

برنامه پریودنتیکس عملی ۱

جلسه	مباحث	مهارت	منابع آزمون
۱	آشنایی با پرونده ملاحظات سیستمیک معاینه لثه ارزیابی اکلوژن	آشنایی با وسایل تشخیصی معاینه لثه	کارنزا ۲۰۲۴
۲	چارتینگ پلاک اندکس	معاینه اکلوژن چارتینگ پلاک اندکس	گفتار ۴ ص ۴۳-۴۶ گفتار ۱۵
۳	تفسیر رادیوگرافی کلاسیفیکاسیون	شناخت وسایل جرم گیری در دست گرفتن وسایل و تکیه گاه	گفتار ۳۸
۴	پروگنوز مستر پلن	جرم گیری بالای لثه ای پالیشینگ آموزش کنترل پلاک	گفتار ۵ و ۳۹
۵	مرور کیس	جرم گیری زیر لثه ای / روت پلنینگ	گفتار ۵۰ و ۵۱
۶	جمع بندی و مرور مباحث	آزمون آسکی آزمون مهارتی	گفتار ۴ و ۵ و ۱۵ و ۳۸ و ۳۹ و ۴۱ و ۴۲ و ۵۰ و ۵۱ و ۷۰

مواد آزمون آسکی پایان دوره:

۱- لثه ۲- کنترل پلاک ۳- رادیوگرافی ۴- تشخیص ۵- پروگنوز ۶- مستر پلن ۷- اینسترومنت

مواد آزمون مهارتی پایان ترم:

Positioning / instrument/ fulcrum/ grasp/ angulation/ adaptation/ stroke

Supra and Subgingival SRP

Probing

Plaque control

یک دانشجوی دندان پزشکی در درس **پریودنتیکس (Periodontology)** بهتر است در پایان دوره، هم مهارت‌های تشخیصی و هم مهارت‌های بالینی پایه را داشته باشد. مهم‌ترین‌ها:

□ تشخیص و ارزیابی

- گرفتن شرح حال و معاینه پریودنتال
- تشخیص ژنژیویت و انواع پریودنتیت
- تشخیص عوامل خطر مثل سیگار، دیابت، پلاک و جرم
- انجام **Periodontal charting**
- اندازه‌گیری عمق پاکت، CAL، BOP و تحلیل لثه، تشخیص Furcation involvement و Mobility دندان
- تفسیر رادیوگرافی‌های مرتبط با پریودنشیوم



کد مدرک: DS-SFA-FM-124		بخش پرودنتیکس/پرونده دانشجویی		دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی دانشکده دندانپزشکی	
شماره بازنگری: 00					
شماره پرونده:		مشخصات بیمار نام و نام خانوادگی: سن: شغل: آدرس و شماره تماس: نام دانشجو: نام استاد: تاریخ:			
اخطار پزشکی:					
علت مراجعه و شکایت اصلی:					
سوابق پزشکی بیمار:					

سابقه ابتلا به کدامیک از اختلالات و حالات زیر را دارید؟

قلبی عروقی و فشار خون	کم خونی	بیماریهای مقاربتی
روماتیسم	نارسایی کلیوی	صرع
اختلالات خونی و انعقادی	نارسایی کبدی	ایدز
دیابت	نفس تنگی	بیماریهای شغلی
اختلال غدد اندوکرین	سل	پرتودرمانی و علت
حساسیت به دارو، غذا...	بارداری در مورد خانمها	سایر

۱. آیا در حال حاضر تحت مراقبت پزشکی می باشید و یا دارویی مصرف می کنید؟ ۲. چند وقت یکبار به دندانپزشک مراجعه می کنید؟ ۳. چند بار در شبانه روز دندانهایتان را مسواک می زنید؟ (روش مورد استفاده) ۴. سایر روش های دیگر که جهت کنترل بهداشت استفاده می شود: ۵. آخرین بار که نزد دندانپزشک خود بوده اید؟
--

به تفکیک سگستان sextant

لثه

✓ رنگ (color)

✓ شکل (shape)

✓ درد و حساسیت (sensitivity)

✓ خونریزی (bleeding)

✓ قوام (consistency)

✓ سطح بافتی (tissue Texture)

✓ حجم (size)

✓ موقعیت (position)

Frenum

Vestibular depth

(CAL) 2
 (CAL) 1
 MOBILITY 2
 MOBILITY 1
 PROBING 3
 PROBING 2
 PROBING 1

Imp—Impacted
 Un—Unerupted
 X—Extracted or missing
 /—To be extracted
 Blue—Existing Restorations
 Red—Caries or Defective Restorations
 Marginal Bleeding
 Probe Bleeding—(circled)

PROBING 1
 PROBING 2
 PROBING 3
 (CAL) 1
 (CAL) 2

(CAL) 2
 (CAL) 1
 PROBING 3
 PROBING 2
 PROBING 1

Food Impacted
 Open Contact
 Furcation (I-IV)
 Gingival Margin
 Mucogingival Problem
 Restoration Overhang

PROBING 1
 PROBING 2
 PROBING 3
 MOBILITY 1
 MOBILITY 2
 (CAL) 1
 (CAL) 2

C = Crown
 R = Food retention
 = Bridge
 Δ = Diastema
 = Spacing

سایش های دندان
 ریشه های عریان و حساس
 دندانهای Nonvital
 Dental stain
 حساسیت به دق



کد مدرک: DS-SFA-FM-124	بخش پرودنتیکس/پرونده دانشجویی	دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی دندانپزشکی
شماره بازنگری: 00		
Occlusion: Over jet.....mm over bite.....mm cross bite Excursion: working..... R Nonworking..... Lateral Working..... L Nonworking..... Premature contact at centric occlusion: Premature contact at lateral movement (right side) Premature contact at lateral movement (left side) Premature contact at protrusion movement : TMJ Assessment • Subjective • Objective		

آیا عادت دهانی خاصی مانند عادات زیر دارید؟

	مکیدن انگشت		جویدن ناخن یا اشیاء خارجی		دندان قروچه
	Clenching		غیره		تنفس دهانی

Classification of Periodontal and Peri-implant Diseases and Conditions: World Workshop
AAP & EFP
November 2017

Periodontal Health Gingival Diseases Conditions

Periodontal Health and Gingival Health
Clinical gingival health on an intact periodontium
Clinical gingival health on a reduced periodontium
- Stable periodontitis patient
- Non-periodontitis patient

Gingivitis: dental biofilm-induced
Associated with dental biofilm alone
Mediated by systemic or local risk factors
Drug-influenced gingival enlargement

Gingivitis: non-dental biofilm-induced
Genetic/developmental disorders
Specific infections
Inflammatory and immune conditions
Reactive process
Neoplasms
Endocrine, nutritional & metabolic diseases
Traumatic lesions
Gingival pigmentation

Periodontitis

Necrotizing Periodontal Diseases
Necrotizing Gingivitis
Necrotizing Periodontitis
Necrotizing Stomatitis

Periodontitis as a Manifestation of Systemic Diseases

- Periodontitis**
- a. Stage (severity and complexity of management):
 - i. Initial Periodontitis
Interdental CAL: 1-2 mm, bone loss 15%, no tooth loss
PD: <=4 mm, horizontal bone loss
 - ii. Moderate Periodontitis
CAL: 3-4 mm, bone loss 15-33%, no tooth loss
PD: <=5 mm, horizontal bone loss
 - iii. Severe Periodontitis with potential for additional tooth loss
CAL: >=5 mm, bone loss: mid-root to apical third, tooth loss <=4 teeth
+PD: >=6 mm, vertical bone loss: >=3mm, FI: II or III, moderate ridge defects
 - iv. Severe Periodontitis with potential for loss of the dentition
CAL: >=5 mm, bone loss: to mid-root/apical third, tooth loss >=5 teeth
+complex rehabilitation
 - b. Extent and Distribution:
localized, generalized, molar-incisor
 - c. Grades (rate of progression and treatment response):
 - i. Grade A: slow (no CAL, < 0.25 %bone loss/age)
 - ii. Grade B: moderate (< 2mm CAL/5y, 0.25-1%)
 - iii. Grade C: rapid (> 2mm, > 1%)

Other Conditions Affecting Periodontium
Periodontal Manifestations of Systemic Diseases
and Developmental and Acquired Conditions

Systemic Diseases or Conditions Affecting the Periodontal Supporting Tissues

Other Periodontal Conditions
a. Periodontal Abscesses
b. Endodontic-Periodontal Lesions

Mucogingival Deformities and Conditions around Teeth

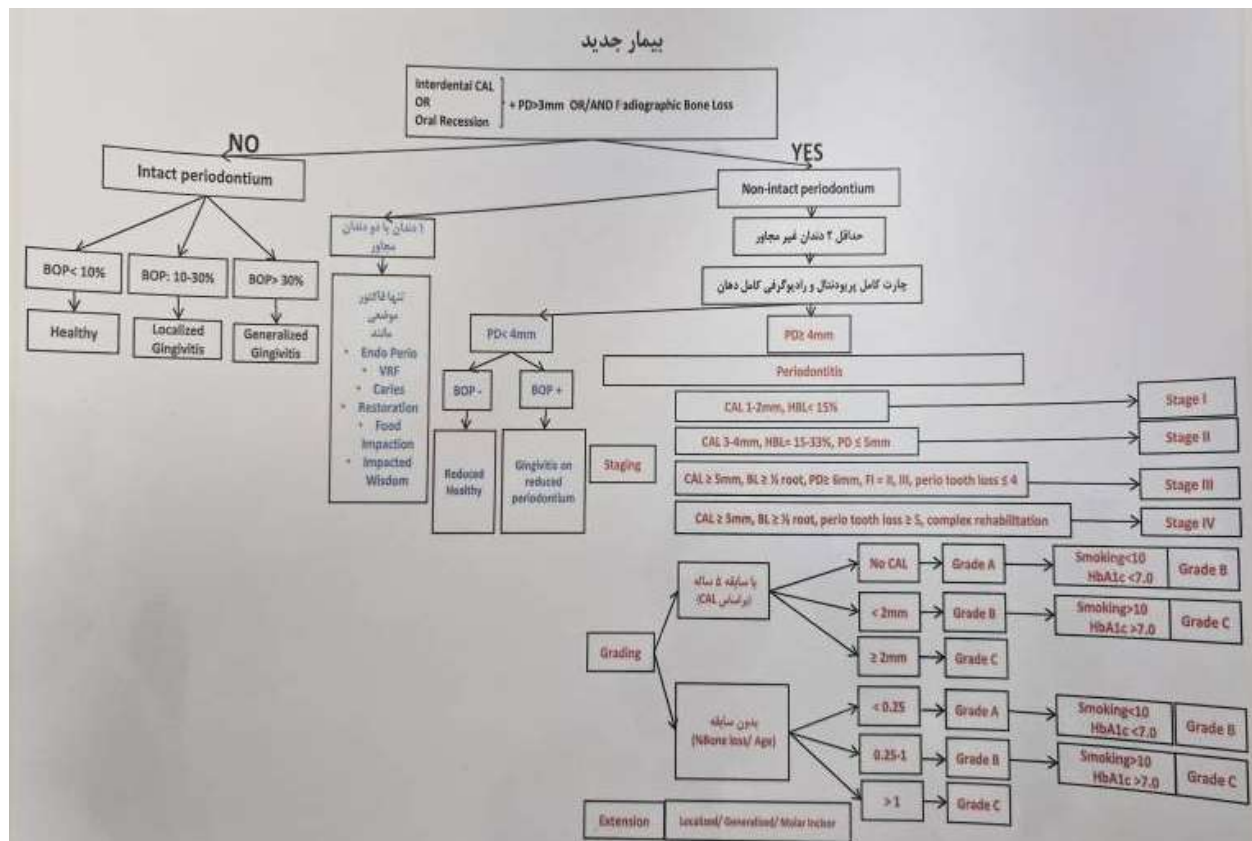
- a. Gingival phenotype
- b. Gingival/ soft tissue recession
- c. Lack of gingiva
- d. Decreased vestibular depth
- e. Aberrant frenum/ muscle position
- f. Gingival excess
- g. Abnormal color
- h. Condition of the exposed root surface

Traumatic Occlusal Forces

- a. Primary occlusal trauma
- b. Secondary occlusal trauma
- c. Orthodontic forces

Prostheses and Tooth-related Factors

- a. Localized tooth-related factors
- b. Localized dental prostheses-related factors



□ کنترل پلاک و آموزش بیمار

- آموزش صحیح مسواک زدن
- آموزش استفاده از نخ دندان و **interdental brush**
- انتخاب وسایل بهداشت دهان متناسب با بیمار
- آموزش و انگیزه‌دهی به بیمار برای کنترل پلاک
- ارزیابی میزان همکاری بیمار
- برنامه کاهش مصرف سیگار



Plaque Control Record

Date: _____

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17

Plaque Score: _____

Date: _____

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17

Plaque Score: _____

Date: _____

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17

Plaque Score: _____

$$\text{plaque index} = \frac{\text{NUMBER OF COLORATED SURFACES}}{\text{Number of examined teeth} \times 4} \times 100$$

□ طرح درمان

باید بتواند برای یک بیمار پیوندنتال:

۱. مشکل را تشخیص دهد.
۲. عوامل خطر را شناسایی کند.
۳. Prognosis اولیه تعیین کند.
۴. طرح درمان مرحله‌ای ایجاد کند.
۵. درمان های پیوندنتال غیرجراحی را انجام دهد.



Overall prognosis

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

Individual prognosis

.....Tooth

.....Tooth

master plan for total treatment

Preliminary phase:

1. Etiotropic phase

Evolution of phase I

maintenance phase

2. Surgical phase in

sextant

3. Restorative phase

4. Maintenance phase



Recall trequencies:

امضا استاد	شرح کار های انجام شده	تاریخ

□مباحثی که باید از نظر علمی بدانیم

- آناتومی و بافت‌شناسی پریودنتال
- پاتوژنز پریودنتیت
- نقش **biofilm** و calculus و عوامل خطر
- ارتباط بیماری‌های سیستمیک با پریودنتیت
- تشخیص
- پیش‌آگهی
- طرح درمان
- شناخت وسایل
- شناخت اصول جرم‌گیری
- شناخت انواع و روند و نشانه‌های ترمیم
- شناخت موارد ارجاعی

□ تشخیص موارد نیازمند ارجاع

باید بتوانیم موارد پیچیده را تشخیص دهیم؛ مثلاً:

- پاکت‌های عمیق و persistent
- تحلیل شدید استخوان
- Mobility قابل توجه
- Furcation پیشرفته
- ضایعات موکوژینزیوال
- مواردی که به جراحی پریودنتال یا درمان تخصصی نیاز دارند.

یک دانشجوی دندان پزشکی باید در پرودنتیکس بتواند «معاینه کند → تشخیص دهد → ریسک را ارزیابی کند → طرح درمان بدهد → کنترل پلاک و درمان غیرجراحی پایه را انجام دهد → نتیجه را ارزیابی و موارد پیچیده را ارجاع دهد».

CASE SYNOPSIS

Patient is a 41-year-old African male who is referred to a periodontist by his general dentist with a chief complaint of "I was told that I have gum disease." Patient does not have any significant medical problems and is not taking any medication. He smokes five cigarettes a day. At initial visit, his blood pressure was 130/80 mm Hg with a heart rate of 75 beats per minute. Patient reports that he brushes and flosses twice a day. His last professional dental cleaning was done 18 months ago.

No significant findings were noted in extraoral and intraoral examinations. Patient has a history of undergoing root canal therapy and composite restoration in tooth #10. He does not have any other restorations. Hard tissue exam showed no missing teeth and no active caries. Non-carious cervical lesions were found on several teeth. Patient reports a history of bruxism. Occlusion analysis demonstrated Angle's molar and canine class I relationship with anterior open bite. No occlusal interferences were noted. eFig. 44.3 shows clinical images of each sextant and eFig. 44.4 presents a full mouth series of intraoral radiographs.

Key Periodontal Findings

- BOP%: 41%
- Probing depths range: 1–11 mm
- Interdental Clinical Attachment Loss Distribution:
 - 1–2 mm: 31.2%
 - 3–4 mm: 18.75%
 - 5 mm or more: 34.4%
- Gingival recession range: 1–5 mm
- Teeth # 16 and 17 showed mobility grade II
- Teeth missing due to periodontal disease: Teeth # 16 and 17 have a hopeless prognosis and are planned for extraction
- Need for complex rehabilitation: No
- Inadequate keratinized gingiva: No

Key Radiographic Findings

- Generalized moderate horizontal bone loss
- Severe horizontal bone loss of 50% around teeth # 9 and 10
- Vertical bone loss of around 90% on the mesial of # 17
- Vertical intrabony defect of 4 mm on the mesial of # 18
- No periapical radiolucency
- % bone loss/age = $50/41 = 1.22$

Periodontal Diagnosis

Generalized Stage III Grade C Periodontitis

In addition, the patient was diagnosed with the following conditions:

- Other conditions affecting the periodontium
- Mucogingival deformities and conditions: Gingival recession on teeth # 2, 3, 4, 5, 8, 11–16, 18–31
- Tooth and prosthesis-related factors: Malpositioned teeth

Etiology

- Microbial dysbiosis in a susceptible host

Contributing Factors

- Poor oral hygiene
- Smoking
- Infrequent professional mechanical plaque removal

Treatment Plan

The following treatment plan was developed according to the S3 Level Clinical CPG for treatment of Stage I–III periodontitis¹³:

First Step in Therapy

- Oral hygiene instructions
- Supragingival dental biofilm control
- Professional mechanical plaque removal
 - Supragingival instrumentation
- Risk factor control
- Smoking cessation
- Orthodontic consultation
- Reevaluation

Second Step in Therapy (Cause-Related Therapy)

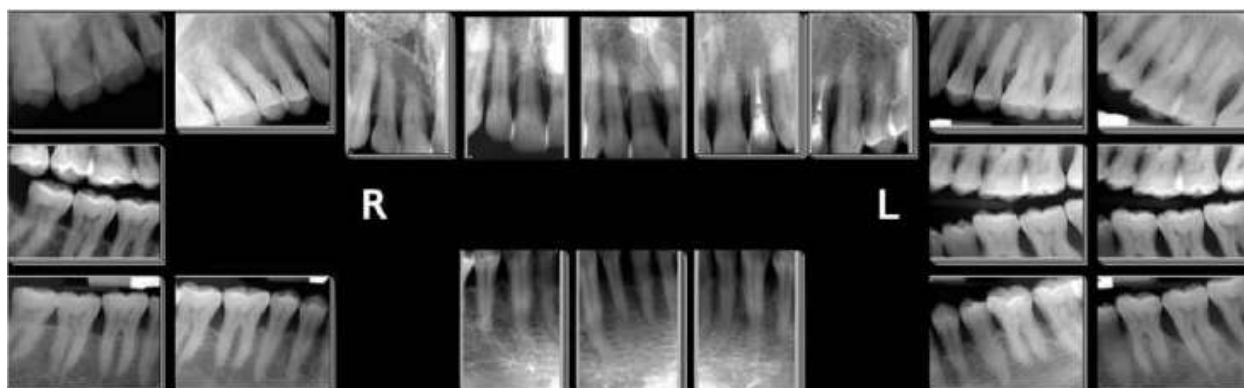
- Subgingival instrumentation at sites with periodontal pockets of greater than 3 mm
- Adjunctive use of chemotherapeutics (antiseptics)
- Periodontal reevaluation 4–8 weeks after subgingival instrumentation to assess whether the endpoints of therapy have been achieved. In this patient, periodontal pockets of greater than 5 mm were present around several teeth in the maxillary right, maxillary left, and mandibular left quadrants.

Third Step in Therapy

- Resective periodontal surgery for maxillary right quadrant
- Resective periodontal surgery for maxillary left quadrant with extraction of tooth # 16
- Regenerative periodontal surgery for mandibular left quadrant (if the intrabony defect on the mesial of # 18 is *favorable* for regenerative therapy) in conjunction with extraction of tooth # 17
- Postsurgical reevaluation

Supportive Periodontal Care

- Periodic periodontal examination (every three months) including updating radiographs, oral hygiene instructions, supragingival dental biofilm control and subgingival instrumentation (as needed), evaluation of occlusion and tooth mobility, and examination for other pathologic changes.



CASE SYNOPSIS

Patient is a 38-year-old African-American male who presented with a chief complaint of “I am worried about losing my teeth.” He was referred to a periodontist by his general dentist. Patient is not in pain or discomfort. Patient is allergic to penicillin with no other significant medical problems. Patient is not taking any medication. His blood pressure was 120/70 mm Hg with a heart rate of 72 beats per minute. Patient reported brushing twice a day and flossing once a day. His last professional dental cleaning was done 3 years ago.

Patient has amalgam restorations in teeth # 13, 14, and 15 and composite restorations in teeth # 2 and 31. The mandibular anterior teeth are splinted. Patient has a family history of diabetes (brother). Extraoral examination was within normal limits and intraoral examination, including cancer screen was within normal limits. Hard tissue exam revealed no active caries but presence of multiple amalgam and composite restorations. Amalgam overhang was observed on the mesial of tooth # 14. Angle's molar and canine class I relationship with no occlusal interferences was observed. Clinical images of each sextant are presented in eFig.44.5, and a full mouth series of intraoral radiographs is presented in eFig.44.6.

Key Periodontal Findings

- BOP%: 58%
- Probing depths range: 1–8 mm
- Interdental Clinical Attachment Loss Distribution:
 - 1–2 mm: 10.7 %
 - 3–4 mm: 35.7%
 - 5 mm or more: 17.9%
- Gingival recession range: 1–3 mm
- Teeth missing due to periodontal disease: None
- Need for complex rehabilitation: No
- Inadequate keratinized gingiva: No

Key Radiographic Findings

- Vertical intrabony defects on the mesial of teeth # 5 and 14
- A vertical intrabony defect on the mesial of tooth # 19
- Horizontal bone loss between teeth # 18 and 19 and around tooth # 31
- Severe horizontal bone loss of around 50% around mandibular anterior teeth
- No periapical radiolucency
- % bone loss/age = $50/38 = 1.32$

Periodontal Diagnosis

- Localized Stage III Grade C Periodontitis
- Alternative Diagnosis: Molar-Incisor Pattern Stage III Grade C Periodontitis
- In addition, patient was diagnosed with the following conditions:

- Other conditions affecting the periodontium
- Mucogingival deformities and conditions: Gingival recession on teeth # 2, 3, 14, 18, 19, 20, 23, 24, 25, 29, 30, and 31
- Tooth and prosthesis-related factors: Amalgam overhang on mesial of # 14
- Occlusal trauma: Secondary occlusal trauma

Etiology

- Microbial dysbiosis in a susceptible host

Contributing Factors

- Poor oral hygiene
- Infrequent professional mechanical plaque removal
- Defective restoration: Amalgam overhang on mesial of # 14

Treatment Plan

The following treatment plan was developed according to the S3 Level CPG for treatment of Stage I–III periodontitis.¹³

First Step in Therapy

- Oral hygiene instructions
- Supragingival dental biofilm control
- Professional mechanical plaque removal
 - Supragingival instrumentation
 - Correction of overhang amalgam on mesial of tooth # 14
- Reevaluation

Second Step in Therapy (cause-related therapy)

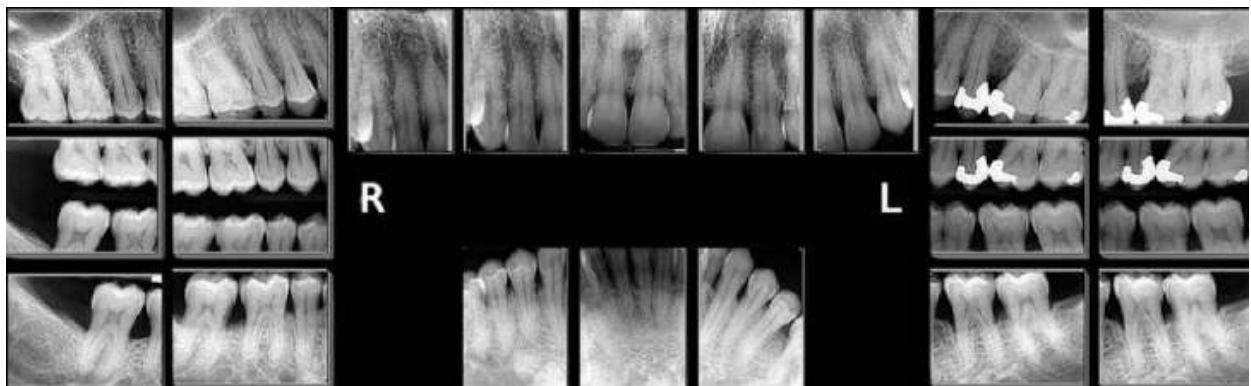
- Subgingival instrumentation at sites with periodontal pockets of greater than 3 mm
- Adjunctive use of chemotherapeutics (antiseptics)
- Fabrication of occlusal guard
- Periodontal reevaluation 4–8 weeks following subgingival instrumentation to evaluate if the endpoints of therapy have been achieved. In this case, sites with probing depths greater than 5 mm were present in the maxillary left, mandibular left, and mandibular right quadrants.

Third Step in Therapy

- Regenerative periodontal surgery for maxillary left quadrant based on the presence of intrabony defect on the mesial of # 14
- Resective periodontal surgery for mandibular right and left quadrant
- Postsurgical reevaluation

Supportive Periodontal Care

- Periodic periodontal examination (every three months) including updating radiographs, oral hygiene instructions, supragingival dental biofilm control and subgingival instrumentation (as needed), evaluation of occlusion and tooth mobility, and examination for other pathologic changes.



CASE SYNOPSIS

Patient is a 44-year-old African-American female who is referred to a periodontist by her general dentist with a chief complaint of “I was told that I need gum surgery.” She has hypertension and is taking losartan potassium, which is an angiotensin II **receptor** antagonist. She is also obese and her BMI is 37.1 kg/m². At initial visit, her blood pressure was 135/85 mm Hg with a heart rate of 80 beats per minute. Patient reports to be brushing twice a day and flossing once a day. Her last professional dental cleaning was done 2 months ago.

No significant findings were observed in extraoral and intraoral examinations except bilateral mandibular tori. Patient has amalgam restorations on teeth # 2, 4, 13, 14, 15, 18–21, and # 28–31. Patient had received root canal therapy and a porcelain fused to metal crown on tooth #3. Hard tissue exam showed missing of teeth # 1, 16, 17, and 32, and presence of active caries on teeth # 14, 20, and 29. Occlusal analysis demonstrated Angle’s molar and canine relationships of class III on the right side and class I on the left side with anterior crossbite. No occlusal interferences were detected. Clinical images and intraoral radiographs are presented in eFigs. 44.7 and 44.8, respectively.

Key Periodontal Findings

- BOP%: 36%
- Probing depths range: 1–12 mm
- Interdental Clinical Attachment Loss Distribution:
 - 1–2 mm: 14.3%
 - 3–4 mm: 14.3%
 - 5 mm or more: 25%
- Gingival recession range: 1–3 mm
- Teeth # 18 and 31 displayed grade II mobility with probing depths of 10–12 mm.
- Teeth missing due to periodontal disease: Teeth # 18 and 31 have a hopeless prognosis
- Need for complex rehabilitation: No
- Inadequate keratinized gingiva: No

Key Radiographic Findings

- Generalized moderate horizontal bone loss on the posterior teeth
- Severe horizontal bone loss of greater than 33% around # 14
- Severe vertical bone loss of around 50% on the mesial of # 18 and around 70% on the distal of # 18
- Moderate vertical bone loss of around 30% on the mesial of # 19 and around 20% on the mesial of # 30
- Bone loss of around 100% on the distal and furcation area of # 31
- **Periapical radiolucency** on tooth # 3
- % bone loss/age = 50/44 = 1.14

Periodontal Diagnosis

Localized Stage III Grade C Periodontitis

In addition, the patient was diagnosed with the following conditions:

- Other conditions affecting the periodontium
- Mucogingival deformities and conditions: Gingival recession on teeth # 2, 3, 13, 14, 15, 18, and 30

Etiology

- Microbial dysbiosis in a susceptible host

Contributing Factors

- Poor oral hygiene
- Obesity

Treatment Plan

The following treatment plan was developed according to the S3 Level CPG for treatment of Stage I–III periodontitis:¹³

First Step in Therapy

- Oral hygiene instructions
- Supragingival dental biofilm control
- Professional mechanical plaque removal
 - Supragingival instrumentation
- Risk factor control
 - Dietary counseling and weight loss
- Restorative consultation for treatment of active caries
- Caries control including diet control and prescribing fluoride toothpaste
- Endodontic consultation for tooth # 3
- Reevaluation

Second Step in Therapy (Cause-Related Therapy)

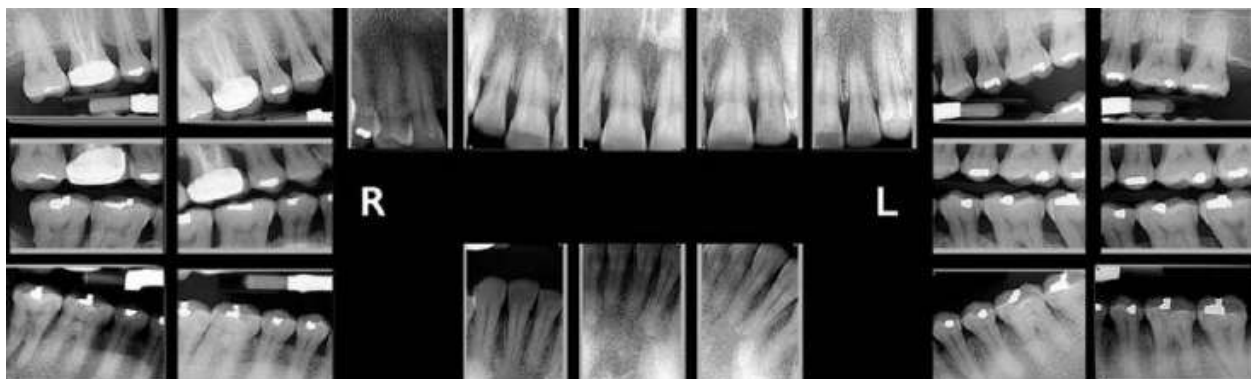
- Subgingival instrumentation at sites with periodontal pockets of greater than 3 mm
- Adjunctive use of chemotherapeutics (antiseptics)
- Periodontal reevaluation 4–8 weeks after subgingival instrumentation to assess whether the endpoints of therapy have been achieved. In this case, periodontal pockets of greater than 5 mm with bleeding on probing were present around several posterior teeth in all four quadrants.

Third Step in Therapy

- Resective periodontal surgery for maxillary right and maxillary left quadrants
- Regenerative periodontal surgery for mandibular left quadrant, based on the presence of intrabony defect on the mesial of # 19, in conjunction with extraction of tooth # 18
- Resective periodontal surgery for mandibular right quadrant in conjunction with extraction of tooth # 31
- Postsurgical reevaluation

Supportive Periodontal Care

- Periodic periodontal examination (every three months) including updating radiographs, oral hygiene instructions, supragingival dental biofilm control and subgingival instrumentation (as needed), evaluation of occlusion and tooth mobility and examination for other pathologic changes.



□ مهارت‌های درمانی پایه

دانشجو باید بتواند با نظارت مناسب:

- **Scaling** و حذف جرم‌های supra- و subgingival را انجام دهد.
- **Root planing / debridement** را در حد آموزش دوره انجام دهد.
- از ابزارهای دستی و اولتراسونیک به درستی استفاده کند.
- وضعیت لثه را قبل و بعد از درمان ارزیابی کند.
- اصول کنترل عفونت و ارگونومی حین کار را رعایت کند.

برای یک دانشجوی دندان پزشکی، در جرم‌گیری فقط شناختن ابزار کافی نیست؛ باید بتواند ابزار را درست انتخاب کند، با **Fulcrum** و **Adaptation** مناسب کار کند و جرم را بدون آسیب به بافت نرم و سطح ریشه بردارد.

□ وسایل و ابزارهای ضروری

۱. وسایل معاینه

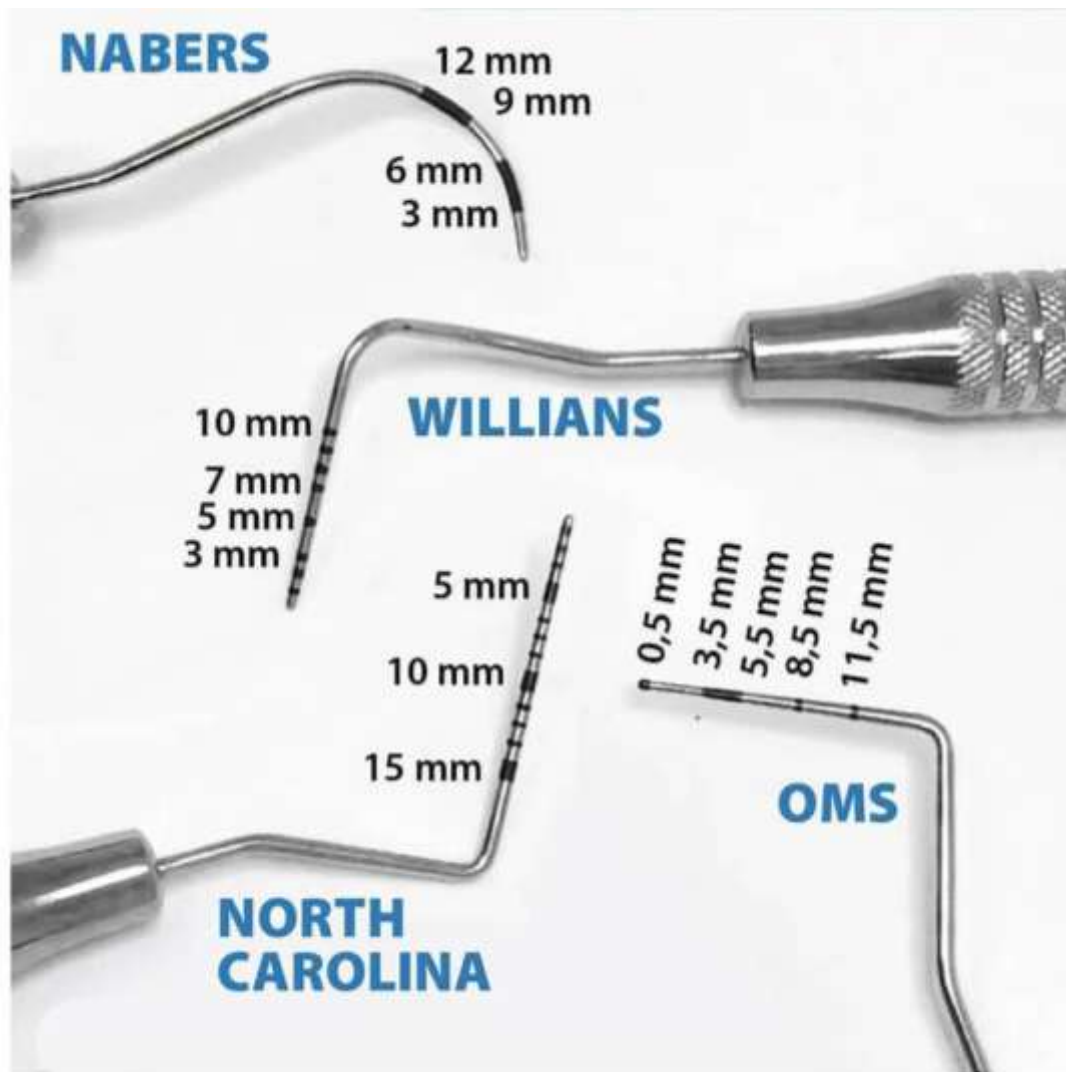
- Mouth mirror
- Explorer / periodontal probe
- Periodontal probe برای اندازه‌گیری پاکت

۲. ابزارهای جرم‌گیری دستی

- **Universal curette** مثل Columbia
- **Gracey curettes**، به خصوص:
 - 1/2 برای سطوح قدامی
 - 11/12 برای سطوح مزیاال خلفی
 - 13/14 برای سطوح دیستال خلفی
- **Sickle scaler** برای **supragingival calculus**
- شناخت تفاوت کاربرد **sickle**، **universal** و **Gracey**

۳. دستگاه اولتراسونیک

- Ultrasonic scaler
 - Tip مناسب
 - شناخت تفاوت استفاده از tip برای جرم‌های مختلف
 - کنترل فشار، حرکت و water spray
-



Probe UNC-15 Diagnostic Marking Periodontal

{ 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11-12-13-14-15 mm }



لیست پترن‌های تجاری اسکیلرها	پترن
شماره‌ها / مدل‌های رایج	
GF 1, GF 2, GF 3, GF 4, GF 5, GF 6, GF 21	Goldman-Fox
6/7	Goldman
15 ,7/8	Younger-Good (Young-Good)
H5, H6/H7, H1/2, H3/4	Hygienist
37/38 ,34/35 ,33 ,31/32 ,30 ,1	Jacquette
U15, U15/30, U15/33, S15	Towner
U15/30, U15/33	Towner-Jacquette
RIM 1, RIM 2, RIM 3, RIM 4	RIM
204S, 204SD ,204	204
N128, N137	Nebraska
3/4 ,1/2 ,0/00	Morse
3 ,2 ,1	Kramer-Nevins
CK-6, CK-6S (Mini)	Crane-Kaplan
5/6 ,1/2	Barnhart

□ مهارت‌هایی که باید حتما بدانیم:

۱. گرفتن صحیح ابزار

باید **modified pen grasp** را بلد باشد و فشار دست را کنترل کند.

۲. *Fulcrum*

ایجاد یک **fulcrum** پایدار و نزدیک به ناحیه کار برای کنترل بهتر ابزار بسیار مهم است.

۳. *Adaptation*

قسمت مناسب **working end** باید با سطح دندان تطابق داشته باشد؛ مخصوصاً در Gracey curette.

۴. *Angulation*

دانشجو باید زاویه مناسب بین **face** ابزار و سطح دندان را بشناسد و در طول حرکت حفظ کند.

۵. *Activation*

حرکت ابزار باید کنترل شده باشد:

- برای calculus سنگین، Heavy / Short strokes
- برای finishing، حرکات سبک‌تر Light / Long
- عدم وارد کردن فشار بیش از حد

باید بتواند شکل سطح:

- فاسیال
- لینگوال/پالاتال
- مزیال
- دیستال
- نواحی line angle
- furcation

را در حین کار در ذهن خود تصور کند.

□ ترتیب یک جرم‌گیری استاندارد

Examination →

Plaque/calculus detection →

Instrument selection →

Supragingival scaling →

Subgingival debridement →

Root surface evaluation →

Polishing →

Oral hygiene instruction →

Re-evaluation

نکته مهم: هدف جرم‌گیری فقط "صاف کردن دندان" نیست؛ هدف اصلی حذف biofilm و calculus و ایجاد شرایطی است که بیمار بتواند پلاک را کنترل کند، در حالی که به اپی‌تلیوم، لثه و سطح ریشه آسیب غیرضروری وارد نشود.



دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی - دانشکده دندانپزشکی - بخش پرودانتیکس

ارزشیابی فعالیت های عملی پرودانتیکس/ واحد پریو ۱ عملی گروه روز استاد

ردیف	نام	جلسه اول	دوم	سوم	چهارم	پنجم	ششم	میانگین جلسات	مهارتی	آسکی	نهایی
۱											
۲											
۳											
۴											
۵											
۶											
۷											

پرونده پرIODنتال دوره عمومی

کد: DS-SAA-FM-56	فرم پرونده معاینات پرودنتال دوره عمومی	دانشکده دندانپزشکی
شماره بازنگری: 00		دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

پرونده معاینات پرودنتال دوره عمومی	بخش پرودنتیکس دانشکده دندان پزشکی شهید بهشتی
نام دانشجو:	پریو عملی ۴ / ۳ / ۲ گروه: استاد:
شماره پرونده بیمار:	تاریخ:

Patient interview

نام: جنس: سن: شغل: تلفن همراه:

آدرس: تلفن ثابت:

سابقه پزشکی: قلبی عروقی، کم خونی، دیابت، غدد اندوکرین، استئوپروز، نارسایی کلیوی، بیماری کبدی، هپاتیت، سیستم ایمنی، بارداری، پرودنماتی، روماتیسم، سیگار، اعتیاد، آلرژی، اتوایمیون

مصرف دارو: نام: مدت استفاده:

میزان تجویز شده: توضیحات:

سابقه دندان پزشکی / تناوب مراجعات: درمان های پرودنتال قبلی:

شکایت پرودنتالی: خونریزی لثه، بوی بد دهان، درد و حساسیت - لقی دندان - ارجاع از سوی دندان پزشک

شرایط سیستمیک (مصرف سیگار، سوء مصرف، بارداری و دوران شیردهی برای یاتوان، ...):

Clinical Data

معاینات خارج دهانی: سر و صورت، گردن، غدد لنفاوی، لب، گونه، کف دهان

Gingival Color: _____ Gingival Bleeding: _____

Contour: _____ Shape: _____ Consistency: _____

Occlusal findings: (crowding, cross bite, premature contact, disorders,):

Parafunction & Wasting defects:

TMJ Disorders (subjective & Objective data):

کد: DS-SAA-FM-56	فرم معاینه دوره عمومی	دانشکده دندانپزشکی
شماره بازنگری: 00		دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

Radiographic Data

PDM _____ LD _____ Furcation Lucency _____
 Bone loss: Horizontal _____ Vertical _____
 C/R ratio>1: _____ BW Violation _____ Caries _____ Overhang _____
 Root Form (Resorption, short root, Proximity, ...) _____

Diagnosis: _____

Overall Prognosis: _____

Individual Prognosis: _____

Master Plan for total treatment:

Preliminary phase: _____

Etiotropic phase: _____

Reevaluation: _____

Surgical phase: _____

Restorative phase: _____

SPT: _____

Recall frequency: First Year _____ Class: _____ Every _____

کد: DS-SAA-FM-56	فرم معاینه دوره عمومی	دانشکده دندانپزشکی
شماره بازنگری : 00		دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

تاریخ	درمان	تعیین توبت بعدی	نام دانشجو	امضا استاد	ارزشیابی

توضیحات: _____

امضاء استاد: