت

میباشد زیرا استخوانهای شکسته به ترتیب دیگری جابجا میشوند .
قسمت شکسته وسط یعنی قسمت چانه‌ای ممکن است پائین آمده
بطرف عقب برود و یا ممکن است بین دو قسمت طرفی گیر کرده و یا بطرف بالا
یعنی بالاتر از قوس دندانی برود و تمام این مسائل بشدت ضربه وارده و قدرت
کش عضلات ناحیه شکسته شده بستگی دارد .

شکستگی شاخه بالارونده فك ممکن است افقی، عمودی، و یا مورب
بوده و دارای يك خط و یا چندین خط شکستگی باشد .

در اینگونه شکستگی‌ها در کودکان معالجه خارج دهانی یا داخل دهانی
یعنی بستن فك پائین بفك بالا از خارج و یا از داخل کفایت میکند .

شکستگی کنديل فکی در کودکان بتدرت دیده میشود و معمولا این
شکستگی در اثر ضربه‌ایکه بزیر چانه وارد میاید پیدا میشود .

در صورتیکه شکستگی باعث جابجاشدن استخوانها نشده و ایجاد
هیچگونه تغییری در جفت‌گیری دندانها ننموده باشد فقط بستن از خارج
کافی و نیابستی آنها کاملا بیحرکت نمود .

چنانچه شکستگی باعث جابجا شدن کنديل شده باشد بایستی فك را
بیحرکت نمود تا با يك جفت‌گیری صحیح دندانها استخوان جوش بخورد .

شکستگی زائده منقاری معمولا هیچگونه اختلالی در اوکلوزیون ایجاد
نمیکند . یا آنکه گاهی از اوقات این زائده در اثر خستگی جابجا میشود با وجود
این هیچگونه اختلالی در اوکلوزیون و یا عمل تغذیه ایجاد نمیکند و بنابراین
احتیاجی بمعالجه ندارد .

چنانچه کودکی دارای تمام دندانها بود معالجه او با بزرگسالان فرقی
ندارد همیشه بایستی معالجه او رتوپدیک نمود و چنانچه این طریقه کافی نبود
میتوان بمعالجات جراحی دست زد و مثلا Osteosyntese نمود . گاه ممکن است

که این معالجه هم نتیجه ندهد و بایستی حتماً پیوند استخوانی بصورت پاشیدن تکه‌های ریز استخوانی در خط شکستگی نمود تا باعث تشکیل و ترمیم استخوان گردد.

کودکان را بهتر است در بیهوشی عمومی مورد عمل جراحی قرارداد.

شکستگی‌های دندانی در اثر ضربه

صدمات دندانی در اثر ضربه در کودکان نسبتاً زیاد دیده میشود و این صدمات بیشتر در موقع بازی و سقوط از بلندی اتفاق میافتد. معمولاً بیشتر تنایب میانی دچار شکستگی میگردد.

صدمات دندانی در اثر ضربه را به چهار دسته تقسیم میکنیم:

- ۱ - در رفتگی ناقص دندانی.
- ۲ - در رفتگی دندان.
- ۳ - شکستگی دندان.
- ۴ - بیرون افتادن دندان از آلونل.

۱ - در رفتگی ناقص دندان موقعی را میگوئیم که در تحت تاثیر ضربه قسمتی از رباطهای سیستم نگهدارنده دندانها در آلونل پاره شوند و بهمین علت از عروق شعریه پاره شده مقداری خونریزی میشود و تشکیل هماتوم را میدهد و این هماتوم مقداری دندانرا بطرف خارج آلونل میراند و بهمین علت دندان قدری طویل بنظر میرسد و در اثر لمس خیلی دردناک است و لوپ چنین دندانی پس از مدتی دچار مردگی میگردد.

این صدمات ممکن است هم بدندان شیری وهم دائمی وارد آید.
چنانچه دندان دائمی چنین صدمه‌ای دید بایستی سعی در نگهداری آن

شکل - ۴۸ -



همان بیمار ، رادیوگرافی چانه

شکل -۴۹-



همان بیمار ، پس از معالجه جراحی و اورتوپدیک

شکل - ۵۰ -



همان بیمار پس از بهبودی کامل

شکل - ۵۱ -



دروفتگی دندان در اثر ضربه

نمود ابتدا آنرا بداخل آلوتل رانده و سپس بكمك ليگاتورهای سیمی آنرا ثابت مینمائیم . دندان دائمی گاهی در اثر ضربه بداخل استخوان قسمت اسفنجی در عمق فرو میرود در صورت امکان بایستی آنرا بمحل آناتومیك اولیه آن برگردانده و آنرا ثابت و بیحرکت نمود و سپس آنرا روت کانال نموده و ریشه را پر کرد .

بعقیده من بهتر است این دندانها را کشیده روت کانال نموده و در همان جلسه دوباره پیوند نموده و سپس بیحرکت نمود .
گاهی این صدمات دندانی همراه باشکستگی استخوان آلوتل کام و یا گونه و یا لبی می باشد این شکستگی ها با بیحرکت نمودن دندانها ثابت می گردد .

چنانچه امکان نگهداری دندانها و معالجه روت کانالی آنها موجود نباشد دندانها را کشیده خورده استخوانهای آلوتلی را که با پروست تماسی ندارند در آورده و زخم را میدوزیم و سپس برای كودك پروتز تهیه میکنیم .

۲ - در رفتگی دندان ممکن است همراه با فرورفتن دندان بصفق قوس آلوتلی باشد و ممکن است يك یا چند دندانرا شامل گردد .

در رفتگی دندان اغلب باشکستگی فکین توام است . در اغلب موارد در کودکان در رفتگی دندانهای جلوی بالا دیده میشود زیرا کمی جلوتر از سایر دندانها قرار گرفته اند .

فرورفتن دندانها در استخوان هم اغلب در دندانهای شیری جلواتفاق می افتد و باعث شکستن استخوان آلوتل و صدمه رساندن بکیسه جوانه ای دندان دائمی گردد .

در مواردیکه امکان ندارد اینگونه دندانها را بایستی کشید تا عوارض آماسی ایجاد ننماید . والا میتوان مانند دسته اول آنها را معالجه نمود .

آسیب دیدن دندانهای دائمی در کودکان ۷ - ۱۲ ساله دیده میشوند و بیشتر در پسران تا دختران اتفاق میافتد.

۳ - شکستگی دندان

۳ - بر حسب آنکه شکستگی دندان در چه محلی اتفاق افتاده باشد آنها را به شکستگیهای خارج آلونای و داخل آلونای تقسیم میکنیم .
شکستگیهاییکه در قسمت خارجی دندان اتفاق میافتند غالباً شامل تاج دندان میشوند و کمتر به پوآپ میرسند و در صورت اول و یادوم بایستی آنها را معالجه دندانپزشکی عمای یا روت کانال نمود و قسمت از بین رفته را با کرون چینی ترمیم نمود .

در مواردیکه شکستگی در داخل آلونل اتفاق میافتد یعنی شامل ریشه دندان میشود معالجه آن بر حسب محلهای مختلفه شکستگی ریشه فرق میکند .

چنانچه شکستگی ریشه پائین تر از طوق دندان اتفاق بیافتد غالباً بعلت اشکال در معالجه مجبوریم تاج و ریشه را در بیاوریم چنانچه شکستگی در نیمه ریشه اتفاق بیافتد و قسمتهای شکسته جابجانشده باشد میتوان آنرا معالجه نموده و سپس با وارد کردن يك مخروط تفره ای در کانال قسمت تاجی و ریشه ای دندانرا بهم ثابت نمود . ولی بایستی حتماً این دندان را بدندانهای مجاور هم کاملاً ثابت و بیحرکت نمود .

چنانچه شکستگی در ناحیه آپکس ریشه دندان اتفاق بیافتد دندانرا نگهداشته و پس از معالجه روت کانالی رزکسیون آپیکال قسمت شکسته را خواهیم نمود .

چنانچه ریشه در طول بطور عمودی یا مورب شکسته باشد بایستی

آنرا درآورد .

۴ - بیرون‌افتادن دندان از آونل EVACUATIO DENTIS

چنانچه بدون شکستگی ریشه باشد بایستی پس از معالجه روت کانالی مجدداً آنرا پیوند نمود . برای تشخیص شکستگیهای دندان بایستی متوسل بمعاینات عینی و رادیولوژیک گردید .

عقیده دندانپزشکان راجع بمعالجه دررفتگیها و شکستگیهای دندانی در کودکان مختلف است . غالباً معالجه بدون هیچگونه نقشه و نظمی عملی میگردد .

بعضی از دندانپزشکان اصولاً اینگونه صدمات را بلافاصله معالجه نمی‌نمایند و صبر میکنند تا بچه قدری سن تر گردد . این نوع معالجه سرتا پا غلط و باعث ازدست رفتن دندان و بدشکلی قوس دندانی و ناهنجاریهای جفت‌گیری دندان می‌گردد .

مبحث نهم

شکافهای مادرزادی لببالا و قوس فکی و کام سخت و نرم

این ناهنجاریها یکی از ناهنجاریهای مادرزادی هستند که بیش از سایر ناهنجاریها اتفاق میافتد و بر حسب آمارهای مختلف از ۱۲ تا ۳۰٪ تمام ناهنجاریها را تشکیل میدهند انواع این ناهنجاریها ممکن است خیلی متنوع باشد. ماهیت اختلالات آناتومیکی یا فونکسیون در انواع این ناهنجاریها عامل تعیین کننده نقص عضو بزرگ و یا کوچکی میباشد شکافهای لب بالا و یا قوس فکی به تنهایی نقص عضو بزرگی نیستند و برعکس شکافهای کام نقص عضو بزرگی هستند و این نقص خیلی بزرگتر میشود اگر با شکاف قوس فکی و لببالا توام باشد و این ناهنجاریهای آخری یعنی لبشکری ۵۰٪ تمام ناهنجاریهای لببالا و قوس فکی و کام سخت و نرم را تشکیل میدهد.

این ناهنجاریهای مادرزادی باعث اختلالاتی در مکیدن و بلعیدن و تنفس و تکلم میگردد و همچنین باعث بدشکلی قیافه میگردد و بعلاوه باعث حالات مزمن عفونتهای گلو و بینی و گوش میانی و راههای تنفسی میگردد.

این حالات عفونی مزمن و اشکالات در بلع غذا و اغلب تغذیه بد باعث کمی وزن و کم خونی و راشیتیسیم بیمار میگردد.

اختلالات مورفولوژیک و فونکسیونل دستگاہ چونده یکی از عواقب این ناهنجاری است شکاف کام در بچهها باعث اختلالات مهمی در تکلم میگردد بطوریکه گاه بهیچوجه گفت و شنود با این بچهها امکان ندارد و بهمین علت و بخاطر زشتی صورت اغلب این بچهها از طرف همسالان خود مورد تمسخر و توهین و آزار قرار میگیرند. بدتر از همه آنکه والدین این بچهها از ناهنجاری

مادرزادی فرزندان خود خجالت کشیده و آنها را در منزل محبوس نموده و بمدرسه نمیفرستند و از تماس آنها با محیط خارج جلوگیری مینمایند و این مسئله باعث عقده حقارت در این بچه‌ها میگردد حتی امروزه هم دیده میشود که عده‌ای از والدین بعزت داشتن عقاید خرافاتی اعصار گذشته که این بچه‌های ناقص‌الخلقه جزئی از شیطان هستند با آنها بدرفتاری مینمایند این کودکان خیالی زود به نقص خود پی میبرند و بهمین دلیل زیاد اجتماعی نیستند و خجول میباشند در جوانان ۱۴ تا ۱۸ ساله این مسئله زیاد بچشم میخورد و آنها بخوبی میدانند که این نقص آنها مانع بزرگی در راه زندگی اجتماعی و هنری و روشنفکرانه و جنسی آنها میباشد.

برای مادر زائیدن چنین فرزندی يك ضربه بزرگ روحی است و گاهی بدنیا آمدن چنین فرزندی باعث اختلافات بزرگ فامیلی میشود و هر يك از والدین گناه آنرا بگردن دیگری میاندازد و غالباً گناهرا بگردن مادر بیچاره میاندازند و بهمین خاطر در همان روزهای اول زایمان بایستی بمادر قبولاند که امروزه بخوبی میتوان این نقصها را معالجه نمود و دیگر جای نگرانی باقی نیست بعلاوه بمادر بایستی طرز صحیح تغذیه و پرستاری این نوزادان را آموخت و آنها را راهنمایی نمود که پزشك متخصص مراجعه نمایند.

تا همین اواخر تصور میکردند که در اصل معالجه این ناهنجاریها فقط يك عمل جراحی است و بهمین دلیل جراحانی که این عمل را انجام میدادند پس از عمل جراحی و موفقیت در آن کودکان را به حال خود رها میکردند و هیچ کاری بمعالجه اختلالات موجوده فکین و جفت‌گیری دندانها نداشتند و برای تصحیح طرز تکلم اطفال کوششی بخرج نمیدادند بدبختانه امروزه هم این مسائل وجود دارد و بهمین دلیل بجوانانی برخورد میکنیم که در کودکی مورد عمل جراحی قرار گرفته‌اند و لسی دارای اختلالات رشدی فکین و

جفت‌گیری دندانها و طرز تکلم خیلی بدمیباشند. این مسئله مربوط بآنستکه در قدیم حتی امروزه جراحان عمومی و یا گوش و حلق و بینی این کودکانرا عمل میکردند و میکنند و آنها بهیچوجه اطلاعی از اختلالات فکی و صورتی و جفت‌گیری دندانها و عواقب آن نداشته و آنرا ندیده میگرفتند. این نوع بیماران بایستی در گروهی از جراحان فك و اورتودونستها و پروتزیستها و فونیاترها (متخصصین صوت) مورد معالجه قرار گیرند. البته يك گروه کامل دارای متخصص اطفال و روانشناس و حتی متخصص بیماریهای روانی هم میباشند. امروزه معالجه جراحی دیگر تنها و آخرین وسیله معالجه نیست بلکه یکی از اساسی‌ترین عوامل معالجه این ناهنجاریها میباشد میل دارم در اینجا خاطر نشان سازم جراحانیکه این اعمال را انجام میدهند مسئولیت خطیری را به عهده میگیرند زیرا این اعمال جراحی بخاطر يك مسئله حیاتی انجام نمیگیرند. بنابراین همیشه وقت هست که آنها را بیک گروه کامل و متخصص معرفی کرد و جراح بایستی بداند که نتیجه عمل شکاف لب باعث زیبایی صورت و نتیجه عمل کام باعث تکلم بهتر کودک میگردد و همچنین در نتیجه يك عمل خوب آینده کودک و استعداد او برای کار و حتی خوشبختی شخصی او تأمین میگردد. بهمین خاطر است که این اعمال جراحی بوسیله هر جراحی نبایستی عمل گردد بلکه بوسیله جراحان فك که تبحر خاصی در این رشته یافته‌اند و در گروه کاملی کار میکنند بایستی انجام پذیرد.

علت شکافهای لب بالا و قوس فکی و کام سختونرم

علت ایجاد این ناهنجاریها مانند هر نقص مادرزادی دیگری تا امروز بطور کامل کشف نشده است علل متعددی وجود دارد که در تحت تأثیر عوامل خارجی میتوانند مؤثر برای ایجاد این ناهنجاریها باشند این علل میتوانند

داخلی و یا خارجی باشند .

تعداد زیاد این حال و همچنین عدم اطلاع کافی از تاثیر آنها بر روی عوامل دیگر از قبیل نقش هر علتی را برای ایجاد این ناهنجاریها بسیار مشکل می کند .

باشکال می توان تعیین کرد چه عواملی مستقیماً و چه عواملی غیر مستقیم بر روی يك اورگانیزم که استعداد ژنتیک دارد تاثیر میکنند . امروزه برای استعداد ژنتیک نقش بزرگی را در ایجاد ناهنجاریها قائلند ولی باید دانست که این ناهنجاریها در تحت تاثیر متقابل ژنتیک و غیر ژنتیک بر روی یکدیگر بوجود می آیند . اغلب استعداد برای ناهنجاری ارثی است و در اینگونه موارد موقعی نقص مادرزادی پیدا میشود که جنین در داخل رحم دارای شرایط مساعد برای رشد نباشد . در بین علل خارجی حال زیر را میتوان نام برد :

مکانیکی، حرارتی، عدم کفایت اکسیژن و کمبود غذایی، عدم بهداشت تغذیه در دوران بارداری، خستگی، روش غلط زندگی، نوع کار، داروهای شیمیایی، ویروسها، باکتریها و توکسین آنها و ضربه های روحی .

عوامل داخلی که در ردیف اول آن مسئله سوارث و بعداً اختلالات هورمونی و نقصانها و ضعفهایی که در سلولهای تناسلی وجود دارد تاثیر علل مکانیکی غالباً باعث فشار بر روی جنین و شرایط نامساعد محیط داخل رحمی میگردد . ضربات وارده ب مادر در دوران اولیه بارداری فوق العاده مهم است و از بین آنها اقدام بعمل انداختن بچه از همه مهمتر است .

مدت ۶ - ۳ هفته تب مادر ممکن است لطمانی بجنین وارد آورده و باعث نرسیدن اکسیژن بکودک گردد .

پروفسور بوربان عقیده دارد که شرایط اقلیمی و آب و هوایی هم مؤثر است و در ساکنین کوهستان بیشتر ساکنین دشتها دیده میشود . چنانچه

آمار نشان میدهد . ۵٪ ساکنین کوههای نیپال مبتلابین ناهنجاریها میباشند. استفرغهای ممتد و مکرر دردوران اولیه بارداری باعث کمی اکسیژن و در نتیجه ممکن است باعث این ناهنجاریها گردند .

تأثیر اشعه رادیوآکتیو دردوران ۷ - ۳ هفتگی بارداری قطعی است و بهترین مثال برای این مسئله وجود تعداد زیادی نقص عضو در نزد کودکانی است که دردوران انفجار اتمی در هیروشیما و ناگازاکی بدنیا آمدند .

تأثیر داروها هم قابل بحث نیست همه قضیه Thalidomid و بچه های بدون دست و پائی که بدنیا آمدند بخاطر داریم .

خیلی از دانشمندان عامل روحی را مؤثر میدانند و بطوریکه آمار نشان میدهد ۴۷٪ از مادران این کودکان دردوران بارداری دچار اختلالات شدید عصبی و روحی شده اند .

مسئله توارث یکی از مسائل مهم است عده زیادی از دانشمندان معتقدند که عامل استعداد ارثی در تحت تأثیر یک عامل خارجی باعث ایجاد ناهنجاری میگردد. فقط استعداد ارثی کافی نیست ولی بر روی بیان مکانیسم و ماهیت توارث بین دانشمندان اختلافات فاحشی وجود دارد .

میتوان پیشبینی کرد که اگر مطالعه درباره کروموزومها و ژنها مخصوصاً درباره ساختمان بیوشیمیک آنها بطور صحیحی ادامه یابد حتماً رابطه مسئله توارث و ناهنجاریهای مادرزادی روشن خواهد شد .

پانوژنی شکالهای مادرزادی لببلا و قوس فکی و کام

His عقیده دارد که صورت از پنج زائده تشکیل ورشد و فرم مییابد و بر طبق همین تئوری تشکیل صورت و حفره دهان در چهارمین هفته زندگی جنینی شروع میشود . در اطراف حفره دهانی اولیه پنج زائده تشکیل

تقسیم‌بندی شکافهای کام برحسب عقیده کوناهان وستارک

Schisis Palati Primarii

۱ - شکافهای کام اولیه

- A1 - یکطرفه چپ کامل
- A2 - یکطرفه چپ ناقص
- B1 - یکطرفه راست کامل
- B2 - یکطرفه راست ناقص
- C1 - میانی کامل
- C2 - میانی ناقص
- D1 - دوطرفه کامل
- D2 - دوطرفه ناقص

Schisis Palati Secundarii

۲ - شکافهای کام ثانویه

- الف - کامل
- ب - ناقص
- ج - زیرمخاطی

۳ - شکافهای کامهای اولیه و ثانویه S. P. Primariiet Secundari

- A1 - یکطرفه چپ کامل
- A2 - یکطرفه چپ ناقص
- B1 - یکطرفه راست کامل
- B2 - یکطرفه راست ناقص
- C1 - دوطرفه کامل

شکل -۵۲-



لبشکری بکطرفه (گروه اول)

شکل - ۵۲ -



شکاف لب بالا و قوس آلوئلی (گروه دوم)

شکل - ۵۴ -



همان بیمار، داخل دهان گروه دوم.

شکل -۵۵-



شکاف کام (گروه سوم)

G2 (۶) - دو طرفه ناقص

در سال ۱۹۶۳ پروفیسور Bardach از تحقیقات ایندو دانشمند درباره پاتوژنی شکافهای کامل اولیه تحسین فراوانی نمود ولی از تقسیم بندی آنها انتقاد نموده و اظهار داشت که از تقسیم بندی این دونفر خیلی کم در کارهای بالینی میتوان استفاده نمود. زیرا آنها از تقسیم بندی جنینی و تئوری کام اولیه و ثانویه که هنوز عموم پزشکان از آن اطلاع ندارند استفاده نموده اند و علاوه تقسیم بندی آنها برای انواع شکافها کامل نیست.

این تقسیم بندی اصطلاحات آناتومیکی را که عموم پذیرفته اند در نظر نمیگیرد مانند شکاف لب بالا و قوس فکی که از طرف عموم پذیرفته شده که از طرف این دونفر شکاف اولیه نامگذاری شده است. علاوه بعضی از انواع ناهنجاریها را بایستی نامگذاری دقیقتری نمود تا بهتر مشخص و مفهوم گردند.

بارداخ پیشنهاد میکند که برای تقسیم بندی دقیقتر بهتر است خواص اختلالات آناتومیکی را با اطلاعات دقیق جنین شناسی جدید مربوط برشد قسمت میانی صورت را بهم آمیخته و از آن گروه های جدیدی را طبقه بندی نمود.

چنین بنظر میرسد که تقسیم بندی بارداخ روشن و قابل فهم و استفاده برای همه متخصصین که با این ناهنجاریها سروکار دارند میباشد. این تقسیم بندی از ناهنجاریهای خفیفتر شروع به ناهنجاریهای شدیدتر ختم میگردد.

تقسیم‌بندی شکاف‌های لب بالا - قوس فکی و کام برحسب عقیده بارداخ

Schisislabii Superioris

گروه اول: لب شکری

- | | |
|--------------|-------------------------|
| الف - یکطرفه | ۱ - زیرپوستی ، زیرمخاطی |
| ب - میانی | ۲ - ناقص |
| ج - دوطرفه | ۳ - کامل |

S. L. Sup. Etprocessus Alveolaris Maxillae

گروه دوم: شکاف لب بالا و قوس آونلی

S. L. Sup. Etprocessus Alveolaris Maxillae

- | | |
|--------------|-------------------------|
| الف - یکطرفه | ۱ - زیرپوستی ، زیرمخاطی |
| ب - میانی | ۲ - ناقص |
| ج - دوطرفه | ۳ - کامل |

Schisis Palatidure Etmolle

گروه سوم: شکاف کام

- | |
|--------------|
| ۱ - زیرمخاطی |
| ۲ - ناقص نرم |
| ۳ - کامل نرم |

۴ - ناقص سخت یا کامل نرم

۵ - کامل سخت و نرم تا سوراخ ثنابانی

گروه چهارم: شکاف لب - قوس فکی - کام

S. L. Sup. Et pro. Al. Max. Et Palati

- | |
|------------|
| ۱ - یکطرفه |
|------------|

۲ - دو طرفه

گروه پنجم: شکالهای مختلط و مرکب

در این گروه میتوان تمام انواع دیگری را که در گروههای بالا جای نمیگیرند طبقه‌بندی نمود.

چند آمار جالب

آمارهائیکه کشورهای مختلفه و حتی شهرهای مختلفه راجع بکثرت این ناهنجاری میدهند گاه با هم اختلالات فاحشی دارند يك مقدار از این اختلالات مربوط بآمارگیری غلط و غیرعادی میباشد و قسمت دیگر آن مربوط بشرايط مختلف جغرافیائی آب و هوائی و همچنین روابط اجتماعی و آداب و رسوم کشورهای مختلفه و یا محلهای مختلف در يك کشور میباشد.

ملاحظه میفرمائید که دادن آمار کاملاً صحیح امکان ندارد زیرا بدبختانه تاکنون بجز چند کشور در جهان در جای دیگری يك مرکز بخصوص برای ثبت مشخصات این گونه کودکان و اعمال جراحی و معالجه بعدی آنها وجود ندارد و بدبختانه کودکان را معمولاً بطور اتفاقی به بخشهای مختلفه برده و عمل میکنند و جمع‌آوری این آمار پراکنده امکان‌پذیر نیست

در کشورهای دانمارك ، فنلاند ، چکسلواکی و لهستان تشکیلاتی داده شده‌است که اگر طفلی با این نقصهای مادرزادی بدنیا آمد بوسیله ماما یا پزشك زنان باید مشخصات کامل طفل در ورقه بخصوصی ثبت شده و بمرکز بخصوصی فرستاده شود و سپس این مرکز بوسیله نامه وقت ویزیت را تعیین و بوالدین طفل اطلاع میدهند . پس از معاینه کودک روز عمل را تعیین

میکنند و بچه را در گروه‌های کامل مرکب از چند متخصص تحت درمان قرار میدهند فقط آمار این کشورها مورد اعتماد است .

بر حسب آمار Murtey این نقصهای مادرزادی در کشورهای هند، جاوه و چین بیش از جاهای دیگر و در افریقای مرکزی کمتر از جاهای دیگر دیده میشود. مؤلف عقیده دارد که چون در افریقای مرکزی بنابریک عقیده اینگونه بچه‌ها را فرزندان شیطان میدانند بلافاصله پس از تولد بوسیله والدین بقتل میرسند و بهمین دلیل است که در این نقطه از جهان اینگونه نقصهای مادرزادی دیده نمیشوند .

Davis عقیده دارد که این بیماری در بین سیاه‌پوستان کمتر دیده می‌شود و روی این اصل (Stark , Segin) در نیویورک بحث کثرت سیاه‌پوستان کمتر این ناهنجاریها دیده می‌شوند .

بر حسب آمار Fogh - Andersen در دانمارک از هر ۶۶۵ نوزاد یکی مبتلا باین ناهنجاری است .

Stark عقیده دارد که از هر ۷۰۰ نوزاد بطور متوسط در جهان یکی مبتلا است .

بر حسب آمار تهیه شده Veau این نسبت را $\frac{1}{942}$ میداند .

Soivio در سال ۱۹۵۵ این نسبت را $\frac{1}{550}$ میداند. بر حسب آمار Heim در همین سال در آلمان غربی این نسبت $\frac{1}{1000}$ و لیمبرگ همین نسبت را برای شوروی درست میداند .

مؤلفین دیگر شوروی آمار دهساله ۱۹۵۵ - ۱۹۴۶ را گرفته و نسبت $\frac{1}{1244}$ را می‌دهند .

در لهستان خانم Januszewska آمار ۱۹۶۰ - ۱۹۵۱ را داده و این نسبت را $\frac{1}{502}$ میداند .

بعضی از دانشمندان عقیده دارند که در کشورهای مرفه‌تری روز بروز تعداد این ناهنجاریها زیاد میشود و شاید علت آن استعمال زیاد داروها و با خستگیهای مربوط بزندگی مدرن باشد .

بطوریکه آمارنشان میدهد در مردان شکاف لب و قوس فکی بیش از زنانست و نسبت آن ۳/۲ میباشد و شکاف تنهای کام در زنان بیش از مردانست و نسبت آن ۳/۲ می باشد .

انواع شدید این ناهنجاریها بیشتر در مردان دیده میشود (گروه پنجم) . شکافهای طرف چپ به نسبت ۲/۱ بیش از طرف راست میباشد و شکافهای یکطرفه به نسبت ۳/۱ بیش از دوطرفه است .

از هر صد بیمار ۲۵ تای آنها شکاف لب بالا و ۵۰ تای آنها شکاف لب و قوس فکی و کام و ۲۵ تای آنها فقط شکاف کام دارند .

تشکيلات معالجه گروهی

این ناهنجاریها عبارت از نقص در رشد جنین میباشد در صورتیکه پرستاری دقیق و مناسبی از طفل بعمل آید بهیچوجه زندگی او را بخطر نمیاندازد . امروزه میتوان این ناهنجاریها را بطور کامل و صحیح معالجه نمود و تمام عوارض ناشی از آنرا از بین برد در صورتیکه کودک در یک گروه معالجه گردد .

بایستی بخاطر داشت که فقط معالجه جراحی بدون استفاده از معالجات تخصصی کودکان و ارتدنیسی و فونیاتری معالجه‌ای ناقص و نتیجه خوب دربر نخواهد داشت همانطور که گفتیم فقط در چند کشور فنلاند دانمارک ، چکسلواکی، لهستان قانون ماماها و زایشگاهها را مجبور به ثبت نام این کودکان

و معرفی آنها بمرکز بخصوصی مینماید اخیراً در شوروی و آلمان شرقی هم اینکار شروع گردیده است.

سپس این مرکز درمانی که تحت نظر چندین متخصص از رشته‌های مختلف اداره میشود و فوق‌العاده مجهز میباشد کودک را بوسیله والدین باین مرکز خواسته و تحت معاینه دسته‌جمعی قراردادده و نقشه معالجه کودک را تنظیم و سپس طبق نقشه کودک را دسته‌جمعی معالجه مینمایند.

والدین کودک طبق قانون موظفند کودک را پس از دریافت نامه باین مراکز ببرند خرج سفر آنها از طرف دولت پرداخت میشود و دولت موظف است بوالدین مرخصی استعلاجی بدهد. البته با شرایطی باین سبب و درمانی صحیح و مجانی هر پدر و مادری برای نجات کودک خود از عوارض ناهنجاری این ناهنجاریها استفاده میکنند بعلاوه حسن اینکارها این است که ابتکار عمل از دست والدین بی‌خبر گرفته شده و بدست گروهی متخصص و با تجربه داده میشود وعده‌ای جراح بی‌تجربه و پول‌پرست از خالی کردن کیسه والدین و حشمت‌زده محروم میشوند. مسئله مهمتر آنکه معالجه کودک در زمان انتخاب‌شده شروع میگردد و از دیر شروع شدن معالجه کودک که خود عوارض غیر قابل برگشتی را در بر دارد جلوگیری بعمل میاید و بعلاوه برای هر کودک پس از مشورت دسته‌جمعی نقشه خاصی که مطابق با وضع عمومی و موضعی همان کودک است تنظیم و بموقع اجرا گذاشته میشود.

معمولاً پس از معرفی کودک به انستیتوی نقصهای مادرزادی پرستار مربوطه کودک و مادر را نزد متخصص اطفال میبرد و این پزشک پرستاری صحیح تغذیه کامل و صحیح و روش تغذیه مخصوص را بمادر میآموزد و کتابی در این زمینه‌ها بمادر میدهد از همه مهمتر آنکه پزشک باید مادر و حشمت‌زده را آرام نموده و باو اطمینان کامل بدهد که فرزندش کاملاً معالجه

و درمان خواهد شد و تنها شرط آن این است که بدستور پزشکان مربوطه رفتار نماید.

باین طریق از اطمات روحی شدید که بمادر وارد شده جلوگیری و باو اطمینان داده میشود که این بیماری چیز مهمی نیست و تمام آن بدست پزشکان از بین میرود. تا اولین جراحی کودک تحت نظر متخصص اطفال باقی میماند. در چهاردهمین هفته زندگی کودک که شکاف لب و قوس فکی و کام دارد معالجات ارتدنیسی شروع میشود.

کودکی که فقط لبشکری و یا فقط شکاف کام به تنهایی دارد احتیاج بمعالجه ارتدنیسی ندارد.

عمل شکاف لب را در ۸-۶ ماهگی انجام میدهند. اجازه عمل جراحی را بایستی متخصص اطفال و جراح وارثودونتیست مشترک بدهند. تمام اعمال جراحی را در کودکان با بیحسی عمومی بروش نیمه بسته انجام میدهند. پس از عمل جراحی لب بچه را برای عمل جراحی کام آماده و مهیا میسازند در تمام این مدت کودک تحت نظر پزشک اطفال و متخصص ارتدنیسی خواهد بود. اجازه عمل کام را در کودک بایستی پدیاتر و جراح وارثودونتیست و فونیاتر مشترکاً صادر نمایند. بخصوص فونیاتر روش انتخابی عمل را با جراح بحث مینمایند تا اختلالی در تکلم و صوت کودک ایجاد نشود.

در صورتیکه فونیاتر لازم بداند علاوه بر عمل کام Uranoplastia عمل پلاستیک گلو Pharyngoplastia هم انجام میشود.

پس از اعمال دوباره کودک را بدست پزشک اطفال وارثودونتیست و فونیاتر میسپاریم معمولاً معالجه صوتی باید قبل از شروع مدرسه کودک یعنی سن ۷ سالگی اتمام پذیرد و دیگر کودک تودماغی صحبت نکند. چنانچه والدین کودک مردمان فهمیده‌ای باشند معالجه صوتی تا هفتسالگی تمام

میشود .

اعمال جراحی کام را باید قبل از سن ۷-۶ سالگی انجام داد .
 معالجه جراحی صوتی تا ۷ سالگی تمام میشود ولی معالجه ارتدنی
 تا عوض شدن دندانهای شیری با دائمی ادامه خواهد یافت .
 محل عمل کار تمام متخصصین باید در يك محل و يك مؤسسه باشد
 تا بتوانند مشترکاً تصمیم بگیرند و باهم همکاری نزدیک داشته باشند .
 مسئله مشکل معالجه ارتدنی و فونیاتری در نزد بچه دهقانان میباشد
 که درده و دور از شهرها سکونت دارند و رفت و آمد آنها مشکل است .
 پروفسور Rosenthal در آلمان شرقی از دانشگاه برلن خانه بسیار بزرگی
 را در شهر پوتسدام از دولت گرفته و تا اتمام معالجات ضروری و اولیه کلیه
 بچه‌ها را در آنجا نگهدارده و حتی به بچه‌های بزرگتر درس هم میدهند تا از
 مدرسه و همسالان خود عقب نمانند .
 وای تا آنجائیکه من اطلاع دارم این مسئله در سایر کشورها هنوز بطرز
 رضایت بخشی حل نگردیده است زیرا گاه چند سال لازم است این کودکان را
 تحت نظر گرفت .

تجویز عمل جراحی در ناهنجاریهای مادرزادی

برای تجویز عمل جراحی بایستی حالت عمومی طفل و همچنین ماهیت
 اختلالات آناتومیکی و فونکسونی ناهنجاریها را در نظر گرفت . این اعمال را
 بایستی در سنی انجام داد که از هر حیث چه از نظر نتیجه عمل جراحی و چه
 از نظر بهبود سایر اختلالات مناسبتر از سایر مواقع باشد .
 مناسبترین موقع برای گرفتن بهترین نتیجه بایستی برای هر بچه

منفرداً مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته و انتخاب گردد و همچنین بایستی عقیده تمام متخصصین در گروه را برای هر بچه جداگانه خواست .

بین مؤلفین درباره سن مناسب برای عمل جراحی لبشکریها اختلاف عقیده فراوانی وجود دارد .

مکتب اتحاد شوروی عقیده مند است که برای عمل شکاف لب بهترین موقع ۲۴ تا ۴۸ ساعت پس از تولد بچه است زیرا در این موقع بهتر بچه عمل را تحمل میکند و زخم زودتر التیام مییابد و بعلاوه اختلالات حاصله در نتیجه مکیدن پستان و یا تنفس و عمل بلع دیگر ظاهر نمیشود و یا بحداقل میرسد .

بعلاوه میگویند چنانچه حال عمومی بچه خوب نباشد میتوان در روزهای پانزدهم تا چهاردهم زندگی این عمل انجام داد و میگویند چون بچه زود عمل میشود شرایط مکیدن طبیعی میگردد و بچه خوب تغذیه و در نتیجه سالمتر میگردد و همچنین در نتیجه شرایط تنفس بهتر بچه کمتر مبتلا به عوارض عفونتهای راههای تنفس میگردد و بعلاوه ناهنجاریهای فکین و جفتگیری دندانها و بدشکلیها بحداقل میرسد و همچنین عمل در روزهای اولیه زندگی کودک برای تسکین آلام روحی والدین بسیار ثمر بخش است .

Meissner , Berndorfer عقیده دارند که در هفته دوم و یا سوم زندگی باید لبشکریها را عمل نمود .

چنین بنظر میرسد که مکتب شوروی یعنی عمل در روز اول و یا دوم چندان منطقی و عملی نباشد زیرا نتیجه زیبایی و فونکسیون این اعمال خوب نیست و فقط اینکار بخاطر ترحم به والدین و برای تسکین آنها انجام میپذیرد .

این نظریه مکتب شوروی را نمیتوان قبول نمود که با وجود شکاف لب عمل لبشکری کمکی به مکیدن بهتر پستان مینماید زیرا وجود شکاف کام باعث ارتباط وسیع حفره دهان با حفره بینی گشته و نمیکند که فشار منفی

در داخل حفره دهان ایجاد و بالنتیجه عمل مکیدن بطور طبیعی انجام پذیرد .
 اغلب جراحان مکتب چکسلواکی ، لهستان ، آمریکا ، فرانسه از قبیل
 Barsky , Burian Tiernowski , Champion , Peet , Stark , Kossakovski
 , Lemesurier , Veau,
 اعتقاد دارند که بهترین موقع برای عمل شکاف لب بین ۸ - ۳ ماهگی میباشد.
 Bardach عقیده دارد که هیچ زمانی بهتر از ۸ - ۶ ماهگی برای عمل
 نیست زیرا در اوائل زندگی اورگانیزم بچه دستخوش عوارض مختلفه
 میگردد و هنوز ثبات کامل ندارد و بعلاوه بعلت کوچکی لب و عدم تعایز کامل
 بین مخاط لب و پوست اندازه گیریهای دقیق امکان پذیر نیست و از اینها گذشته
 در روزهای اول زندگی انساج لب بزحمت جوش خورده و از خود سیکاتریس
 بدی بجای میگذازند .

مسئله مهم آنستکه حال عمومی این بچه ها خوب نبوده و وزن فوق العاده
 کمی دارند و اگر چندین ماه تحت نظر پزشک تغذیه شوند وضع بهتری پیدا
 کرده و برای عمل و نتیجه بهتر آن آماده می گردند .

معمولا اینگونه اطفال بعلت عدم بهداشت تغذیه مبتلا به راشیتیزم ،
 کمی وزن ، آنمی ، کمی مقاومت بخصوص در ماه اول زندگی میباشد .

اصولا ماه اول زندگی ماه عدم تعادل اورگانیزم بچه است و تازه پس از
 ۶ ماهگی میتوان گفت که کودک از نظر سرو لوژیک Serologique بلوغ بیشتری
 یافته و در نتیجه به Stress عمل جراحی مقاومت بیشتری نشان میدهد .

در نوزاد مقدار گاما گلوبولین Gamma - Globuline ممکن است بیش از مادر
 باشد ولی تا سه ماهگی این مقدار بطور قابل ملاحظه ای سقوط میکند . و بعداً
 کم کم دوباره اورگانیزم خود بچه شروع بایجاد تعادل مینماید .

چنانچه کودک این دوران سخت را از سر بگذراند و خود را با شرایط

جدید زندگی وفق بدهد و حال عمری بهتری پیدا کرده و در نتیجه مقاومت بیشتری کسب نماید آنموقع است که باید او را عمل جراحی نمود .

بعقیده من آنستریولوژی مدرن خطرات جدی زمان عمل و پس از عمل را بحداقل رسانده و براحتی میتوان در ۸ - ۶ ماهگی کودکان را عمل نمود بعلاوه در اینموقع شرایط آناتومیك محل عمل بسیار خوب است .

حال که صحبت از شرایط آناتومیك شدید نیست قدری راجع باختلالات آناتومیکی و فونکسیون هریک از انواع بخصوص شکافهای لببالا توضیحاتی بدهیم .

شکاف لببالای زیر پوستی - زیر مخاطی یا بهتر لبشکری مخفی یا نهفته عبارت از پارگی و عدم چسبندگی عضله مدور لبهادر محل تیپیک شکاف لببالا میباشد در صورتیکه پوست و مخاط این ناحیه سالم و طبیعی بنظر میرسند پس لبشکری نهفته بصورت یک نوار عمودی گودرفته و بر روی لببالا دیده میشود این نوع لبشکری لطمه فوق العاده کمی بزبانی صورت وارد میآورد ولی درموقع حرکات لب و بخصوص درموقع تبسم و خنده بصورت بارزی آشکار میگردد .

لبشکری نهفته میتواند شامل فقط قسمت مخاطی لب و یا $\frac{1}{4}$ و یا $\frac{2}{4}$ و یا تمام لببالا باشد اختلالات فونکسیون در این نوع لبشکریها زیاد نیست بخصوص در نوع اول آن یعنی فقط لبشکری نهفته مخاط لب که این مسئله بحداقل میرسد .

لبشکریهای $\frac{1}{4}$ قسمت لببالا باعث جابجاشدن انساج ناحیه شکافته میشوند و وجودشکافی بصورت مثلث که قاعده آن بطرف لبپائین است لطمه زیادی بزبانی وارد میآورد فونکسیون لب زیاد لطمه نمی بیند زیرا در بالای شکاف عضله مدور کاملا سالم میباشد و عمل مکیدن معمولا خوبست در این

نوع لبشکری معمولاً بدشکلی‌های بینی دیده نمی‌شود و همچنین در قوس آلونلی هم ضایعه‌ای مشاهده نمی‌گردد.

لبشکریهای ۲/۳ قسمت لب بالا اختلالات زیادی در وضع آناتومیکی لب ایجاد میکنند شکاف لب بالا باعث نمایش قوس آلونلی و دندانهای این ناحیه میگردد. در این لبشکری بدشکلیهای بینی دیده میشود و گاه ناهنجاریهای قوس آلونلی هم با آن همراه است.

پره بینی طرف شکافته معمولاً مسطح و بطرف خارج خط وسط صورت کشیده شده است و همچنین یک کمی در مقام مقایسه با طرف سالم بطرف پائین متمایل است و پوست قاعده تیغه بینی بطرف سالم کشیده شده است.

غالباً در قوس آلونلی گودال عمیقی در محل شکاف وجود دارد این محل بین ثنایای طرفی و دندان نیش یا کائین میباشد.

ناهنجاری دندانی معمولاً شامل ثنایای طرفی بصورت شکل غیر طبیعی و محل قرار گرفتن آن میباشد.

در این نوع شکاف لبی بعمل مکیدن لطمه فراوانی وارد آمده است. لب شکری کامل لب بالا عبارت از عدم ارتباط تمام عناصر یعنی پوست، عضله، قرمزی و مخاط لب تا کف حفره بینی میباشد. با این نوع شکاف لب همیشه بدشکلی بینی توأم میباشد.

در اثر عدم تساوی کار حلقه عضله مدور لب قوس آلونلی و دندانها در ناحیه شکاف لب دچار ناهنجاریهایی میگرددند.

شکاف لب بالائیکه باشکاف قوس آلونلی همراه است از محل مشخصی که مخصوص اوست عبور کرده و به خط وسط گودال ثنایایی میرود و بدین ترتیب این شکاف لب و قوس آلونلی را بدو قسمت ناساوی تقسیم

میکنند. قسمت بزرگتر شامل قطعه خارجی و میانی لب و قوس آلوئالی گشته و قسمت کوچکتر شامل قسمت خارجی بقیه لب و قوس آلوئالی میگردد.

قسمت میانی لب متعایل بطرف بالا بوده و در نتیجه طول عمودی آن خیلی کوتاه میگردد. قوس آلوئالی ناهنجاری پیدا کرده و متعایل بطرف بالا است. قسمت میانی لب نسبت بقسمت طرفی یا خارجی خیای کم رشد نموده و در نتیجه دارای گردش خون بسیار ضعیفی میباشد.

در این نوع لب شکری قوس آلوئالی خیلی بد شکل میباشد زیرا قسمتی از قوس آلوئالی با استخوان جنب ثنایانی بطرف جلو آمده و بطرف بالا جابجا گردیده است و قسمت کوچکتر قوس آلوئالی بطرف حفره دهان و بالا جابجا گردیده است.

ناهنجاریهای استخوانهای فك بالا و فونکسیون غلط عضلات لب باعث بد شکلی شدید بینی میگردد. در این نوع لب شکری اختلالات بزرگی در رویش دندانهای شیری و دائمی رخ میدهد. غالباً اختلالات جفت گیری دندانها بصورت دهان باز یا *Bance Ineisively* و یا جفت گیری صلیبی شکل و یا عمیق و یا سایر انواع آن دیده میشود.

بد شکلی صورت خیلی زیاد است. اختلالات فراوانی در مکیدن پستان و تغذیه وجود دارد. اختلالات صوتی زیاد نیست. لب شکری لب بالا توام باشکاف قوس آلوئالی و کام شدیدترین نوع ناهنجاریها از این نوع ناهنجاریهای مادرزادی میباشد. اختلالات زیاد آناتومیکی قبل از هر چیز مربوط به ارتباط وسیع حفره دهان و حفره بینی میباشد.

در اثر این شکاف فك بالا بدو قسمت نامساوی تقسیم میشود.

قسمت بزرگتر شامل قسمت میانی و خارجی لب بالا و قوس آلوئالی با استخوانهای جنب ثنایانی و قسمت بیشتری از کام سخت میباشد. قسمت

کوچکتر شامل قسمت خارجی لب بالا و قوس آلوئلی و قسمت کمی از کام سخت میباشد.

قسمت بزرگتر فك شکافته بطرف جلو آمده و قوس آلوئلی با استخوان جنب ثنایائی بطرف بالا و خارج جابجا گردیده است.

قسمت کوچکتر فك بطرف عقب رفته و بطرف حفره دهان جابجا گردیده است. در این نوع لبشکری عدم قرینگی قوس آلوئلی و بدشکلی بینی خیالی هویدا است زیرا در این نوع ناهنجاری اختلالات رشدی قسمت میانی صورت بسیار زیاد است.

قابل تعجب است که در این نوع ناهنجاری اعمال مراکز رشد استخوانی طبیعی است و رل اصلی را در ایجاد بدشکلی فونکسیون غلط سیستم عضلانی بازی میکند. این حلقه عضلانی شکاف خورده شامل عضله مدور لبها، عضلات گونه ای و تنگ کننده حلق میباشد. عدم تساوی کار این عضلات باعث رشد نامساوی استخوانها و اختلالات صورتی، جمجمه ای میگردد.

این ناهنجاری علاوه بر اختلالات بالا ایجاد اختلالات فونکسیون در عمل مکیدن و بلع و جویدن و تنفس و تکلم میگردد.

اختلال در عمل مکیدن باعث عدم امکان ایجاد فشار منفی در دهان بواسطه وجود ارتباط وسیع این حفره با حفره بینی میباشد.

اشکال در عمل بلع باعث عدم انقباض عضلات لب و گونه و تنگ کننده حلق میباشد که مجموعاً يك حلقه عضلانی بسته را تشکیل میدهد و باعث همین اختلال مایع از دهان بداخل بینی وارد شده و بخارج میریزد.

اختلالات جویدنی باعث وجود اختلال در جفت گیری فکین و دندانها است اختلالات تنفسی مربوط بانسکه هوا از راه دهان واردترین میگردد. اختلالات تکلمی مربوط بعدم هماهنگی بین عمل عضلات تنفسی و صوتی و

مییک میباشد .

ارتباط دائم حفره دهان و حفره بینی یعنی دوخفره وزونانس صوتی با یکدیگر باعث اختلال در ادای بعضی از حروف صدا دار و بیصدا میگردد و گاه درجه اختلالات صوتی آنقدر زیاد است که بهیچوجه سخنان بیمار قابل فهم نیست .

شکاف ناقص دو طرفه لب ممکن است قرینه و یا غیر قرینه باشد ممکن است فقط شامل قرمزی لب یا $\frac{1}{3}$ یا $\frac{2}{3}$ لب باشد در این شکاف دو طرفه لب قسمت Prolabium یعنی قسمت میانی لب نسبت بدو طرف خارجی کوتاهتر است .

کناره تحتانی Prolabium بطور مشخصی مدور میباشد .

قرمزی Prolabium باریک و خیلی کمتر از دو قسمت طرفی مشخص میباشد در این نوع ناهنجاری بدشکلی بینی دیده نمیشود ولی بدشکلی صورت خیلی مشهود است .

لب شکری دو طرفه کامل توام باشکاف قوس آلونلی و کام بدشکلی خیلی زننده ای بصورت میدهد و همچنین اختلالات آناتومیکی و فونکسیون در این نوع ناهنجاریها فوق العاده مهم است .

درزهای شکاف لب و قوس آلونلی را بسته قسمت میکند . در ناحیه کام شکاف خیلی وسیعی حفره دهان را بحفره بینی مربوط میسازد . در خط وسط کام شکافته کناره تحتانی تیغه بینی دیده میشود و استخوان جنب ثنایائی فقط با این تیغه ارتباط دارد و کاملاً از استخوان قوس آلونلی جدا است .

محل و وضع قرار گرفتن استخوان جنب ثنایائی به نسبت قوس آلونلی ممکن است مختلف و متنوع باشد غالباً این استخوان جلوتر از استخوان

قوس آلوئلی قرار گرفته است و گاه این پیشرفتگی خیلی زیاد است. عرض این استخوان جنب ثنایائی معمولاً بیس از فاصله بین کناره‌های قوس آلوئلی است استخوان جنب ثنایائی در جلو از قسمت میانی لب شکافته یعنی Pro'abium پوشیده شده است. در صورتیکه این استخوان خیلی بجلو آمده باشد قسمت بالای Prolabium در مجاورت نوک بینی قرار داشته و یا بلافاصله بنوک بینی چسبیده است. در اینگونه موارد پوست تیغه میانی بینی فقط بطول ۲ - ۳ میلیمتر در پائین نوک بینی حفظ شده است و گاهی اوقات اصلاً همین مقدار کم پوست هم وجود ندارد.

حدود Prolabium نیم دایره است. نوار قرمزی لب معمولاً خیلی باریک است و اصولاً Prolabium نسبت بدو قسمت طرفی خیلی کوتاه تر است. Prolabium بی حرکت است زیرا رشته‌های عضله مدور لب‌ها باعث عدم فونکسیون طبیعی خود دچار آتروفی گردیده‌اند بزرگی Prolabium متنوع و مختلف است.

غالباً دیده می‌شود که Prolabium کاملاً قسمت قدامی استخوان جنب ثنایائی را نمی‌پوشاند و هر چه سن بالا برود و قسمت طرفی لب رشد طبیعی خود را مینماید در صورتیکه Prolabium رشد نمیکند و در نتیجه اختلاف بین آنها محسوس تر و در نتیجه زشتی صورت بیشتر میگردد.

بدشکلی بینی در این نوع ناهنجاری خیلی زیاد و دارای ماهیت خاصی است. نوک بینی پهن گردیده پره‌های بینی پهن و مسطح و بطرف پائین جابجا و کشیده شده است. ناهنجاریهای استخوانی باعث میشود که پره‌های بینی خیلی بیش از اندازه کشیده شده باشند. اختلالات فونکسیون این نوع ناهنجاریها خیلی زیاد و مربوط بماهیت اختلالات آناتومیکی میباشد. عمل مکیدن بلع، جویدن، تنفس فوق‌العاده لطمه مینند. اختلالات تکلمی بطور

خلرق العاده‌ای زیاد میباشد .

تصاویری که در بالا از اختلالات آناتومیکی و فونکسیون انواع شکافها دادیم بطور وضوح بما نشان میدهد که معالجه این ناهنجاریها فقط معالجه جراحی نیست وبعلاوه تمام انواع این ناهنجاریها را در يك جلسه نمیتوان عمل نمود بلکه بعضی از آنها احتیاج بعملهای مکرر جراحی دارند قبل از عمل جراحی این ناهنجاریها بایستی معالجه ارتودونتيك شوند و بهتر است در ۳ - ۴ هفتگی زندگی شروع وهدف این معالجات باید بردن استخوانهای جابجاشده فك بالا بمحل طبیعی خود باشد زیرا این مسئله باعث ایجاد شرایط مورو فولوژيك بهتر برای رشد دستگاه جوئنده و همچنین ایجاد شرایط اناتوميك بهتر برای عمل جراحی لب میباشد .

معالجات ارتودونتيك قبل از عمل جراحی این اهمیت را دارد که فاصله دوکناره شکاف لبی را کم نموده و در نتیجه انساج بهتر به یکدیگر رسیده و کمتر تحت فشار کششی قرار گرفته و پاره میشوند .

بنابر این نتیجه عمل در مقیاس وسیعی بستگی به نتیجه معالجه ارتودنسی

دارد بایستی خاطر نشان ساخت که عمل جراحی لبشکری را پس از رویش دندانهای ثنابای شیری انجام میدهیم . درآمدن دندانهای شیری در ناحیه قدامی شرایط طبیعی و بهتری برای جفتگیری فکین ایجاد میکنند و همین مسئله باعث میگردد که فکین بسرروی یکدیگر تأثیر نموده و از جلو آمدن بیش از اندازه فك پائین جلوگیری نموده و تا حدودی از اختلالات جفتگیری دندانها بکاهد بطور یقین ثابت گردیده است که دوختن عضله مدور لبها در ۶-۸ ماهگی باعث رشد لبها و انساج اطراف آن که با فونکسیون این عضله سروکار دارند گشته و ایجاد این حلقه عضلانی باعث فرم زیبایافتن قوس آلونلی بدشکل و ناهنجار میگردد .

در ۶-۸ ماهگی لب بهتر تکامل یافته و حدود قرمزی لب بهتر مشخص است و همین مسائل باعث میگردد که بهتر بتوانیم اندازه گیریهای لازم را نموده و خطوط برش را تعیین نمائیم و بهمین علت میتوان نتیجه بهتری از نظر زیبایی حاصل نمود. ولی باید دانست که بیش از هشت ماه نباید صبر نمود زیرا وجود شکاف لبی باعث عفونت راههای تنفسی و عدم فونکسیون عضله مدور باعث رشد غیر طبیعی قوس آلوئلی و عدم رشد کامل لب میگردد. بعلاوه دوران انتظار والدین و ناراحتیهای روحی آنان بیهوده زیاد می شود. اختلاف عقیده درباره مناسبترین سن برای عمل کام بین دانشمندان خیلی بیش از لبشکری میباشد.

عده معدودی از جراحان پیشنهاد مینمایند که شکاف کام در ۸ - ۴ ماهگی بایستی عمل نمود (Meissner , Champion)

عده بیشتری از مؤلفین معتقدند که ۲۴ - ۱۲ ماهگی مناسبترین سن برای عمل شکاف کام میباشد

(Soivio, Recamier, Falkowski, Berenderfer, Peet, Kossakowski Chitrow)

ولی اکثریت فریب باتفاق مؤلفین سنین سه تا هفت سالگی را زمان مناسبی میدانند. همچنین اشخاصی نظیر Limberg پیدا میشوند که بهترین سن را برای عمل ۱۲ - ۸ سالگی میدانند.

این اختلاف نظر فاحش برای آنستکه این عمل کاریست بسیار مشکل و مسائل مختلفی را بایستی در نظر گرفته و حل نمود.

همانطور که میدانید شکاف کام باعث اختلالات متعدد آناتومیکی و فونکسیونی میگردد ماهیت و شدت این اختلالات بستگی به نوع ناهنجاری دارد. در شکاف کام و لب و قوس فکی یکطرفه و دوطرفه از تمام انواع دیگر اختلالات بیشتر و فاحش تر است.

در شکاف کامل سخت و نرم تا سوراخ ثنابائی حفره دهان کاملاً با حفره بینی مربوط است ولی در این نوع ناهنجاری اختلالات فکی و جفت‌گیری دندانها دیده نمیشود زیرا لب بالا و قوس آلوئلی بطور طبیعی رشد نموده‌اند. در موارد شکاف کام کامل و یا شکاف لب و قوس آلوئلی و کام قسمت کام نرم شکافته کوتاه میگردد و معمولاً عضلات کام نرم باعث عدم فونکسیون طبیعی کم و بیش دچار آتروفی میگرددند.

شکاف کامل کام نرم بالنسبه غالباً با شکاف زیرمخاطی کام سخت همراه است. گاه شکاف ناقص کام نرم مانند شکاف کامل کام بیمار را دچار اختلالات صوتی شدیدی مینماید.

در موارد شکاف کامی و بخصوص انواع سخت آن که کودک دچار اختلالات آناتومیکی و فونکسیون گردیده خوشختانه طبیعت با ایجاد شرایط جدیدی از شدت اختلالات مکیدنی و بلعی، تنفسی و صوتی تا حدودی میکاهد و بچه را با شرایط موجود تطبیق میدهد.

در اینجا میتوان از مسائل زیر برای جبران اختلالات حاصله نام برد:

رشد زیاد تیغه‌های تحتانی بینی، فونکسیون زیاد و رشد نسبی زبان، رشد زیاد لوزتین، وجود انساج آدنوئید در قسمت خلفی بینی، گلوئی و بالاخره ایجاد عکس‌العملهای شرطی جدیدی باعث میگرددند که تکلم و بلع تا حدودی آسانتر گردند.

عکس‌العملهای ایجاد شده در کودک برای تکلم بهتر خیلی جالب و مشخص میباشد زیرا کودک معصوم ناهنجاری صورت خود را بخوبی درک میکند و برای تصحیح آن شروع بایجاد عکس‌العملی مینماید که عبارت از تنگ نمودن سوراخ بینی با کشیدن پره‌های بینی بطرف خط وسط و کشیدن لب بالا بطرف پائین برای آنکه بهتر سوراخ بینی را تنگ نماید.

اگر جراح کودک را در دو سالگی عمل نماید مسلماً شرایط تکلم بهتر خواهد شد ولی در عوض عمل جراحی کام در این سن باعث بدشکلی زیاد صورت و فک و ناهنجاریهای شدید جفت گیری میگردد .

در تمام این انواع ناهنجاریها اختلالات صوتی مهمی ظاهر میشود و بهمین دلیل نقش اصلی اعمال جراحی بایستی ایجاد بهترین شرایط آناتومیکی برای تکلم بهتر باشد بهمین دلیل عده ای از جراحان عقیده دارند در ۱۸ - ۱۲ ماهگی موقعیکه بچه شروع بحرف زدن میکند بایستی او را عمل نمود تا از اختلالات تکلمی که در نتیجه عادت تشدید میشود مصون بماند و از طرف دیگر معالجات صوتی در اینگونه اطفال خیلی زودتر و بهتر امکان پذیر است و همچنین از عوارض عفونی بینی و گلو و گوش میانی جلوگیری میشود .

یکبار دیگر خاطر نشان میسازم چنانچه قبل از عمل معالجات اورتودونتیک لازم بعمل نیاید پس از عمل جراحی ناهنجاریها و بدشکلیهای بصورت زیر ظهور خواهد کرد :

عدم رشد فک بالا در قسمت میانی ، تنگ و باریک شدن فک بالا ، پائین افتادن لب بالا و قاعده بینی و در نتیجه عدم رشد فک بالا یک جلو آمدگی کاذب فک پائین Pseudo - Progenia دیده میشود .

رل اصلی را در پیدایش این بدشکلیها سیکاتریسهاییکه در خط وسط پس از دوختن کلاه سخت و نرم پیدا میشوند بازی میکنند . همچنین ممکن است در اثر عمل لب کشش بیش از حد عضلات آن باعث فشار بر روی فک گردیده و مانع از رشد طبیعی آن گردد . و یا آنکه ممکن است در موقع عمل پریوست و مراکز رشد استخوان کام لطمه دیده و در نتیجه فک و کام رشد نکرده و کوچک باقی بمانند .

تجربه نشان میدهد که هر چه دیرتر کودک را عمل نمائیم بدشکلیهای

نامبرده کمتر خواهد بود. و آنهاییکه در کودکی عمل نشده‌اند دارای این بدشکلی نمی‌باشند.

برای جلوگیری از بدشکلیهای قسمت میانی صورت عده‌ای از جراحان کودکان را در سنین ۱۲ - ۸ سالگی عمل مینمایند ولی این را باید دانست که این کودکان دچار اختلالات تکلمی فراوانی می‌گردند که معالجه آنها سالها بطول خواهد کشید. برای جلوگیری از این اختلالات صوتی Limberg Jollays پیشنهاد مینمایند که Obturateur در همان روزهای اول تولد برای بچه تهیه شود تا حفره دهان از حفره بینی جدا گردد و مانع از اختلال عمل مکیدن، بلع گردیده و در عین حال شرایط بهتری را برای رشد سیستم صوتی ایجاد نماید. این کودکان را میتوان بدون واهمه از اختلالات صوتی در ۱۲ - ۸ سالگی عمل نمود.

بعقیده من بهیچوجه لازم نیست مدتی باین طولانی را صبر و تحمل نمایم و بهتر است کودکان را قبل از هفت سالگی یعنی قبل از دخول به مدرسه بایستی عمل نمود تا موقع شروع تحصیل و زندگی اجتماعی در بین سایر کودکان بیمار دارای شرایط صوتی بهتر بوده و از گزند تمسخر سایر کودکان در امان باشند.

وظیفه اورتودونتیست فقط معالجه کودک قبل از عمل نیست بلکه پس از عمل هم باید سالها با صبر و شکیبائی کودک را تحت نظر بگیرد. خوشبختانه جراحان فک و صورت برعکس جراحان عمومی از اهمیت این مسئله بخوبی آگاهند بیماران خود را در دست متخصصین ارتدسنسی مجرب و آگاهیکه از رشد و نمو جمجمه بخوبی مطلعند میسپارند.

معالجات صوتی راهم نیایستی از نظر دورداشت و بر حسب خواهش متخصص بیماریهای صوتی میتوان يك عمل Pharyngoplastia برای بهتر شدن صوت کودک انجام داد. شاید عده‌ای به مسئله صوت اهمیت ندهند ولی باید

دانست مسئله‌ایکه پیش از همه روح کودک را رنج میدهد مسئله صدای او و صحبت کردن با مردم است بنابراین هدف اصلی اعمال جراحی باید ایجاد شرایط بهتر برای تکلم باشد.

هرچه زودتر کودک را عمل نمائیم دوران معالجات صوتی کوتاهتر خواهد بود وبعلاوه ازپیدایش عکس‌العملهای شرطی برای ایجاد تکلم بهتر جلوگیری بعمل خواهد آمد ودرنتیجه صوت کودک وضع طبیعی‌تری خواهد داشت. بهمین علت امروزه عده‌ای ازجراحان قبل از دوسالگی کودک انرا عمل مینمایند.

اعمال جراحی شکافهای لب - قوس فکی - کام نرم و سخت

معالجه اینگونه نقصها با پیشرفت علم پزشکی جدید يك معالجه دسته‌جمعی گردیده‌است. از مدت‌ها پیش تصور میکردند فقط با بستن شکاف معالجه کامل و تمام شده‌است وهدف اساسی بدست آمده‌است ولی بعدها معلوم گردید که با بستن شکاف ما به‌هدف خود که معالجه بیمار باشد نمیتوانیم برسیم زیرا هدف اساسی آنستکه علاوه بر اصلاح صورت ظاهر بیمار کار اورگانهای مختلفه را تا سرحد طبیعی بآنها بازگردانیم.

بایستی بخاطر داشت که عضلات يك لب شکاف خورده رل بزرگی را در زیبایی يك صورت وایما، و اشارات آن و همچنین در تکلم و نگهداری غذا در دهان بازی میکند. شکاف قوس فکی ودرنتیجه غیر قرینگی قوس فکی و قوس دندانی باعث بدشکلی صورت واکلوزیون غلط بیمار میگردد.

شکاف کام باعث ارتباط حفره دهان با حفره بینی ودرنتیجه باعث اختلالی در بلع و خروج مایعات وغلظا از راه بینی ووجود ضایعات عفونی در

بینی و گوش داخلی میگردد وبعلاوه شکاف کام تاثیر کلی و اساسی در تکلم بیمار دارد .

اختلالات شنوایی از قبیل کسری به بعضی اصوات کار تصحیح تکلم اینگونه بیماران را بازهم مشکلتر میسازد زیرا تعلیم بعضی از اصوات بانها که اصلا آن اصوات را نمیشنوند کار بسیار دشوار و گاه غیر ممکن است .

بدشکلی صورت ، تکلم بد و تودماغی ، اشکال در جویدن غذا و بلع آن ضایعات عفونی گوش ، اختلالات دستگاه گوارش ، کسری و یا کم شنوایی قسمتی از ضایعاتی هستند که با این ناهنجاریها توأم میباشند و هیچ جای تعجب نیست که کودکی با اینهمه ضایعه دچار اختلالات روحی و عقده حقارت میگردد و عدم اعتماد بنفس پیدا میکند .

بنابر این پزشکی که اینگونه ناهنجاریها را معالجه میکند دارای مسئولیت وجدانی خاصی است زیرا او باید تمام این اختلالات را از میان بردارد و یا حداقل برساند و چون این مسئله از عهدہ يك پزشك ساخته نیست بنابراین باید از سایر پزشکان کمک بخواهد که قبلا در این باره مفصل سخن گفته ایم .

بنابر این ثابت گردید که عمل جراحی فقط قسمت کوچکی از این معالجه دسته جمعی میباشد که گاه این معالجه گروهی سالها طول میکشد . اکنون من میخواهم روشهای جراحی معالجه این ناهنجاریها را شرح بدهم .

از قدیم الایام این ناهنجاریها را بطریق جراحی معالجه میکردند مثلا Ambrosius-pare در کتابهای خود از معالجات جراحی این ناهنجاریها نام میبرد . من نمیخواهم در اینجا از تاریخچه این مسئله برای شما چیزی بگویم زیرا وقت اینکار را نداریم . ولی فکر میکنم بد نیست بعضی از مراحل رشد و تکامل اعمال جراحی این ناهنجاریها را یادآور شویم تا بهتر بتوانیم درباره متدهای نوین قضاوت نمائیم .

از خیلی قدیم اعمال جراحی مختلفی برای معالجه این ناهنجاریها انجام میشده است یکی از قدیمی ترین روشها آن بوده که برای معالجه لب شکری دو طرف لب را بریده و سوزنهایی از يك طرف شکاف بطرف دیگر عبور میداده اند به ترتیبی که دوسر سوزنها در دو طرف شکاف از روی پوست خارج باشند و نخهایی بشکل 8 بدور آنها پیچیده شده باشد و زخم ایجاد شده بدین ترتیب باهم تماس داشته باشند.

خونریزیهای شدید از زخم ایجاد شده در لب غالباً باعث مرگ کودکان میگردد بنابراین ب فکر وسیله جدیدی افتادند که مانع خونریزی باشد و آن عبارت از اسبابی بود که بر روی لب فشار وارد میآورد و مانع خونریزی البته در موقع عمل میشد ولی پس از عمل مجدداً خونریزی ثانوی شروع میشد و کودکان را هلاک میکرد. این اسباب بزودی از بین رفت. عده ای این اسبابها را برای ایجاد فشار برای دوروز بر روی لب کودک می گذاشتند ولی این مسئله باعث نرسیدن خون بلب و عدم تغذیه آن و تورم و در نتیجه عدم التیام زخم و پاره شدن بخیه ها میگردد.

پس از اینکه جراحان این نتایج بد عمل را دیدند سالها از عمل لب شکرها خودداری نمودند و آنها را بدست سر نوشت خود سپردند.

دوباره کم کم ب فکر متدهای جدیدی افتادند و آن عبارت از این بود که کناره های لب را بطور مستقیم ببرند بلکه برش بصورت مضرسی شکل باشد تا لب بهتر جوش بخورد یکی از این اعمال در سال ۱۸۴۴ بوسیله Mirault انجام گرفت.

در قرن نوزدهم عده زیادی از جراحان دست باعمال جراحی لب شکرها زدند و حتی آنها عمل ساده ای تصور میکردند.

در سال ۱۸۱۶ پزشکی بنام Tomorowisz در کتاب جراحی خود حتی مبحثی را باین اعمال تخصیص داد و از اینموقع جراحان دیگری روشهایی

بسیار متنوعی را پیشنهاد نمودند که شرح آن بی‌مورد است .
عمل شکاف کام هم تاریخچه‌ای دارد که از حوصله سخن ما خارج است.
در سال ۱۸۶۱ پزشکی‌بنام Langenbeck برای اولین بار با تهیه دو لامبوی کامی
و دوختن آنها بیکدیگر قدم اول علمی را در این راه برداشت .

Brophy در سال ۱۸۹۳ بکمک سیمهای فلزی دو استخوانها را بیکدیگر
نزدیک نموده و بعداً لامبوهای کامی را روی آن دوخت .

این اعمال سالها نتایج رضایت‌بخشی از لحاظ تجدید ساختمان
آناتومیک نداد در این سالها حتی از نتایج صوتی بحثی نمیکردند زیرا باین
مسئله اصلاً توجهی نداشتند و بعدها کم‌کم متوجه این مسئله اساسی گردیدند.
Veau در کتاب خود از کارهای عجیب و غریب بعضی از جراحان برای
معالجه این ناهنجاری یاد میکند که من یادآور می‌شوم .

۱ - بریدن انگشت اندکس دست چپ و استفاده از آن برای بستن
شکاف کام در دختری ۱۶ ساله که کار بسیار وحشتناکی است .

۲ - تهیه لامبوی پوستی در شانیه و عبور آن از سوراخی در گونه و بردن
آن بداخل دهان برای بستن شکاف کام که کار بسیار عجیبی است .

۳ - تهیه لامبوی پوستی بر روی شکم و عبور آن از سوراخی در کف
دهان و بردن آن بداخل دهان برای بستن شکاف کام که راه بسیار دور و
درزایست .

Veau این جراح بزرگ و نابغه و شرافتمند نام این جراحان را نمیدهد
و میگوید نمیخواهد نام آنها را بدنام سازد زیرا علاوه بر آنکه اعمال آنها
نتیجه‌ای نمیداده بلکه منجر به مرگ بیماران میگرددیده است .

خیلی جای شگفتی است که این اعمال جنایتکارانه پس از سال ۱۹۲۰
انجام گرفته‌اند یعنی در قرن بیستم و آنهم در کلینیکهای بزرگ جراحی که
معروفیت جهانی داشته‌اند .

این امثال را برای آن آوردیم که ملاحظه فرمائید چقدر نتایج اعمال کامی بد بوده است که جراحان بهر کاری دست میزده‌اند و بعلاوه اشخاصیکه تن باین اعمال میداده‌اند چقدر عقب‌مانده و بدبخت بوده‌اند که حاضر باین اعمال میشده‌اند.

Veau اولین جراح نابغه‌ای بود که پیشنهاد نمود باید از تحدید ساختمان عضلات اطراف لب استفاده نموده و بلب کار طبیعی بازگرداند.

Veau میگوید: «چه می‌گفتید از جراحی که در یک شکم باز فقط صفاق و پوست را بیکدیگر میدوخت. آخر لب هم مانند دیواره شکم فقط از مخاط و پوست تشکیل شده است بلکه قبل از همه چیز عضله دارد که رل اصلی را در حرکات لب بازی میکند. حرکات کام نرم هم مربوط به عضلات است و در شکاف کام نرم این عضلات بکنار رانده شده‌اند بنابراین اعمال جراحی لب و کام شکافته قبل از هر چیز دوختن این عضلات میباشد تا بکار طبیعی خود دست بزنند».

چقدر این حرفها امروز بنظر ما ساده و منطقی میرسد چقدر همین نظریه بر روی پیشرفت اعمال جراحی ناهنجاریها تاثیر عمیق گذارد. و امروز با هر روشی که بیمار را عمل نمائیم باین راهنمایی بزرگ جراح بزرگی مانند **Veau** باید توجه نمائیم که حقا پیشقراول علمی تمام جراحان پلاستیک ناهنجاریها میباشد.

بنابراین لازم میدانم قبلا تمام روشهای کلاسیک **Veau** را یادآور شوم زیرا هر عملی که بعد از او تصحیح و تکمیل شد پایه و اساس آن بر روی اعمالی بود که **Veau** پیشنهاد نمود.

این اصول باعث گردید که اعمال جراحی کام و لب شکافته جهش بزرگی بجلو نمود و بر پایه و اساس علمی بنیان‌گزاری گردید.

«اصول روش VEAU»

بطور خلاصه اصول علمی این روش را ذکر مینمایم:

۱ - اساسی‌ترین مسئله اعمال جراحی شکافهای مادرزادی لب و کام آنستکه بعضله طول اصلی و طبیعی آنرا داده و شکاف آنرا ازبین برداریم . بنابراین درمورد شکاف لب بایستی عضله مدور لبها را پیدا کرده و دو قسمت شکافته آنرا بیکدیگر دوخت و در شکاف کام بایستی عضلات کامی را آزاد و متحرک نموده و آنها را بطرف خط میانی کشیده و بیکدیگر دوخت .

۲ - دوختن عضله مدور لبها و ایجاد طول طبیعی آن بر روی قوس آلونلی جابجا شده تأثیر نموده و کم کم بر اثر فشار این عضله استخوان بمحل طبیعی خود بر میگردد و بدین ترتیب شکل قوس آلونلی تا حدودی تنظیم و در نتیجه شکاف قوس آلونلی یا بکلی ازبین میرود و یا خیلی کم میشود بنابراین روش قدیمی بریدن و برداشتن استخوان امروزه دیگر جانی در جراحی جدید ندارد زیرا بریدن استخوان *Vomer* برای راندن *Os. Intermaxillarae* بطرف عقب که در بیماران بیش از حد بجلو آمده است باعث بدشکلیهای استخوانی غیر قابل برگشت قاعده صورت و بعقب رفتن فك بالا و بیش از حد بجلو آمدن فك پائین و بدشکلی بینی و بخصوص زشتی نیمرخ صورت بیمار میگردد .

بعلاوه *Veau* میگوید که استخوان *Vomer* هیچگاه دوبار جوش نمیخورد و در محل استئوتومی ایجاد مفصل کاذب و حرکت مختصری را مینماید همچنین امروزه دیگر مانند سابق در شکافهای کام یکطرفه مقداری از

استخوان کام و قوس آلوئلی را برنمیدارند زیرا بدشکیهای بالارا باعث میگردد.

۳ - در روشهای قدیم فقط پوست و مخاط لب و یا کام را میدوختند و بعضله کاری نداشتند و محل بخیه زخمها غالباً پاره میشد ولی Veau پیشنهاد کرد که دوسر عضله شکافته را هم بهم بدوزند اولاً بخیه های زخم لب در اثر خندیدن ، صحبت کردن ، جیغ کشیدن بچه و یا غذا خوردن پاره نشود و یا بخیه های کام نرم که دائماً در حرکت است در اثر بلع پاره نشود . علت این مسئله آنستکه بعلت دوختن عضله دیگر فشاری بر روی پوست و یا مخاط وارد نمیاید . و تمام فشار بر روی عضله وارد میاید . بعلاوه در اثر دوختن عضله فونکسیون اصلی بعضله بازگشته و خود بخود مقداری از بدشکلیها را از بین میبرد .

۴ - فرضاً در اثر ندوختن عضله زخم هم جوش بخورد و التیام یابد و نتیجه عمل هم خیلی خوب باشد ولی باز مشاهده میگردد که صورت بیمار حالتی غیر طبیعی دارد . پس از آنکه مقداری تحقیق شد معلوم گردید که وجود این حالت در اثر حرکت نمودن لب بالا است و این مسئله مربوط بآنستکه عضله مدور لبها دوخته نشده و لب بالا نمیتواند حرکت طبیعی خود را داشته باشد . پس در اثر دوختن این عضله است که میتوان يك نتیجه زیبایی ایده آل هم بدست آورد . در شکاف کام اگر فقط مخاط را به یکدیگر بدوزیم اولاً زخم پاره میشود و اگر هم پاره نشود در اثر عدم فونکسیون عضلات کام نرم بیمار اصوات را بخوبی ادا نخواهد کرد زیرا کام نرم حرکات طبیعی خود را ندارد پس بنابراین عضلات کام نرم بایستی بیکدیگر دوخته شوند .

۵ - کلیه فشارهائیکه بصورت کشش بر روی لبه های زخم دوخته شده وارد میشوند باید بکلی از بین بروند و این پایه اساسی و اصولی هر عمل پلاستیکی است بنابراین در هر عمل لبشکری کلیه عضلات را بایستی آزاد

نمود و کلیه موانعی را که موجب کشش زخم میشوند از قبیل چسبندگی لته‌ها بایستی بریده و از میان برداشت تا زخم بخوبی جوش بخورد و التیام یابد . همچنین آزاد کردن کلیه عضلات کام نرم و مخاط کام سخت و مخاط بینی شرط اصلی نزدیک نمودن دو لامبو بیکدیگر و دوختن لبه‌های آن بیکدیگر بدون کشش میباشد و الا عمل با عدم موفقیت توأم خواهد بود .

۶ - در روشهای قدیمی بعلت آنکه تصور میکردند بافت محل عمل کم است برشهای متعددی اطراف بینی و حتی گونه میدادند تا دو طرف لب را بیکدیگر نزدیک نمایند در نتیجه بر روی صورت کودک مقداری سیکاتریس ایجاد می‌شد که با رشد بچه آنها هم بزرگ میشدند و این سیکاتریسها را بهیچوجه نمیشد از میان برداشت .

Veau میگوید در تمام ناهنجاریها حتی بدترین آنها باندازه کافی و حتی بیش از اندازه بافت برای عمل وجود دارد منتها این بافتها را بایستی بافت و متحرک نموده و از آن برای یک نتیجه بهتر استفاده نمود .

اگر تکنیک عمل خوب باشد میتوان از نسوج خیلی کم هم برای یک عمل خوب استفاده نمود . گاه حتی اگر برشها را صحیح و علمی بدهیم بافت زیادی هم خواهیم داشت که مجبوریم آنرا بریده و برداریم در صورتیکه قبل از عمل تصور میکردیم امکان دوختن دو لبه زخم بیکدیگر وجود ندارد زیرا بافت کمی داریم . پس اصول **Veau** را میتوان باین صورت خلاصه کنیم :

لبه هر شکافی را بایستی ریده و اقشار مختلفه آنرا از هم جدا نمود پس از متحرک نمودن انساج عضلات اطراف شکاف را بیکدیگر میدوزیم و بعداً بر روی آنها روپوشی از پوست و مخاط برای لب و روپوشی از مخاط کام و بینی برای شکاف کامی میدوزیم .

«انتقادی چند بروش VEAU»

شکی نیست که روش Veau دارای محاسن زیادی است ولی باید دانست چون اولین قدم علمی در راه معالجه ناهنجاریهای مادرزادی بود مسلماً خالی از عیب هم نیست.

بزرگترین حسن روش Veau آنستکه بما آموخت بر روی این مسئله بای الظاهر ساده بطور علمی و همه جانبه فکر و تحقیق و کار نمائیم. روش Veau بدون اغراق عصر جدیدی را در معالجه مدرن ناهنجاریهای لب و کام گشود با اصلاحی مسئله را بدوش عضلات و برگرداندن کار آنها گذاشت. سایر مسائلی که Veau پیشنهاد نمود گرچه در درجه دوم اهمیت قرار دارند ولی همانها هم به پیشرفت تکنیکهای جراحی کمک شایانی نمودند. امروزه در کلیه تکنیکهای جدید جراحی خطوط اصلی و اساسی پیشنهادی Veau بنحوی از انحاء رعایت میگردد.

در اعمال Veau در بعضی از مسائل بایستی امروزه تجدید نظر بعمل آید آن مسائل عبارتند از:

۱ - در عمل لبشکری آزاد نمودن وسیع عضلات از سایر اقشار برای بیدان نمودن کامل مقطع آن امروزه دیگر با اصول جدید جراحی زیبایی وفق نمیدهد زیرا هماتومها و خوردههای انساج له شده در مقطع لب باعث تشکیل سیکاتریس بدی لب و استعداد بیشتری برای ایجاد عفونت و در نتیجه پاره شدن بخیهها میگردد.

امروزه ما عضله را پس از بریدن کامل لب میدوزیم بدون آنکه آنرا از سایر انساج اطراف جدا نمائیم. مسلماً اینکار فواید بسیاری دارد و خیلی بیشتر بفیزيولوژی نزدیکتر است.

۲ - در روش Veau برش لب بستگی باراده جراح دارد و هیچ دستور خاصی برای آنکه کجا برش شود و کجا ختم گردد نداریم و حتی طول برش در هر مورد خاصی ذکر نگردیده است .

جراح با تجربه پس از صدها عمل وعدم موفقیت‌های زیاد خود بایستی این اندازه‌ها را بدست آورد ولی اینکار برای بیماران گران تمام میشود .

بنابراین متد Veau را نمیتوان در مدت کمی بتمام جراحان زیبایی آموخت این روش برای جراحان با استعداد و پرکار و دقیق خوبست که از کار خود وعدم موفقیت‌های خود تجربه آموخته و خود را اصلاح نمایند . اما بیمار از ما نتیجه خوب عمل را انتظار دارد و او نمیخواهد که صورتش مانند سابق زشت باشد او نمیخواهد بد تکلم نماید و مورد تمسخر اطرافیان خود قرار بگیرد .

بهین علل بود که بجای روش قدیمی که بر مبنای اندازه‌های بصری و ارادی جراح بنیان شده بود امروز روش‌هایی معمول است که در هر مورد اندازه‌های کاملاً دقیق را تعیین میکند و آمیال دلخواهی جراح در آن دخالت ندارد و از اینروست که این روش‌های جدید در دست هر جراح دقیق نتایج خوب و رضایت بخشی را میدهد و بعلاوه خیلی زود میتوان تمام این دقیق را بجراحان آموخت .

۳ - در عمل کام دوختن عضلات کام نرم بکمک سیم‌های نازک نتایج خوبی را میدهد و بعلاوه دوختن باسیم کار بسیار مشکلی است و عضلات را پاره میکند و همیشه نمیتوان سیم‌های مورد نظر را بدست آورد استاد بزرگ من پروفیسور بوخدا توپچوود که در سال ۱۹۵۴ پیشنهاد کرد سیم‌ها را بدور اندازیم و از نخ‌های کلفت ابریشم استفاده کنیم و امروزه در سراسر جهان بغیه کام نرم بنام بغیه بوخدا توپچوود معروفست .

متحرک نمودن کامل مخاط کام سخت همیشه امکان ندارد و گاه نمیتوان

دولامبوی کامی را بیکدیگر نزدیک نمود بنابراین سوراخی در کام باقی میماند بخصوص اغلب این سوراخ در مرز کام سخت و نرم ایجاد میشود.

امروزه دیگر باسیم کام را ندوخته و در عوض در برش دو طرف کام نزدیک فوس آلونلی مقداری تامپون گازی میگذارند تا لامبوها را بطرف خط میانی براند و از پارگی شدن آنها جلوگیری بعمل آید بنابراین ملاحظه میکنید اصول Veau رعایت میشود منها و سببه آن فرق کرده است.

روش منحرک نمودن عضلات هم امروزه تصحیح گردیده است. عضلات کام نرم به Hamulus pterygoideus یا قلاب برجلی آویزان است مانند آنکه لباسی را بچوب بر خنی آویزان نمائیم امروزه برای رها کردن عضلات این دو قلاب را میشکنند و در نتیجه عضلات کاملاً آزاد میشوند و میتوان آنها را حتی در خط میانی بیکدیگر دوخت و بعلاوه کام طولتر میگردد و در نتیجه تکلم بیمار بهتر میشود. باز ملاحظه میکنید اصل Veau یعنی آزاد کردن و دوختن عضلات کام رعایت شده منها روش کار تکمیل گردیده است.

بنابراین ما تمام شاگردان Veau هستیم و خود را مدیون او میدانیم.
و نام بزرگ او را همیشه گرامی و عزیز خواهیم داشت.

روشهای جدید اعمال جراحی لب شکریه

امروزه روشهای جدید متعددی برای جراحی ناهنجاریهای مادرزادی وجود دارد که ما از نام بردن آنها خودداری میکنیم. من فقط دو باره متذکر Le manoir که خود آنرا میبینم و به این روش بیماران را عمل میکنم صحبت مینمایم.

Le manoir جراح پلاستیک بیمارستان اطفال دوشور تورنتو Toronto در کشور کانادا میباشد خاتم پروفسور Panchow جراح پلاستیک استونی

کودکان دانشگاه ورشو در سفر خود به تورنتو این روش را از *Le mesurier* آموخت و من افتخار آنرا داشتم که مدتی در بخش خانم پروفیسور کار کرده و جراحی ناهنجاریها را از ایشان بیاموزم بخصوص جراحی لبشکریها که مورد نظر و توجه خاص خانم پروفیسور بود و ایشان بر روش *Le mesurier* همیشه کار میکردند.

روش *Le mesurier* عبارت از تصحیح و تکمیل کردن روشهای قبلی *Mirault* و *Blair* میباشد.

این روش را جزء دست و روشهای اندازه‌های میدانند زیرا این عمل جراحی بر مبنای اندازه‌های طولی و زاویه‌ای بین برشهای متعدد پوستی و نقاط مختلفه توپوگرافیک مانند خط میانی صورت، مرز قرمزی لب و یا عمق قرمزی لب و یا عرض سوراخ بینی و غیره قرار گرفته است.

با آنکه اختلافات بین موارد مختلفه ناهنجاریهای مادرزادی خیلی زیاد است با این روش و اندازه‌گیریهای آن همیشه میتوانیم طول خط برش و زاویه‌های آنها را با یکدیگر برای هر مورد خاص پیدا نمائیم.

بنابراین روش *Le mesurier* نه تنها کار عمل جراحی هر مورد خاصی را خیلی آسان میکند بلکه همچنین با کمک این روش زودتر میتوان عمل لب شکری را بجراحان دیگر آموخت.

در بین اصول کلاسیک روش *Veau* این جراح بیشتر باین هدف توجه میکند که در عمل جراحی پلاستیک لب بایستی هر چه بیشتر و باندازه کافی لب را از کف آن جدا نموده و متحرک نمود و بعلاوه عضلات را آزاد نموده و آنها را بیکدیگر دوخت.

بعلاوه *Veau* اصول برش بر روی پوست و بر روی مخاط را تعیین نمود ولی دقیقاً طول این برشها و وسعت متحرک و آزاد نمودن انساج را تعیین ننمود زیرا عقیده داشت که در هر مورد خاصی بایستی تصمیم انفرادی برای آن

مورد گرفت. بنابراین جراح میبایستی برای هر بیماری بنا بر تغییرات موجوده تصمیم معینی را گرفته و بموقع اجرا دریاورد و از اینجا بخوبی میتوان فهمید که فقط عده معدودی از جراحان مجرب که در این رشته دارای تجربیات فراوانی بودند میتوانند از عهده این اعمال برآمده و مشکلات فراوان این اعمال را بر حسب تجربیات اکتسابی خود حل نمایند ولی خوشبختانه در روش *Lemosurier* اندازه گیریهای کاملاً دقیقی میتوانیم نتایج خوبی را بسهولت برای بیماران خود کسب نماییم.

البته در این روش هم در موارد معینی جراح باید بر حسب وضع خاصی که وجود دارد اندازه طولها و زاویه‌ها را بر حسب میل خود کم و یا زیاد کند. اعمال جراحی ناهنجاریهای مادرزادی مسئولیت بزرگی را بر دوش جراح میگذارند زیرا نتیجه این اعمال مستقیماً بر روی سرنوشت بیمار و خوشبختی و بدبختی او تاثیر میگذارد.

هیچ عمل مجددی برای ترمیم نواقص عمل اول نتیجه خوب زیبایی را نمیدهد بنابراین بیمار باید در حله اول بدست جراح مجرب سپرده شود. این اعمال هیچگاه فوری و فونی نیستند بنابراین بایستی آنها را همیشه نزد متخصصین فرستاد زیرا وقت لازم برای این کار موجود است.

بنابراین اعمال جراحی زیبایی صورت نبایستی بوسیله هر جراحی عملی گردد زیرا اینکار به بیمار صدمه میرساند و بعلاوه مخالف با اصول وجدان پزشکی است.

تکنیک روش LE MESURIER

باید دانست که این روش تاکنون چندین بار تصحیح و تکمیل گردیده است و اندازه‌های برشها و محل آنها را بر روی لب میتوان بوسیله پرگار

دقیقاً تعیین نمود و قبلاً بایستی با فرو بردن سوزنی آغشته به بلودومتیلن بر روی پوست لب نقاط معینی را بر روی لب تعیین نمود و بدین طریق بطور دقیق خطوط برش و زاویه‌های آنها با یکدیگر مشخص می‌گردد و در دو طرف لب شکافته در قسمت میانی و خارجی آن مقطع برشها به ترتیبی بدست می‌آید که کاملاً اندازه‌های آن با یکدیگر در دو طرف لب مساوی بوده و در موقع دوختن بر یکدیگر منطبق می‌گردند.

در بخش خانم پرفسور Paradowska این اندازه‌گیریها قدری تصحیح شده و برای شروع اندازه‌گیریها از خط میانی صورت استفاده میشود در مقایسه با روش Veau در روش Le Mesurier و مکملات آن انساج زیر پوستی را از عضله مدور لب جدا می‌سازند و علت آن اینستکه در فضای خالی حاصله بین انساج زیر پوستی و عضله هماتوم و یا ترشحات دیگری جمع نشده و چرکی نگردند. این عضله با کناره‌های پوست دقیقاً در دو طرف یکدیگر دوخته میشوند بعلاوه همانطور که گفتیم عضله را باسیم بیکدیگر نمیدوزند کاریکه بوسیله Veau انجام میگرفت.

قاعده سوراخ بینی را در این روش عیناً مانند روش Veau عمل مینمایند فقط تازگی در روش Le Mesurier آنستکه غضروف تیغه بینی را وسیعاً و دقیقاً از مخاط و پوستی که آنرا پوشانده جدا می‌سازند و این کار بما اجازه میدهد که بكمك يك ليگاتور غضروف را بطرف بالا کشیده و به آن شکل گرد زیبایی را بدهیم.

در اوایل کار بر روش Le Mesurier لبشکریهای دو طرفه را در يك جلسه عمل مینمودند ولی اکنون عده‌ای از جراحان با اصول Veau برگشته‌اند یعنی اول یکطرفه را و پس از مدتی طرف مقابل را عمل مینمایند.

اکنون من طریقه عملی را که در انستیتوی کودکان ورشو آموخته‌ام و قدری روش Le Mesurier را تصحیح نموده‌است برای شما شرح میدهم.

کودک را به پشت بر روی تخت میخوابانیم سر کودک بر روی زانو جراح نکیه میکند تا جراح بتواند با حرکات زانو خود بهتر تریبی و بهر طرفی که راحت باشد سر کودک را بچرخاند.

در عمل جراحی لبشکری یک طرفه با خط Xy خط میانی صورت را تعیین مینمائیم این خط از قله قسمت میانی نوک بینی و همچنین قرمزی وسط لب در بالای نشایهای میانی عبور میکند. این نقطه در شکل‌های مان نامگذاری شده است و همیشه در پایین‌ترین نقطه مرز بالائی قرمزی لب بالا و پوست قرار گرفته است.

این نقطه از طرف مخاط دهلیز دهان با $Frenulum$ لب تطبیق میکند و از بین درز دو نشای وسطی بالا بصورت پرده‌ای از مخاط عبور میکند. و اگر لب را بطرف بالا بکشیم این چین یا فرن بخوبی دیده میشود. سپس بالاترین نقطه را بر روی مرز قرمزی لب و پوست در طرف سالم لب کودک پیدا کرده و آنرا A نامگذاری میکنیم و با پرگار خط OA را اندازه گرفته و این اندازه را بطرف شکافته لب بر روی مرز قرمزی لب و پوست از نقطه O برده و نقطه A' را بدست میاوریم بنابراین $OA = oa'$ حال اگر چنانچه هر دو سوراخ بینی مساوی بوده و بدشکلی ندارند در قاعده سوراخ بینی بطرف شکافته نقطه B را تعیین مینمائیم چنانچه سوراخ بینی طرف شکافته از طرف سالم بزرگتر و عریض‌تر باشد دو نقطه B ، B' را طوری تعیین مینمائیم که پس از دوختن قطر هر دو سوراخ بینی مساوی در آیند.

اینکارها را بدون کمک پرگار با چشم میتوان انجام داد ولی جراح بایستی خیلی با تجربه باشد برای پیدا کردن نقاط B ، B' میتوان دور سوراخ بینی طرف سالم را اندازه گرفت و بعداً این اندازه را بطرف شکافته منتقل نموده و قسمت زیادی را از آن کم نمود تا دقیقاً اندازه هر دو سوراخ بینی یکی در بیاید. سپس

باخطی نقاط B, A' را بیکدیگر وصل میکنیم .

برروی خط میانی صورت XY نقطه C را درمحل دلخواهی تعیین مینمائیم میتوان این نقطه را کم و بیش در $\frac{1}{4}$ تحتانی فاصله بین قله نوک بینی و مرز قرمزی لب تعیین نمود .

بنابراین خط $BA'C$ خط برش لب در طرف میانی شکافته خواهد بود در طرف خارجی از نقطه B و یا B' قوس $X'Y'$ را با شعاع BA' رسم میکنیم (درنوع لبهای شکافته شکل ۱ و ۲) و یا $B'g$ (درنوع لبهای شکافته شکل ۳) محل تلاقی قوس $X'Y'$ را با مرز فوقانی قرمزی لب بالا نقطه D نامگذاری میکنیم. از نقطه D برروی قوس $X'Y'$ قسمتی را مساوی با خط AC جدا میسازیم و نقطه انتهائی آنرا B نامگذاری میکنیم و نقطه B' و یا B را بنقطه E با خط مستقیمی وصل میکنیم برروی این خط نقطه F را طوری پیدا میکنیم که $FE=DE$ باشد. از نقطه F خطی بنقطه G وصل میکنیم. بنابراین خط BFE , FG و همچنین خطوط $B'FE$, FG خطوط برش لب در این طرف خواهد بود. تمام این اندازه‌ها را بایستی بر روی لبی که آزاد است و نه بحالت کشیده اندازه گیری و تعیین نمود تا خطوط برش بایکدیگر تطبیق نماید.

بر روش شکلها بنظر میرسد که بعضی از آنها مساوی نیستند مانند DE ولی اینکار عمداً انجام گرفته است زیرا لب در قسمت داخلی شکاف بیشتر منقبض و در طرف داخلی بیشتر آزاد است و پس از برش این اندازه‌ها مساوی در خواهند آمد.

متحرك نمودن لب : قبل از برش لب بایستی هر دو طرف آنرا متحرك و آزاد نمود برای اینکار لب را باید بخارج برگردانده و کاملاً کشید و سپس مخاطی را که از بالای لثه بدهلیز دهان چسبیده است برید و لب را آزاد نمود این برش را در هر دو طرف تا دندانهای آسیا و هر جائیکه چسبندگی وجود

دارد ادامه می‌دهیم و سپس با کمک يك الواتور اگر لازم باشد پوست را از قاعده آن تا کناره تحتانی کاسه چشم کاملاً آزاد می‌سازیم .

غضروف بینی را همانطور که قبلاً گفتیم اگر چنانچه بدشکلی داشته باشد از پوست و مخاط آزاد می‌سازیم . پس از آنکه با اندازه کافی پوست هر دو قسمت لب را متحرک نمودیم آنها را بيك اندازه بطرف پائین کشیده و بر حسب اندازه‌هایی که قبلاً گرفته‌ایم $B A' C$, BFE , FG و یا خطوط B , FE , $B A' C$ و همچنین FG را برش می‌دهیم .

برش بایستی ابتدا بالبه چاقوی تیز و خیلی ظریفی بر روی پوست انجام شود از نوک چاقو بایستی استفاده نمود . پس از آنکه پوست را برش دادیم بانوک چاقو بطور عمودی در طول برش پوستی تمام لب را در ضخامت با مخاط آن می‌بریم . سپس دو لیگاتور برای تعیین موقعیت بمرز قرمزی لب می‌زنیم پس از بردن لب مقاطعی نظیر شکل (ع) بدست می‌آید . بعداً این دو لیگاتور را بطرف پائین کشیده و دولبه سوراخ بینی را که در شکل بنام M , N نامگذاری شده است می‌بریم .

سپس انساج زیر پوستی و عضلانی را می‌دوزیم ابتدا نوک زاویه‌ها را بیکدیگر و سپس کناره‌های آنرا می‌دوزیم .

نقطه B به B' و نقطه A به E و همچنین F را به T می‌دوزیم پس از آنکه خیلی دقیق قرمزی دو قسمت لب را کاملاً باهم تطبیق دادیم بخیه‌های نزدیک بهم در تمام طول زخم و فقط برای پدرم می‌زنیم .

پس از آنکه خوب لب را از خارج دوختیم لب را از طرف مخاط می‌دوزیم بایستی لیگاتوری را که غضروف بدشکل بینی را تصحیح می‌نماید فراموش نمود این لیگاتور از تمام ضخامت خارجی غضروف و پوست بینی عبور نموده و آنرا بر روی يك گلوله گازی روی پره بینی گره می‌زنیم . زخم پس از عمل را

نبایستی پانسمان نمود بلکه روزی چندبار بایستی بر روی آن الکل و یا محلول ۲٪ الکل مرکوری با قطره چکان چکاند.

عمل جراحی لبشکری دوطرفه

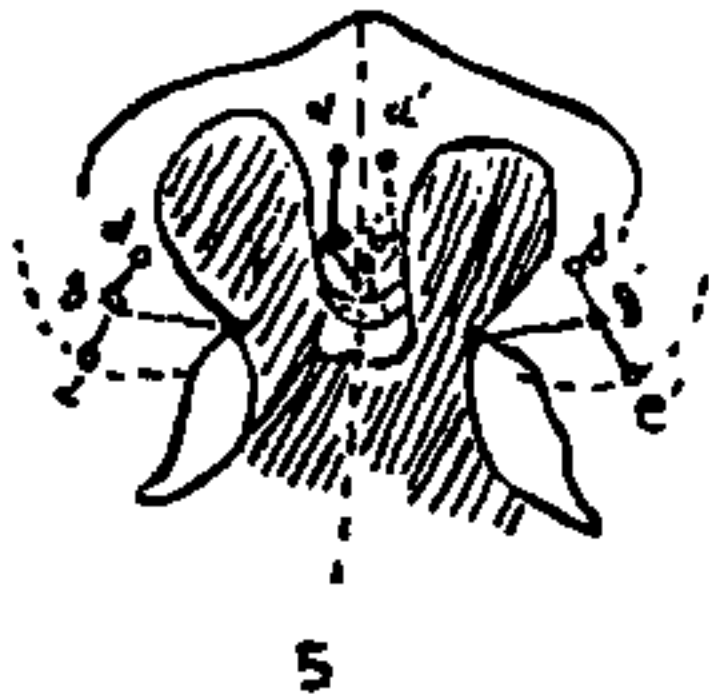
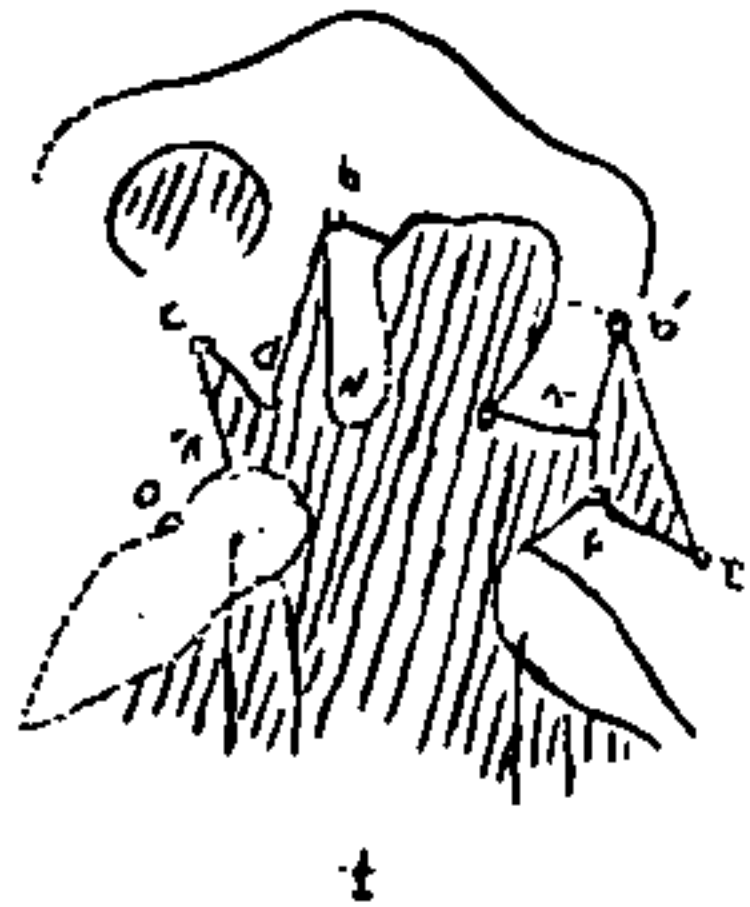
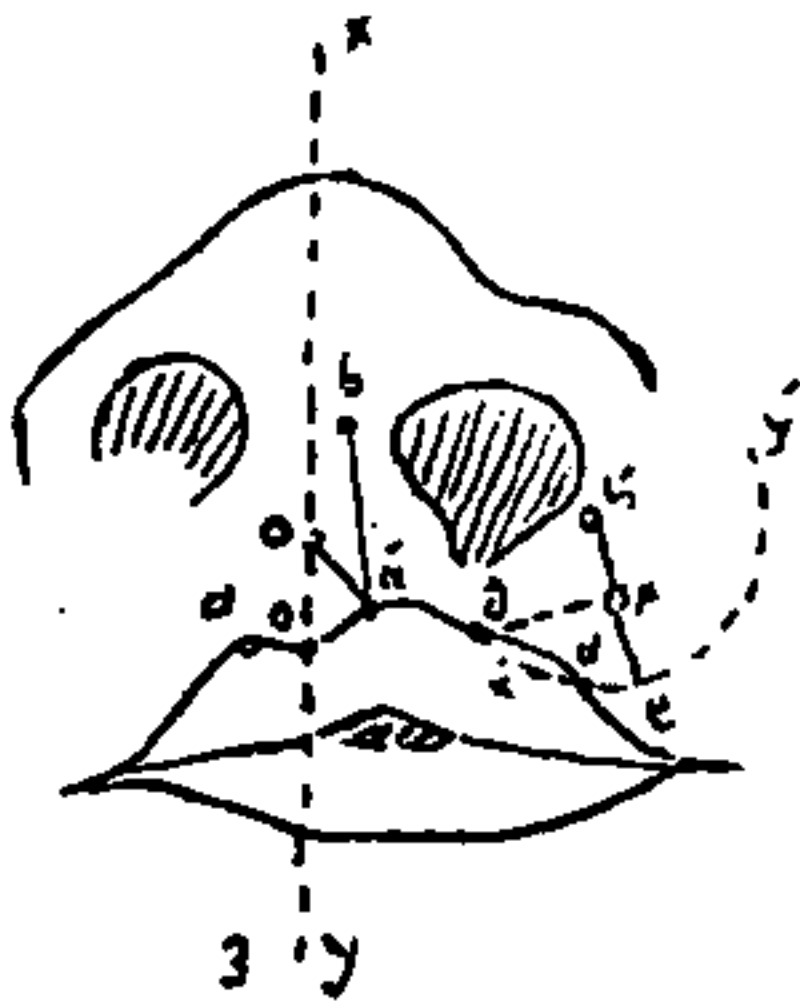
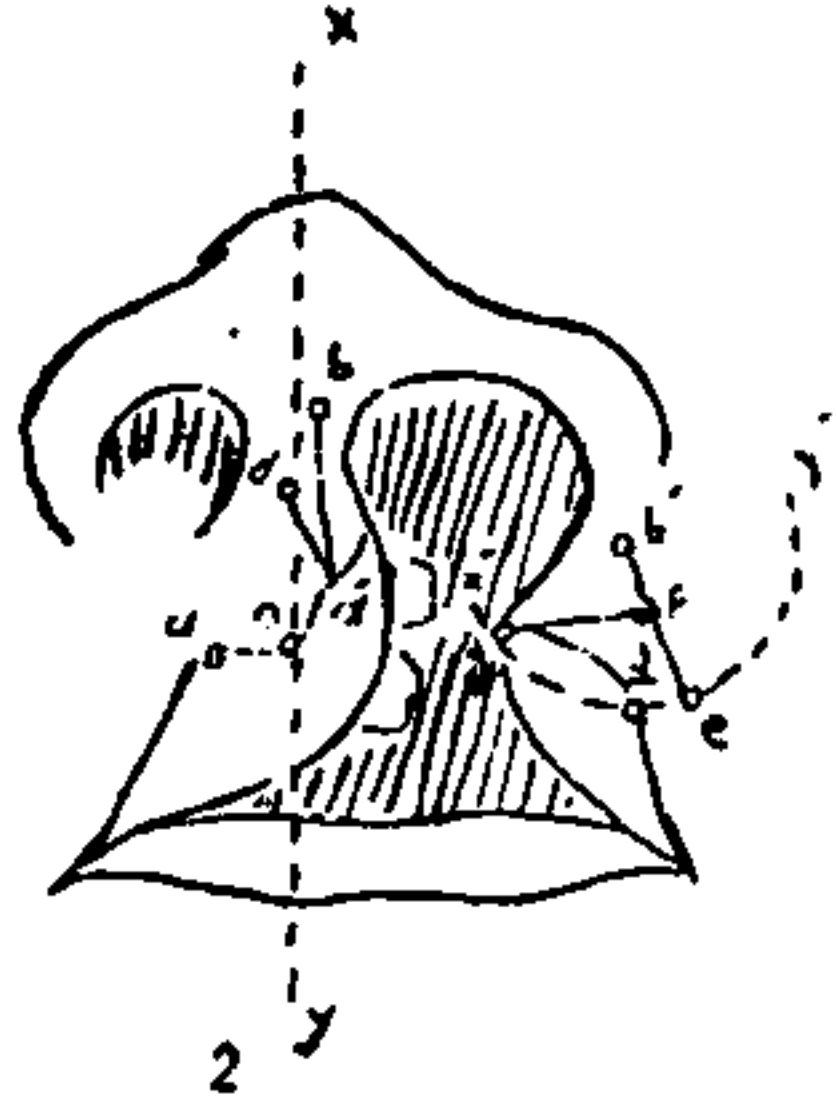
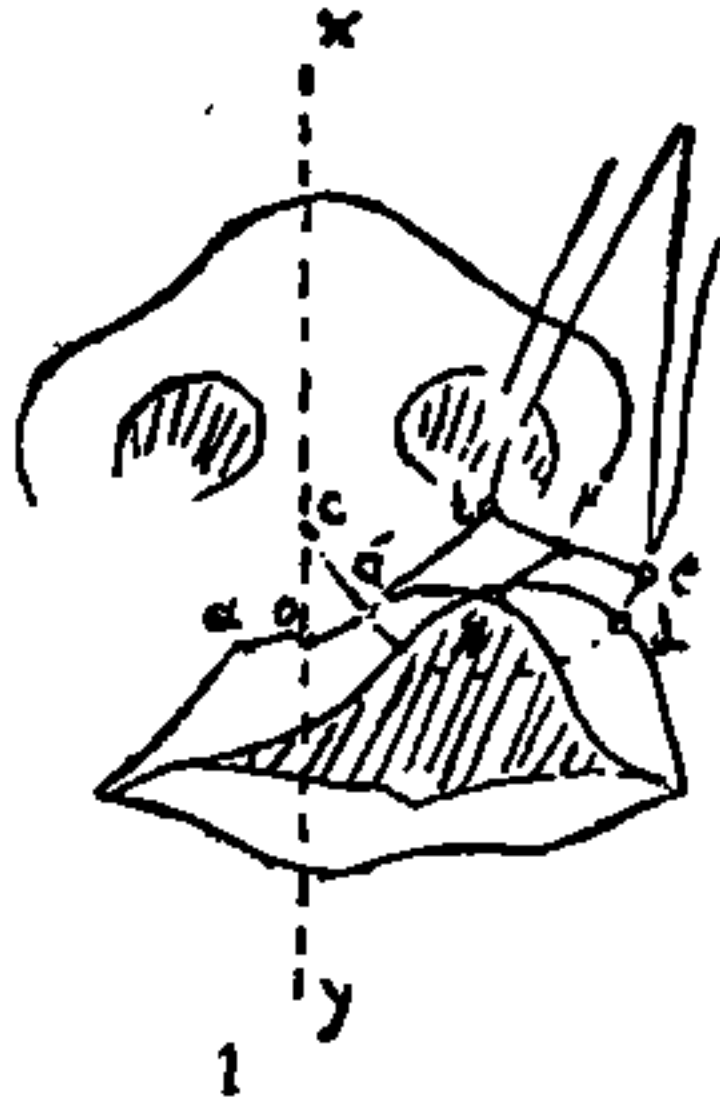
اصول اندازه گیریها در اعمال جراحی لبشکریهای دوطرفه چه با سایر ناهنجاریها توأم باشند و چه نباشند یکی است. بعلاوه این اندازه گیریها در لبشکریهای دوطرفه قرینه و یا غیر قرینه هم شبیه یکدیگرند.

بنابراین در اینجا ما از عمل جراحی شکاف کامل دوطرفه لب بالا که قرینه هستند بحث خواهیم کرد.

برای شروع اندازه گیری اول خط میانی صورت XY را پیدا میکنیم این خط از قله نوب بینی و وسط قمری لب بالا عبور میکند. البته یک خط میانی در لبشکریهای قرینه درست از خط وسط میانی صورت و بدن عبور میکند و در لبشکریهای غیر قرینه قدری نسبت به خط میانی بدن منحرف است.

دو نقطه داخلی سوراخ بینی را A, A' و دو نقطه خارجی سوراخ بینی را D, D' نامگذاری می نمائیم این نقاط سوراخ بینی را در لبشکریهای دو طرفه قرینه بطور دلخواه تعیین می نمائیم. ولی همیشه باید فاصله آن از خط میانی بدن مساوی و همیشه نسبت باین خط عمود باشند. هر چه این نقاط را بالاتر دوطرفه غیر قرینه این نقاط را طوری انتخاب می نمائیم که قطر دو سوراخ بینی مساوی در بیایند.

نقاط B, B' را همچنین بطور دلخواه تعیین می نمائیم ولی همیشه فاصله آنها از خط وسط بدن بایستی مساوی باشد و هر چه ممکن است این نقطه باید بقمری لب نزدیک و بر روی پوست باشد.



نقطه A را به A' ، B را به B' و بعد A B' ، B' را به نقطه O که در وسط قمرزی لب بر روی خط XY قرار دارد وصل میکنیم .

بنابراین خط برش ما در قسمت میانی لب خط A' B O B' خواهد بود در قسمت خارجی لب از نقاط خارجی سوراخ بینی D ، D' قوسی را بشعاع AB در طرف راست و A' B' در طرف چپ صورت رسم میکنیم بر روی این قوس E ، E' را بطور دلخواه تعیین مینمائیم ولی همیشه بایستی فاصله این دو نقطه از خط وسط XY کاملاً مساوی باشد .

این نقاط را تقریباً در $\frac{1}{4}$ فاصله بین قمرزی لب و پره بینی تعیین میکنیم بهتر است قدری نزدیکتر بقمرزی لب باشد .

بعد نقطه E را به D در طرف راست و E' را به D' در طرف چپ وصل میکنیم بعد بر روی تقریباً وسط این دو خط نقاط G ، G' را علامت گذاری میکنیم و سپس از نقاط G ، G' خطوط مستقیمی به مرز قمرزی لب وصل میکنیم بنام F ، F' بنابراین خطوط DGE ، GF و همچنین خطوط D'E'G' ، G'F' خطوط قسمت خارجی لب خواهند بود .

در ناحیه میانی لب آن قسمت از پوست و قمرزی لب را که در خارج از خط برش قرار گرفته میبریم و بر میداریم ولی بر عکس در نواحی خارجی علی الاصول هیچ قطعه ای را از ناحیه پوستی بر نمیداریم سپس نقاط AD ، A'C' و نقاط EB ، E' B' و نقاط G ، G' و نیز کناره های قمرزی لب را مانند عمل قبلی بیکدیگر میدوزیم البته قبلاً بایستی پوست لب را از کف سوراخ بینی و پره بینی مانند عمل قبل جدا نمود .

البته در شکافهای کامل بایستی پلاستیک در طرفه کف بینی را انجام داد باید خاطر نشان ساخت که مخصوصاً در لب شکر یهای کامل دو طرفه غیر قرینه در خیلی از مواقع عمل بایستی از بعضی از اندازه گیریها صرف نظر نمود زیرا

شکل -۵۶-



لبشکری دوطرفه ، قبل از عمل

شکل - ۵۷ -



همان بیمار پس از عمل

ممکن است لازم باشد قدری قسمتی را بلندتر یا کوتاهتر بنمائیم و یا زوایای بین بعضی از برشها را کم و یا زیاد بنمائیم .

البته این مسائل بستگی به تجربه زیاد جراح دارد و نمیتوان جزء بجزء آنرا در اینجا شرح داد .

اصولا بایستی دانست که شرح تکنیک هر عملی فقط برای جهات یساری است و الا هیچگاه کتاب با اطاق عمل صد درصد مطابقت ندارد زیرا کتاب چیزی است مرده و در اطاق عمل بایستی بر روی انسان زنده عمل نمود بنابراین هیچگاه نبایستی دست بعملی از روی نوشته های یک کتاب زد بلکه بایستی عمل جراحی را قبلا در اطاق عمل و تحت نظر استادان مجرب آموخت و بارها تحت نظر استادان عمل تجربه شخصی را کسب نمود و ریزه کاریهای آنرا آموخت و استقلال کافی و اعتماد بنفس را بدست آورد و سپس مستقلا و به تنهایی دست بآن عمل زد .

جراحی شکافهای کام URANOPLASTIA

هدف از عمل جراحی شکاف کام بستن شکاف موجود در کام میباشد تا حفره دهان از خفر بینی مجزا گردد و کام نرم دارای شکل طبیعی آناتومیکی خود گردد زیرا این مسئله بفونکسیون طبیعی حلقه گلوئی کمک میکند . نتیجه عمل زمانی خوبست که شکاف کاملا بسته و کام نرم باندازه کافی بلند و متحرك باشد تا در موقع تکلم بتواند کاملا بقسمت خلفی گلو نزدیک شده و ایجاد صوت بهتری را بنماید .

بایستی خاطر نشان ساخت که در کلیه مواردیکه پس از عمل جراحی کام نرم کوتاه و کمی متحرك باشد باشد معالجات صوتی کمکی برای بهتر نمودن صوت بنمایند ولی هیچگاه صوت بیمار بصورت طبیعی خود

در نخواهد آمد و بهمین دلیل است که متخصصین صوت پس از ماهها معالجه صوتی و عدم موفقیت مجدداً بیمار را برای عملی مجدد نزد جراح میفرستند هدف این عمل Pharyngoplastia آنستکه کام نرم را بدیواره خلفی گلو نزدیک کرده و شرایط بهتری برای ایجاد صوت بهتر فراهم سازیم . یکی از مشکلات اساسی جراحان در جراحیهای کام آن بود که پس از عمل لامبوها در تحت فشار کششی زیادی از دو طرف قرار میگرفتند و بخیهها پاره میگرددند و در نتیجه هدف اصلی عمل یعنی جدا کردن حفره دهان از حفره بینی عمای نمیگردید .

برای حل این مشکل بزرگ جراحان راههای مختلفی را تجربه نمودند تا آنکه Veau با تحقیقات علمی خود باین مسئله هم سروسامانی بخشید . چندبار گفتهام باز هم تکرار میکنیم که جراحی کام یکی از مشکلترین اعمال جراحی است و بهمین دلیل جراحان زیاد رغبتی باین عمل نشان نمیدهند . یکی دیگر از علل عدم موفقیت وجود فلور باکتری دهان و بینی است که امروز با وجود آنتی بیوتیکها تا حدودی این مسئله حل شده است .

انستزی مدرن یکی دیگر از مشکلات بزرگ جراحان کام را حل نموده است من در اینجا تمام روشهای جراحی کام را برای شما شرح نمیدهم زیرا تعداد آنها از دهها و دهها میگردد فقط روشی را که خودم پسندیدهام و بآن روش عمل مینمائیم برای شما شرح میدهم .

این روش را از پروفیسور بوخدانویچ آموختم و در اینجا لازمست از کمکهای خانم دکتر Rydosz و آقای دکتر Kraus نسبت بخود قدردانی نمایم . این روش بچند نام معروف است اصول آن موافق با اصول پیشنهادی Veau میباشد ولی در آن Kilner , Wardill تصحیحاتی انجام داده اند بنابراین بروش Wardill Veau و یا روش M , W معروف است زیرا برشهای آن بشکل W , M میباشد در حقیقت باین روش باید نام بوخدانویچ را هم افزود

زیرا دولیگاتور عضلانی کام نرم با نخ ابریشم ضخیم بوسیله او پیشنهاد و گزارش گردید که خود قدم بزرگی در راه پیشرفت جراحی کام بود. **Veau** پیشنهاد میکرد که این لیگاتورهارا با سیم نازک انجام دهند که غالباً باعث پاره شدن کام و عدم موفقیت میگردد.

تکنیک عمل جراحی شکاف کام باروش M. W

عمل جراحی را با برش کناره های شکاف شروع میکنیم انجام این برش بسیار کارمشکلی است بادیست راست از خط وسط تا نوک زبان کوچک طرف چپ و بادیست چپ از خط وسط تا نوک زبان کوچک طرف راست را برش میدهیم. در طول کام سخت برش باید موازی با استخوان کام شکافته باشد. برش بایستی بایک حرکت و با چاقوئی فوق العاده تیز انجام پذیرد از مضرس نمودن لبه های کام باید جدا خودداری نمود.

برای آنکه برش بر روی کام نرم میسر گردد باید نوک زبان کوچک را بانخ ابریشم ضخیمی مهار نموده بطرف جلو و بالا کشید تا کاملا کام نرم کشیده و...

برش مخاطی - پریوستی دو طرف را در فاصله ۴ - ۳ میلیمتری کناره لبه روی قوس آلوئلی تا دندان کانین میدهیم سپس از نقطه وسط شکاف واقع در خط وسط دو برش مورب داده و آنرا باین برش طرفی وصل مینمائیم بدین ترتیب دو حرف M, W با خطوط پیدا میشود. در نتیجه این برشها سه لامبو بدست میاید که باید آنها را از استخوان کام جدا نمود.

جدانمودن لامبو های مخاطی - پریوستی کلاریست بسیار آسانی و بایستی بر طبق اصولی انجام پذیرد. اینکار را از برش طرفی شروع نموده و بطرف کناره شکافته کام میرویم. پس از آنکه قسمت فوقانی لامبو های کامی را بایک الواتور پریوست بسیار ظریف جدا نمودیم بقیه قسمتها را بکمک یک گاز

انجام میدهیم زیرا اولاً در شکافهای کام استخوان نام صاف نبوده و بر روی آن برجستگی‌های استخوانی وجود دارد و همین برجستگی‌ها کار با الواتور را دشوار می‌سازند. و غالباً باعث پاره شدن و یا له شدن انساج می‌گردند. ثانیاً ممکن است کار با الواتور باعث پاره شدن کپسول عروقی - عصبی که از فورامن پالاتینوم خارج می‌گردد بشود.

پس از آنکه فورامن پالاتینوم را پیدا کردیم کار بسیار حساسی را باید انجام بدهیم که هدف آن عبارت از ایجاد شرایطی است که بتوان هر چه بیشتر دو لامبوی طرفی را بیکدیگر در خط وسط نزدیک نموده و هر چه بیشتر آنرا بطرف عقب یعنی بطرف حلق راند و در عین حال به کپسول عروقی - عصبی لطمه‌ای وارد نیارد.

در این مرحله از عمل باید خیای دقیق و ظریف عمل نمائیم. برای اینکار شروع به بیرون کشیدن کپسول عروقی - عصبی از کمانال رجلی - کامی مینمائیم و تا یک سانتیمتر میتوانیم این کپسول را بخارج بکشیم. سپس بر روی دو لامبوی این کپسول را با ظرافت در طول یک سانتیمتر از لامبوها جدا می‌سازیم. در اثر این دو کار اولاً لامبوها خوب تغذیه می‌گردند و ثانیاً برای آنکه میتوان آنها را بطرف وسط و عقب کشید.

پس از آنکه طول کپسول عروقی - عصبی را زیاد نمودیم شروع بجدان نمودن انساج کام نرم مینمائیم در اینجا با سانی میتوان قلاب زائده رجلی را احساس نمود و آنرا شکست تا عضلات کام نرم کاملاً آزاد بشوند.

پس از اینکار لامبوه‌های مخاطی حفره بینی را تهیه مینمائیم بدین ترتیب اولین قشر برای دوختن آماده می‌گردد.

در اینموقع شروع بدوختن مینمائیم باید دانست که در موفقیت عمل ما و التیام زخم اینکار یکی از نقشهای اساسی را بازی میکند.

ابتدا مخاط کام نرم را از طرف بینی تا مرز کام سخت با کاتگوت به ترتیبی میدوزیم که گره‌ها در طرف بینی بیافتد .

در موقع دوختن آسیستان کام نرم را بطرف عقب میکشد پس از اتمام اینکار اولین بخیه را بانخ بر قله زبان کوچک پس از انطباق کامل لبه‌های زخم بایکدیگر میزنیم . سپس عضلات کام نرم دو طرف را بیکدیگر میدوزیم اینکار در سال ۱۹۵۴ بوسیله بوخدانویچ پیشنهاد و امروزه در تمام جهان معمول گردیده است .

سپس دقیقاً از نوک زبان دو لامبورا بیکدیگر دوخته و بطرف جلو یعنی بطرف کام سخت پیش میرویم . پس از آنکه دو لامبوی طرفی بیکدیگر دوخته شدند آنرا بطرف عقب یعنی گلورانده و این لامبورا بلامبوی سوم میدوزیم .

در موقع عمل دقت مخصوصی بخرج میدهیم تا انساج را له ننمائیم هر چه کمتر از وسایل استفاده مینمائیم در صورت خونریزی سعی میکنیم با فشار تامپون آنرا بند بیاوریم و از بستن با کاتگوت حتی المقدور خودداری میکنیم . پس از عمل پانسمانی از گاز استریل بر روی کام سخت مینمائیم این پانسمان پس از ۸ ساعت باید بدور انداخته شود .

در کلیه انواع شکافهای کام من از روش M.W استفاده مینمائیم البته در هر نوعی با قدری اختلاف که مطابق با وضع موجود باشد گاه مجبوریم چهار لامبو تهیه نمائیم و قس علیهذا .

در موقع عمل باید تمام اینکارها را پشت سر هم و بدقت انجام داد و از هر جومرج خودداری نمود . بخیه‌ها را معمولاً بین روزهای دهم و دوازدهم برمیداریم .

PHARYNGOPLASTIA

مشاهدات صوتی نشان میدهد که در بعضی از موارد پس از عمل جراحی کام شکافته با وجود نتیجه خوب و عالی معهداً وضع بیمار از لحاظ تکلم چندان

شکل - ۵۸ -



شکاف کام سخت و نرم قبل از عمل

شکل - ۵۹ -



همان بیمار پس از عمل

فرقی نمیکند و با اصطلاح نتیجه آناتومیکی عمل خوب ولی نتیجه فونکسیون آن بد میباشد.

چنانچه تجربیات کلینیکی نشان میدهد ایجاد يك کام بلند و متحرك تنها شرط فونکسیون صحیح و خوب قسمت فوقانی گلو که ایجاد صوت طبیعی بستگی بآن دارد نیست.

چنانچه پس از عمل کام تکلم بیمار چندان فرقی ننماید متأسفانه مجدداً بایستی عمل دیگری بر روی گلوئی بیمار انجام داد که آنرا عمل پلاستیک گلو مینمایند.

موارد تجویز این عمل بقرار زیر است :

- ۱ - عدم تکلم و صوت خوب با وجود معالجات صوتی .
- ۲ - فاصله زیاد بین کناره آزاد کام نرم و دیواره خلفی گلو که اغلب مربوط به کوتاهی و سیکاتریزه شدن بیش از حد کام میباشد .
- ۳ - عدم تحرك عضلات دیواره های خلفی و طرفی گلو باین معنا که تحرك و انقباض دیواره های طرفی گلو در موقع ایجاد صوت خوب نباشد .
- ۴ - عدم تحرك کام نرم .
- ۵ - تغییرات آتروفیک مخاط و عضلات گلو .
- ۶ - وجود سوراخهائی در کام سخت و یا نرم پس از اعمال جراحی کام .
- ۷ - کام شکافته نهفته و یا زیر مخاطی کام سخت .
- ۸ - کام نرم کوتاه مادرزادی .

دوختن کام نرم به لامبونی از دیواره خلفی گلو باعث میشود که يك مانع طبیعی در سر راه خروج هوا از طرف گلو بطرف حفره بینی در موقع تکلم ایجاد و بیمار صوت بهتری پیدا نماید . البته پس از این عمل باید به معالجات صوتی ادامه داد .

شکل - ۶۰ -



شکاف کام سخت و نرم پس از عمل
سوراخی که در مرز کام سخت و نرم بسته نشده است
بوضوح دیده می شود و در عمل بعدی بسته شد.

در عمل پلاستیک گلو میتوان از لامبوی دیواره خلفی گلو استفاده نمود
میتوان این لامبورا از بالا و با پائین بریده و بکام نرم دوخت .

از دانشمندانی که بر روی این عمل و نتایج آن بررسی نموده و بتعمیم
این عمل کمک نموده اند در مرحله اول باید از پروفیسور Rosenthal نام برد . از
لامبوی بریده شده از پائین در سالهای ۱۹۳۰ پروفیسور Meissner استفاده
نمود و در همین زمان بوسیله Rosselli - Sanvenero این مسئله هم بدون اطلاع
از کارهای Meissner گزارش شد .

امروزه جراحان بر حسب وضع آناتومیکی گلوی بیمار از هر دو طریقه
استفاده مینمایند بعقیده من لامبوی بریده شده از پائین بهتر است و من تقریباً
در تمام موارد از این روش استفاده مینمایم زیرا این روش پس از روش اول
بر حسب ضرورت کشف گردید زیرا عدم موفقیت در روش اول خیای زیاد
بود . علت این مسئله آنستکه در روش اول یعنی لامبوی بریده شده از بالا
قدرت کششی لامبو زیاد در موقع عمل بلع و با گریه و یا حرکات شدید سرو
گردن پاره میشود .

برای انتخاب روش اول و یا دوم میتوان بمسائل زیر توجه نمود:

از لامبوهای بریده شده از پائین یعنی روش دوم موقعی استفاده مینمایم
که فاصله مرز کام نرم از دیواره خلفی گلو بیش از دو سانتیمتر باشد و روش
اول را موقعی انتخاب مینمایم که فاصله بین کام نرم و دیواره خلفی گلو کمتر
از ۲ سانتیمتر باشد .

بعلاوه این عمل را در اشخاص بالغ و کودکان بزرگتر و فهمیده تر میتوان
انجام داد زیرا در کودکان گریه باعث پاره شدن لامبو میگردد .
اصولاً لامبوی بریده شده از بالا خیلی تحت فشار بوده و در اثر کوچکترین
ضربه ای پاره میشود بدین جهت بین جراحان کمتر طرفدار دارد .

برای جلوگیری از خطر پاره شدن آن میتوان این لامبورا خیلی عریض تهیه نمود و در سطح بیشتری بکام نرم دوخت .

برای اینکار بر روی کام نرم لامبوی مخاطی نیمدایره شکلی را تهیه و آنرا بعقب برگردانده و بر روی سطح این زخم وسیع لامبونی را که از دیواره خلفی گلو تهیه شده میدوزیم بدین ترتیب تقریباً راه گلو و بینی مسدود و در نتیجه اصوات از بینی خارج نمیشوند .

زخم دیواره خلفی گلو را بایستی دوخت تا بدین ترتیب باز هم گلوئی میانی تنگ تر شده و خروج اصوات طبیعی تر باشد .

بدشکلیهای فکی - صورتی - اوکلوژیونی در نتیجه

اعمال جراحی لب و کام در کودکی

در مقدمه باید بگویم که مسئولیت جراح در مورد اعمال بالا فوق العاده زیاد است و بهمین خاطر مفصل درباره معالجه گروهی در اینگونه موارد صحبت کردم زیرا معالجه دسته جمعی کمک فراوانی به نتیجه خوب فونکسیون و زیبایی مینماید .

اغلب نتایج نامطلوب بستگی بآن دارد که جراح با متخصص ارتدنیسی و فونیاتری همکاری نزدیک ندارد و اغلب همین معالجه ناتمام باعث بدشکلیهای صورت کودک و فونکسیون ناصحیح میگردد .

با وجود آنکه بیمار خوب عمل شده است معهذاً کودک ناقص و بدشکل برده و تکلم خوب نداشته و نمیتواند با اطرافیان خود براحتی صحبت نماید و در نتیجه دچار ناراحتیهای روانی میگردد . بدبختانه بدشکلیهای صورت و در نتیجه عمل جراحی لب و کام در زمان کودکی خیلی زیاد و این بدشکلی

عبارت از عدم رشد قسمت میانی صورت میباشد . در این بدشکلی عقب رفتگی قاعده بینی و فك در ناحیه لب بالا دیده میشود و این بدشکلی فوق العاده بدنما و زننده است زیرا در مقابل عدم رشد فك بالا رشد طبیعی فك پائین وجود دارد که این مسئله باعث ایجاد پروژنی کاذب و تشدید بدشکلی میگردد .

بدشکلی لب بالا غالباً بصورت سیکاتریسهای بدشکلی در قرمزی لب و پوست میباشد همچنین ممکن است قرمزی لب بصورت پله بوده و دارای قوس زیبایی نباشد و یا در طرف قسمت شکافته لب قرمزی لب زیاد باشد .

گاه دیده میشود که لب بیش از اندازه طویل است و دارای فونکسیون طبیعی نمیباشد .

اغلب موارد پس از عمل جراحی شکافهای کامل کام و لب و قوس فکی یکطرفه یا دوطرفه بدشکلی بخصوصی در بینی دیده میشود . در قوس فکی ناهنجاریهای دندانی دیده میشود .

کام کوتاه و غیر متحرك و یا سوراخهای باقی مانده پس از عمل باعث عدم فونکسیون صحیح تکلم میگرددند . بدشکیهای بالا تمام عوارض اعمال و معالجه غلط در زمان کودکی میباشد و برای تصحیح آنها باید متوسل باعمال جراحی متعددی گردید که از حوصله بحث ما خارج است .

مراقبتهای پس از عمل

نظر باینکه عمل کام شکافته عملی مشکل و طولانی است پس از عمل در صورت لزوم بایستی بکودک ترانسفوزیون خون نمود و با و اکسیژن و داروهای قلبی داد .

آنتی بیوتیک را بهتر است از یک روز قبل از عمل شروع نمود . پوست

قفسه‌سینه کودک را با الکل بایستی ماساژ داد . بهتر است پس از عمل کودک بحال نشسته باشد .

۸ - ۷ روز بکودک فقط بایستی مایعات صافشده داد تا باسانی کودک بتواند بلع نماید و خورده‌های غلظتی در دهان او باقی نماند .

بانسمانهای گازی داخل دهانی را بایستی حداکثر روز چهارم و یا پنجم پس از عمل از دهان خارج نمود زیرا باعث عفونت میگرددند .

خطرات عمل

اعمال گامی اعمال جراحی مشکلی هستند و دارای خطرات زیادی هستند . متخصص بی‌هوشی بایستی مواظب باشد که ریه‌های بیمار از ترشحات و یا خون پر نگردد و باندازه کافی به بیمار اکسیژن برسد . گاه غفلتاً تنفس بیمار متوقف میگردد متخصص بی‌هوشی بایستی بقدری ورزیده باشد که فوراً کودک را بحال عادی بازگرداند و الا در اثر نرسیدن خون بمغز ممکن است کودک دچار عوارض غیر قابل برگشت سیستم عصبی و یا سایر اورگانها گردد و یا اصولاً بقدری دیر بشود که نجات کودک غیر ممکن گردد .

جراح بایستی در همه حال مواظب حال کودک باشد .

بعضی از کودکان پس از گذاشتن دهان بازکن و باز کردن زیاد دهان دچار حالت خفگی میگرددند بایستی فوراً دهان بازکن را برداشته و پس از آنکه حالت فوق برطرف شد دوباره این اسباب را در دهان کودک گذاشت منتها دهان را زیاد باز نکرد البته در اینصورت عمل خیلی مشکلتتر میشود .

بنابر این در اعمال جراحی گامی بایستی صبر و حوصله زیادی بخرج

داد و از مشکلات نهر اسیدزیرا بهر صورت این کودکان بایستی عمل جراحی بشوند .

امروزه در اثر وجود انستزی مدرن بمقدار زیادی تعداد اینگونه خطرات کم شده است ولی کاملاً از بین نرفته است .
پس از التیام زخم حتماً بایستی کودکرا نزد متخصص صوت و ارتدنیسی فرستاد .



منابع و مأخذ

مبحث اول : بیحسی

- 1— **Adriani J. Techniques and procedures of Anaesthesia Thowor 1956 . Fundamentales of General Anaesthesia Oxford 1959 .**
- 2— **Bertram. H. Halothan Inder Kinderanesthesia Zentralblatt Fur Chirurgie 1962 .**
- 3— **Bergmann H. Prophylax Und Therapie Der Narkose Komplika-tionen in Derzahn, Mund Und Kiferheilkunde. Osterreichische Zeitschrift Fur Stomatologie 1959 .**
- 4— **Hollmann K. Diekurznarkose Fur Eingriffe in Bereich Der Kiefer. 1962 مجله بالا (3) .**
- 5— **Mianowski J. Zagadnienie Znieczulenia U Dzieci Wchirurgii Szczekowo Twarzowej Czasopismo Stomat ologiczne 1961 .**
- 6— **Ostlere G, Bryce Smith R : Zarys Anestezjologii 1962 P. Z. W. L.**
- 7— **Poklewska I : Znieczulenia Dzieci 1956 P. Z. W. L.**
- 8— **Wylie W. D., Ghurchill Davidson H. C. Anestesjologia 1962 P. Z. W. L.**

مبحث دوم: درآوردن دندانها

- 1— Adamczyk H. przyczynek do Usuwania Zębów Dzwignia Beina Czas. Stom. 1959 .
- 2— Bielas. I, Fuchs. M. Krytyka Niektorych Metod Leczenia Zębów U Dzieci Czas. Stom 1955 .
- 3— Bielas I. Poplawski W. Oplanowanych Ekstrakcjach Zębów Szarych Czas. Stom, 1958 .
- 4— Dominik. K. Ekstrakcje Plastyczne Wortodonecji Czas. Stom . 1960 .
- 5— Coraki. H. Chirurgia P. Z. W. L. 1955 .
- 6— Lakner. L. : Czy powinnismy Leczyć Zęby Mleczne? Po. Stom . 1936 .
- 7— Laczkowski. A. Zagadnienie Zakazen Ogniskowych Wchorobie Reumatycznej U Dzieci Pol. Tyg. Lek 1956 .
- 8— Meisner. A. Stomatologie Lodz 1950 .
- 9— Orlik Grzybowika. A. Podstawy Ortodonecji P. Z. W. L. 1964 .
- 10— Thoma. K. Oral Surgery Kimpton 1952 .

مبحث سوم : استیتتهای فکین

و

مبحث چهارم : آماس انساج

- 1— Baranczak : Bakteremia Pousuwaniu Zebow Czas. Stom. 1956 .
- 2— Bross. W. Chirurgia 1957 .
- 3— Butkiewicz. T. Chirurgia Ogolna P. Z. W. L. 1954 .
- 4— Cieszynski. A. : Ozakezeniu Ropnym, Iropowicach Szczekowach Iichleczeniu Iropien Podniebienny Pol. Stom. 1933 .
- 5— Lemm. K. Dwa Przypadki Zapalenia Kosci Oczodolu Czas. Stom. 1961 .
- 6— Meissner. A. Przypadek de Chirurgicznego Postepowania Przyzapaleniu Szpiku Kostnego Trzonu Dolnej Szczeki Stom. 1935 .
- 7— Papow. J. G. : Odontogennye Mediastinity. Stomatologijia 1963.
- 8— Schuchardt. K. Fortschritte Derkiefer Und Gesichtschirurgie 1964 .
- 9— Thoma. K. Oral Surgery 1952 .
- 10— Wassmund. M. Prakt. Chiru. Desmundes Und Der Kiefer 1935.

مبحث پنجم: ضایعات مفصل گیجگاهی-فکی

- 1— Bohdanowicz F. Zesztywnienie Stawa zuchwowego P. Z. W. L. 1955 .
- 2— Borovansky. V. Urazy I Schorzenia stawu zuchwowego P.Z.W.L. 1955 .
- 3— Braithwaite. F. Ankylosis of the temporomandibular joint. brit. journ. plastic surg. 1952 .
- 4— Butkiewicz T. Chirurgia ogolna P. Z. W. L. 1954 .
- 5— Dingman R. Surgical Anatomy of the facial nerve pl. reconstr. surg. 1962 .
- 6— Gorski. M. Wynik leczenia Usztywnienia stawu skroniowo-zuchwowego - 1964 .
- 7— Hellinger. W. J. : Bone ankylosis of the temporo - mandibular joint or. Med. surg or. path. 1964 .
- 8— Limberg. A. A. Chinurgija 1950 .
- 9— Thoma. K. Oral Surgery 1952 .
- 10— Trauner R. : Oester schir. Stom. 1955 .

مبحث ششم : تومورهای فکین و حفره دهان

و

مبحث هفتم : دیسپلازی - فیبرو

- 1— Aubry. M. Chirurgie de la face Masson -952 .
- 2— Bardach J. Chir. Stomat 1955 .
- 3— Bardach J. Chondroma of the maxilla Brit. Jour. Plast. Surg. 1965 .
- 4— Chaudhry A. P. : Primary malignant melanoma of the aral cavity cancer 1958 .
- 5— Con'ey. J. : Treatment of the tumors of the inferior alvelous and the Mandible Am. Oto. Rhin laryn 1952 .
- 6— Coley. B. J. : Giant-Cell tumor of bone Am. Jour Surg. 1958 .
- 7— Domagala J. : Gian-cell tumor zlosliwym przebiegu pol. przegl. Chir. 1960 .
- 8— Dorsk. H. : Guzy zebopohodne kosci szcze kowych P. Z. W. L. 1956 .
- 9— Edler. A. K. Mixed tumors of the palate oral. Surg. Med pathol. 7961 .
- 10— Grigouroff G. Interpretation et classification des tumors des glandes Salivaires sem. Hopit 1952 .

- 11— Hattowska . H. : Szkliwiak pols. stom. 1954 .
- 12— Jaffe H. L. : Tumors and tumorous conditions of the bones and joints 1961 .
- 13— Kolodziejska H. Patologia i klinika nowotworow P. Z. W. L. 1965.
- 14— Kragh. L. V. : Osteogenic sarcoma of the jaws and facial bone Am. Jour. Surg. 1958 .
- 15— Laskowski J. : Patologia ogolna nowotworow zarys onkologi 1955
- 16— Lichtenstein. L. : Bone tumors mosby 1952 .
- 17— Masson. J. K. Adamantinoma of the jaws plast reconstr. Surg. 1959 .
- 18— Miglani. D. C. : Myxoma of the mandible oral. Surg. med. pathol. 1959 .
- 19— Polczer. M. G. : Odontoma Compositum Complet um. Dsch. Zahnarzl. Ztschr, 1960 .
- 20— Prowler J. R. Chondrosarcoma of the mandible jour. oral surg . 7959 .
- 21— Rokicka. A. : Skliwiak czas stom. 1956 .
- 22— Small G. S. : Ameloblastoma of the mandible journal oral surg. 1958 .
- 23— Spitzer R. Acase of Ossifying fibroma oral surg. med. pathol. 1954 .
- 24— Thoma K. oral pathology mosby 1950 .

-
- 25— Wojcickowska K. : *Naczyniak chłonny języka czna. Stom. 1963.*
- 26— Zawadowski radioterapi nowotworow krcnych pol. *Pargl. chir. 1930 .*
- 27— Zimmerman C. C. : *Fibrous dysplasia of the maxilla a mandible oral surg. med. pathol. 1959 .*

مبحث هشتم : شکستگی استخوانهای فکین

- 1— Aubry. M. Shirugie de la Face Masson 1952 .
- 2— Campbell : Operative Ortopedics 1949 .
- 3— Gillies. H. : Plastic Surgery Boston 1957 .
- 4— Jarzab. J. : Nowe Metody Ustalania Zlamanych Szczek. Czas .
Stom 7949 .
- 5— Semadeni. I. Traumatologia Szczekowa P. Z. W. L. 1963 .
- 6— Thoma. K. : Fractures. Am. or. Surg 1945 .

مبحث نهم : نقصهای مادرزادی

- 1— Bardach. J. : Rozszczepy Wargigorneji Podniebienia. P. Z. W. L. 1967 .
- 2— Bohdanowicz. F. Metodyka Operacyjna W Rozszczepach Podniebienia Miekiego. Czas. Stom 1954 .
- 3— Burian. R. : treatment of clef palat brit. of plastic surg. 1956 .
- 5— Converse J. M. Surgical orthodontic correction in the bilateral cleftlip the cleft palate journal 1964 .
- 6— Cordoso A.D. New technique for herelip plast. reconstr surg.1952.
- 7— Dmitrijewa W. S. : etiologijai patogenez wrozdiennych rozszelin gubyi nioba Moskwa 1964 .
- 8— Dorrance G.M. : The push back operation for repain of cleft palate plastreconstr surg 1946 .
- 9— Gillies H. The principales and art of plastic surgery Boston 1957.
- 10— Kossakowski. J. Chirurgia operacyjna szczek ijamejustnej P. Z. W. L. 1962 .
- 11— Limberg. A.A. : Zadacza leczebnoj moskowa 1964 .
- 12— Meissner A. : Stomatologia lodz 1950 .
- 13— Le Mesurier A. B. The Quadrilateral mirault flap operation for hare-lips Pl. rec surg 1955 .

- 14— Mitrinowicz. A. Fizjologia i patologia glosimowy i sluchu P. Z. W. L. 1963 .
- 15— Penkawa. J. : Organizacja zespolowego leczenia dzieci czas. Stomat 1964 .
- 16— Pect. E. The Oxford technique of cleft palat repair plast. reconstr. surg. 1961 .
- 17— Paradowska W. : etiologia obustronnych rozszczepow wargi i podniebienia P. Z. W. L. 1963 .
- 18— Rosenthal. W. The velopharyngoplasty baltimore 1957 .
- 19— Rydosz J. Metoda wieloczasowego czas. Stomat 1957 .
- 20— Schuchardt. K. : operationen bei lippen kiefer leipzig 1954 .
- 21— Soivio. A. : The treatment of hare lips and cleft palates in finland balimore 1957 .
- 22— Stark R. B. : Plastic surgery New York 1962 .
- 23— Veau. V. : Bec de lievre Paris 1938 .
- 24— Veau. V. : Division palatine Paris 1931 .
- 25— Wardill W. E. M. Discussion on the treatment of cleft palate by operation proc. Roy. Soc. Med. 1927 .

خواهشمنداست قبل از مطالعه الفباظ

ذیل را تصحیح فرمایید

صحنه	خط	خط	صحنه
۱۲	زیر پوست	زیر پوست	۱۲
۲۱	داروها	داروها	۲۱
۴۳	جراح چشم	جراح چشم	۴۳
۸۰	سپیده	سپیده	۸۰
۱۵۲	استخوانهای	استخوانهای	۱۵۲
۲۰۲	Duri	Dure	۲۰۲
۲۴۴	صوتی میتواند گنگی	صوتی گنگی	۲۴۴
۲۵۱	مینمایند	مینمایند	۲۵۱

(شکل ۶) وارونه‌است

Mashhad University Press

Autumn - 1972



Publication No. 26

ORAL AND MAXILLO.FACIAL SURGERY IN CHILDREN

Dr . H . Farshid

**MASHAD UNIVERSITY
SCHOOL OF DENTISTRY**



Publication of University of Meshed No. 26

ORAL AND MAXILLO.FACIAL SURGERY IN CHILDREN

Dr . H . Farshid

**MASHAD UNIVERSITY
SCHOOL OF DENTISTRY**

Meshed University press

1972



انتشارات دانشگاه شهید شمارة ۲۶

جراحی دهان و فك و صورت كودكان

تأليف :

دكتور هوشنگ فرشيد

چاپخانه دانشگاه شهيد

خرداد ۱۳۵۱