



وضعيات الطبيب والمريض 2

د. عاطف العبدالله

مداواة الأسنان المحافظة 3

02/10/2018



02

نظري

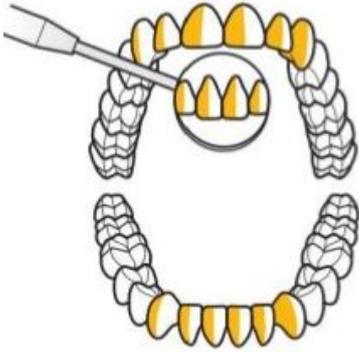
60 S.P

10

RB De^stistry

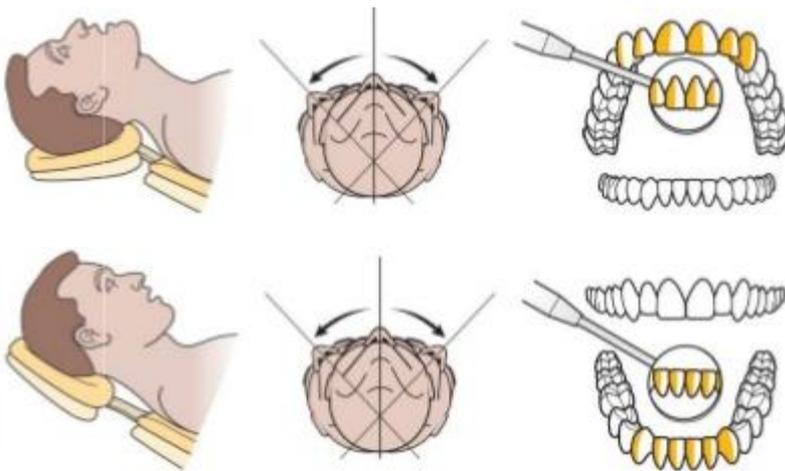
الوضعية الأمامية اليمنى (الساعة 7) (7 O'clock Position):

➤ وتدعى بالوضعية رقم (٧) أو (٨) ومقابلها الوضعية رقم (٥) عند مستخدمي اليد اليسرى وهي **أكثر الوضعيات استخداماً** في العيادة لأن معظم المرضى الذين يأتون للعيادة يكون العمل لديهم مداواة ترميمية وليبية وبعض المرضى من أقسام واختصاصات أخرى.



➤ وتفيد هذه الوضعية في فحص المريض ولكنها لا تتيح إمكانية السيطرة على كامل الحفرة الفموية وأكثر السطوح وصولاً ضمن هذه الوضعية:

1. السطوح الدهليزية الأمامية والسطوح الإطباقية اليمنى الخلفية وذلك ضمن الفك السفلي.
2. السطوح الدهليزية الأمامية العلوية.



➤ يمكن في هذه الوضعية إدارة رأس المريض تجاه الطبيب لتحسين الرؤية حتى لو سبب ذلك إزعاج للمريض لأن المهم هو إنجاز العمل بشروط تريح الطبيب فالمريض لن يجلس على الكرسي السني لمدة طويلة (ربع ساعة إلى نصف ساعة) وبالتالي اختيار الوضعية الأكثر راحة للطبيب في العمل.

▪ ملاحظة: بعض الأطباء يتخذون وضعية جلوس معينة لكن يجلسون في مكان وضعية أخرى (مثلاً: طبيب يتخذ الوضعية رقم 7 ويجلس مكان الوضعية رقم 11) وهذا الشيء خاطئ.

الوضعية اليمنى (الساعة 9): Right Position (9 O`clock):

- مقابلها الوضعية رقم 3 عند مستخدمي اليد اليسرى.
- يجلس الطبيب المعالج في هذه الوضعية يمين المريض مباشرة حيث تكون هذه الوضعية أقرب للمريض من الوضعية رقم 7 وتكون فيها الرؤية أوضح فيمكن للطبيب التحكم بزواوية الرؤية بشكل أكبر وتحديد المسافة بشكل جيد.

ويتحكم الطبيب من خلال هذه الوضعية برؤية:

1. السطوح الدهليزية للأسنان الخلفية العلوية والسفلية اليمنى مباشرة.
2. السطوح الإطباقية للأسنان الخلفية السفلية اليمنى وخاصة في حالات نخور الصنف الأول والثاني.

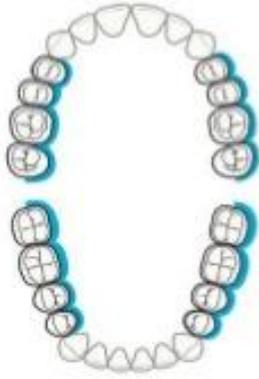


المريض الذي يعاني من رهاب مرتفعات يشعر بالخوف من السقوط عند رفع الكرسي للأعلى، فلا يجب على الطبيب إذا كان طويلاً أن يقوم برفع الكرسي للأعلى بشكل كبير بل يجب المحافظة على وضعية العمل الصحيحة (الفخذين موازيين للأرض وكامل القدم على الأرض).

الوضعية الخلفية اليمنى (الساعة 11): Right Rear Position (11 O`clock):

- مقابلها الوضعية رقم 1 عند مستخدمي اليد اليسرى.
- في هذه الوضعية يجلس الطبيب المعالج خلف المريض (عند رأس المريض) وإلى اليمين قليلاً، ويضع يده اليسرى حول رأس المريض.
- تعد هذه الوضعية **أكثر الوضعيات شيوعاً** والمفضلة لأغلب الإجراءات السنية، ويمكن الوصول من خلالها لأغلب المناطق الفموية سواءً برؤية مباشرة أو غير مباشرة.
- وهي وضعية جيدة جداً من أجل عمليات **التقليل** حيث تحتاج إلى نقطة استناد لتثبيت فك المريض، ويكون كتف الطبيب على سنادة الكرسي وليس على رأس المريض وتلتف يد الطبيب من خلف الكرسي دون ملامسة رأس المريض إلا بإصبعي السبابة والإبهام حيث يُسند فك المريض وخاصة الفك السفلي بالعمليات التي تحتاج إلى قوة كعمليات التقليل.



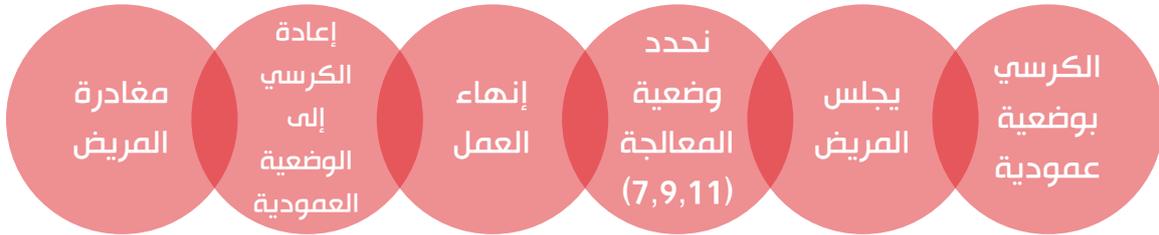


تتتمل مناطق العمل بوضعية الساعة 11:

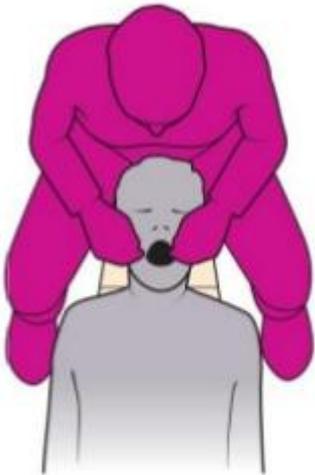
1. الفك السفلي برؤية مباشرة ولا سيما لأسنان الجهة اليسرى.
2. الفك العلوي برؤية غير مباشرة لسطوحه القاطعة والحنكية والإطباقية.

ملاحظات:

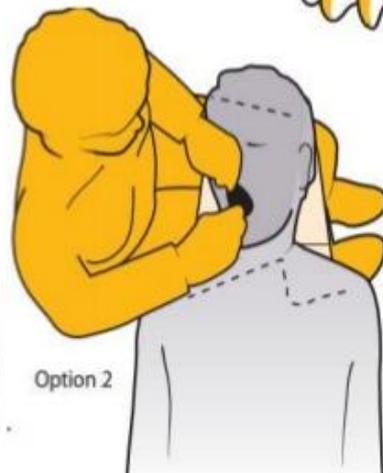
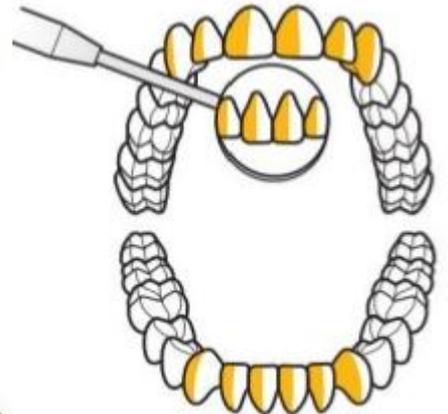
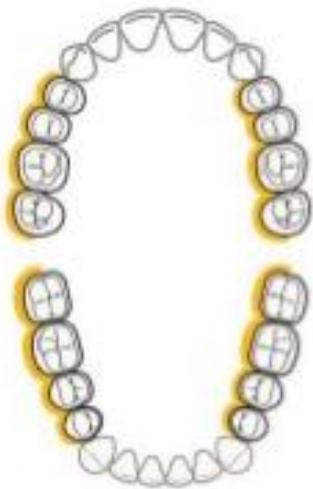
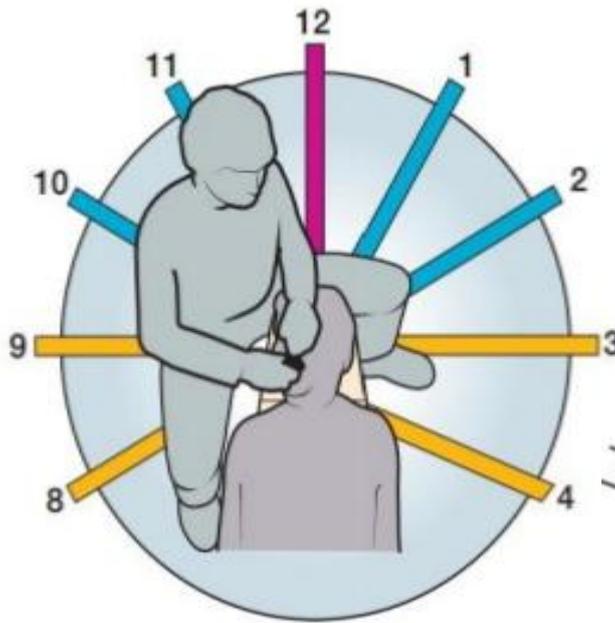
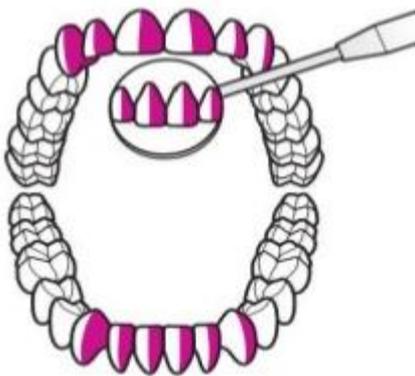
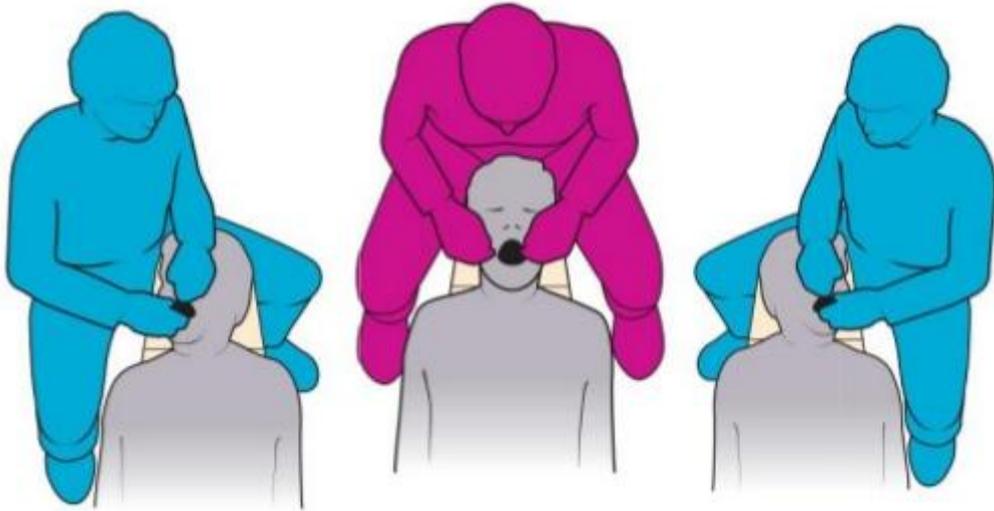
- ✎ عندما يجلس المريض على الكرسي يكون الكرسي بالوضعية العمودية ونختار وضعية العمل بعد جلوسه، وهناك بعض الكراسي السنية مبرمجة بحيث نستطيع تحديد الوضعية المختارة من خلال الضغط على زر تحكم (وضعية الساعة (7,9,11...)) وعند نهاية المعالجة نضغط زر (Reset) فيعود الكرسي للوضعية العمودية.
- ✎ لا يجب أبداً الطلب من المريض أن يغادر الكرسي بوضعية العمل خاصة إذا كان المريض مسن أو طفل صغير لأنه يمكن أن يتعرض للسقوط إذا كان الكرسي مرتفع، والوضعية العمودية هي الوضعية الأقرب ما يمكن للأرض وبالتالي المريض يمكنه النزول من على الكرسي بشكل مريح.



الوضعية الخلفية (الساعة 12) :Direct Rear Position:



- وهي الوضعية المشتركة بين مستخدمي اليد اليسرى واليمنى
- يجلس الطبيب المعالج خلف المريض مباشرة، وهي وضعية ممتازة للعمل برؤية مباشرة للسطوح اللسانية للأسنان الأمامية السفلية ورؤية غير مباشرة للسطوح الحنكية للأسنان الأمامية العلوية، وهي وضعيات ذات تطبيقات محددة.
- والرؤية غير المباشرة هي وضعية صعبة وتحتاج للمران، لكن عند التعود عليها تصبح مريحة وممتعة جداً ويتم من خلالها التحكم بالسن بشكل أكبر من الرؤية المباشرة لأنها الوضعية الوحيدة التي يحافظ فيها الطبيب على وضعية جلوس صحيحة فهي تحافظ على استقامة ظهر الطبيب ورؤية جيدة.



أكثر المناطق تجمعا للقلح هي:

1. السطوح اللسانية للقواطع السفلية مكان فوهة قناة الغدة تحت الفك (وارطون) وقناة الغدة تحت اللسان (بارتولان).
2. السطح الدهليزي للرحى الثانية العلوية عند فوهة قناة الغدة النكفية (ستينون).

■ والسبب هو احتواء لعاب بعض المرضى على نسبة مرتفعة من شوارد الكالسيوم فتترسب في المنطقة المقابلة لفوهة قنوات الغدد اللعابية وتسبب القلح، فمثلاً بعض المرضى لديهم نسبة مرتفعة جداً من شوارد كالسيوم في اللعاب ويحتاجون للتقليل كل 3 أشهر تقريباً.



3. الفك المقابل للفك الذي يأكل عليه المريض إذا كان يأكل على طرف واحد فقط.

لماذا يكون تجمع القلح أكبر بالفك المقابل للفك الذي يأكل عليه المريض؟

- لأن الفك الذي لا يأكل عليه المريض **محروم من التنظيف الغريزي** حتى لو قام المريض بتفريش أسنانه فالقلح لا يُزال بالتفريش العادي إنما يحتاج لأدوات خاصة، وبالتالي إذا كان المريض يأكل على طرف واحد يجب تنبيهه على أن يأكل على الطرفين.
- بشكل عام 90% من الأشخاص يأكلون على طرف واحد يكون بسبب سوء إطباق من الصغر دون ملاحظة ذلك، وهذا يسبب عدم تناظر وجهي (أحد طرفي الوجه أسمن من الطرف الآخر) وذلك بسبب ضخامة العضلة الماضغة في الطرف الذي يأكل عليه المريض.
- وإذا كان هذا التضخم قد حصل خلال فترة البلوغ (14-15 سنة) نلاحظ انحراف في الفك أي الحافة السفلية للفك في جهة أطول من الجهة الأخرى وذلك بسبب شد في العضلة مع نمو في الفك فيحدث انحراف في الفك، وفي هذه الحالة يجب اخبار المريض بالمشكلة الحاصلة ونحوه إلى طبيب لتصحيح حالة سوء الإطباق.

الأخطاء الشائعة في العيادات

من الأخطاء الشائعة في أغلب العيادات والمسؤول عنها الطبيب هي قلع الرحي الأولى العلوية أو السفلية لاعتقاده أنها رحي مؤقتة.

فمثلاً: نصادف في العيادة مريض بعمر (20-21 سنة) يأكل على طرف واحد من الفك وبالفحص نجد لديه فقد سن بالطرف المقابل وهذا السن غالباً يكون رحي أولى سفلية أو علوية.

✓ وقد نجد فقد أربعة أرحاء (فقد رحي بكل نصف فك) وذلك بسبب التشابه بين الأسنان المؤقتة والأسنان الدائمة، وخاصة الرحي الأولى العلوية الدائمة مع الرحي الثانية العلوية المؤقتة بالشكل والحجم مما يجعل الطبيب يعتقد أن الرحي الأولى الدائمة هي رحي مؤقتة ويقوم بقلعها عند وجود نخر فيها دون تصوير شعاعي أو دون سؤال المريض عن عمره، وعند عمر 12 سنة تبزغ الرحي الثانية الدائمة ويكون هناك فراغ مكان الرحي الأولى فيحدث انسلال للرحي الثانية، وتطاول للسن المقابل وبالتالي ضياع مفتاح الإطباق.

مثال ثانٍ: طفل بعمر 9 سنوات لديه رحي ثانية مؤقتة واسعة التهدم، قام الطبيب بقلعها وبدلاً من تركيب حافظة مسافة أخبر أهل الطفل أن هذا السن غائب أي أن برعم السن الدائم غير موجود وقام بتركيب جسر من الرحي الأولى الدائمة إلى الضاحك الأول (علماً أن الجسر مضاد استطباب قبل عمر 18 سنة)، وعند عمر 10 سنوات بزغ الضاحك الثاني لكن دون وجود مكان للبزوغ بسبب الجسر وبالتالي بزغ إلى الجهة الحنكية وعند مراجعة الطبيب تم إخبار أهل الطفل بأنه سن زائد يحتاج للقلع.

بهذه الحالة نلاحظ عدة أخطاء:

1. قلع رحي مؤقتة دون حافظة مسافة.
2. تعويض ثابت دون وجود اكتمال في النمو.
3. عدم ترك مسافة للضاحك الثاني الدائم لبيزغ وبالتالي اعتقد أنه سن زائد.

■ ومن حسن الحظ أن المريض راجع لطبيب آخر قبل قلع الضاحك والحل كان:

إزالة الجسر ← سحب الضاحك تقويمياً إلى مكانه الصحيح (وسحبه سهل ولا يأخذ الكثير من الوقت).

■ بعد ارتصاف الأسنان يكون إجبارياً إعادة تنويع الضاحك الأول والرحى الأولى الدائمة لأنهم محضران مسبقاً.

ملاحظة

عند العمل بالمداواة اللبية يتم تصوير 5 صور:



أهم صورة من هذه الصور الخمسة هي الصورة التشخيصية

✎ يجب أن يتم تصوير صورة بانوراما تشخيصية لكل مريض يدخل العيادة وبحال وجود جهاز تصوير أشعة في العيادة يمكن تصوير باقي الصور للتأكيد لكن **قبل البدء بالعمل يجب أن يكون لدينا صورة بانوراما تشخيصية**، فمهما كان الطبيب ماهراً ومتفوقاً هناك أمور لا يمكن تحديدها إلا من خلال التصوير الشعاعي، فكثير من الحالات التي تم فيها اكتشاف أكياس في الفكين بالصدفة عن طريق الصور الشعاعية.

فمثلاً: مريضة بعمر 18 سنة راجعت العيادة من أجل ضاحك علوي، وعند التصوير الشعاعي تم اكتشاف كيس كبير (لم يبقى سوى 2 ملم من حافة العظم) ولو تم الانتظار 6 أشهر لتعرضت لكسر بالفك نتيجة رحي ثالثة منطمرة.

بالنتيجة: الصورة التشخيصية البانورامية مهمة جداً، ويجب استخدامها بشكل كبير

اعتبارات مهمة للطبيب

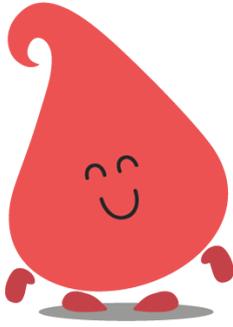
- أثناء العمل على الفك العلوي: يجب توجيه السطوح الإطباقية العلوية عمودياً على الأرض.
- أثناء العمل على الفك السفلي: يجب توجيه السطوح الإطباقية السفلية لتشكّل زاوية 45 مع الأرض.
- يمكن تدوير رأس المريض بأي اتجاه لسهولة التعامل والرؤية أثناء العمل.
- العمل دوماً بوضعية الجلوس (ظهر مستقيم - قدمان متباعدتان لتوزيع ثقل جسم الطبيب بشكل متساو)، سواءً على الفك العلوي أو الفك السفلي (فأنت طبيب ولست حلاق).
- عند وجود عدد كبير من المرضى في العيادة لا يجب العمل بطريقة خاطئة لاختصار الوقت.
- يجب على الطبيب دوماً أن يحافظ على مسافة بينه وبين رأس المريض مشابهة للمسافة عند قراءة كتاب (14-16 إنش) أي ما يعادل (30-35 سم).

- من التقنيات الجديدة المستخدمة هي النظارات المكبرة خاصة في المداواة اللبية وهي توضح الرؤية بشكل جيد.
- يجب عدم توحيد الوضعية لكافة المعالجات.

مثال 1: استخدام وضعية رقم 7 مثلاً لكافة المعالجات.

مثال 2: استخدام مسندة MOD لكل أصناف الحفر (MO-DO-MOD) وهو أمر مرفوض.

لا يمكننا التحكم بالوصول إلى المناطق المختلفة في الحفرة الفموية عبر اتخاذ وضعية واحدة فقط لذلك ينبغي انتقاء الوضعية الأنسب للعمل في كل حالة.



- ✓ هناك دائماً خوف من الشيء المجهول (مثلاً طالب معتاد على العمل بوضعية الرقم 7 وبالتالي يخاف من تجربة بقية الوضعيات).
- ✓ لكن المطلوب هو: تجريب كافة الوضعيات الآن في مرحلة الدراسة حتى يصبح هناك تعود على كافة الوضعيات وبالتالي سيكون لدى الطبيب ثقة عند الجلوس أمام المريض في عيادته الخاصة.

- يجب على الطبيب ألا يستخدم صدر المريض كطاولة أدوات فلا يجب وضع أي أداة (مسبر- مصقلة - إبرة خياط ...) على صدر المريض حتى بوجود شانة، وعلى الطبيب أن يقلل من التماس غير المبرر مع المريض قدر الإمكان.
- نحاول قدر الإمكان عدم تبديل وضعية الكرسي أثناء العمل لأنه عند تبديل الوضعية أثناء العمل سنتلوث أزرار التحكم، وفي حال نسيان تعقيمها سينتقل التلوث للمريض التالي حتى عند لبس كفوف جديدة، ويمكننا في حال احتجنا إلى التعديل استخدام منديل ورقي أو كف نايلون خاص.

تبادل الأدوات:

1. إن منطقة تبادل الأدوات يجب أن تكون **إلى الأسفل من ذقن المريض**، وفوق صدره بعدة سنتمترات حتى لا تسقط إحدى الأدوات على وجهه.
2. عند التبديل المناسب للأدوات يكون من غير الضروري أن يقوم أخصائي الترميمية بنقل عينه من منطقة العمل.
3. كل أداة يجب أن تستخدم بشكل كامل على كل الأسنان قبل الانتقال للأداة التالية وهذا سوف يحقق تبديل أصغري للأدوات، وسوف يؤدي إلى توفير الوقت وإنقاص وقت جلسة المريض على الكرسي وتزيد الإنتاج
4. لا يجب جعل المريض أو أحد أفراد عائلته إذا كان المريض طفلاً أن يعمل كمساعد في العيادة (مثلاً وضع اللقافة القطنية- مسك المرأة...).
5. يجب أن تكون صينية أدوات موجودة على يمين الطبيب أثناء العمل والمساعدة بجانبه.



فيكون عمل المساعدة هو:

1. مزج اسمنت (تحضير حشوة عصب مثلاً).
 2. تحضير الأدوات وتحضير الصينية قبل العمل.
 3. مسك ماصة اللعاب أو فاتح الفم.
- أي وظيفتها مساعدة الطبيب حتى يقوم بأدائه فقط (فهي ليست طبيب).

إضاءة مساحة العمل:

- ضوء العمل يجب أن يكون موضوع على بعد ذراع من الطبيب، إذا كان الضوء أقرب من ذلك إلى مجال العمل فهذا لن يزيد من شدة الإضاءة أو الرؤية لكن قد يزيد من ازعاج المريض من الحرارة المتولدة إضافة إلى إعاقة الطبيب، لذلك يجب أن يكون هناك مسافة كافية بين وجه المريض وعاكس الضوء.
- كلما اقترب الضوء من وجه المريض كلما ضاقت مساحة الرؤية.
- ضوء الجهاز يضعف مع الزمن لذلك يجب تبديله كل فترة زمنية.
- يجب مسح العاكس وواقية العاكس لأن الرذاذ الذي يأتي من القبضة والدم واللعاب سيسببوا ضعف بالإضاءة.
- يجب مسح طاقة الضوء مع زر التشغيل.

الوضعية المنخفضة للضوء: تستخدم من أجل القوس السنية العلوية وعند استخدام الرؤية غير المباشرة والسبب هو: استخدام المرآة بالرؤية غير المباشرة حتى لا ينعكس الضوء منها على عيون الطبيب.

أما الوضعية المرتفعة للضوء: تستخدم عند العمل على القوس السني السفلي وعند استخدام الرؤية المباشرة.

↪ حالياً بعض القبضات تأتي مع ضوء صغير وهي تسهل العمل بشكل كبير خاصة عند **مرض اللسان العرطل** مع **الخد السمين**.

وبهذه الحالة نقوم باستخدام فاتح الفم مع مبعد اللسان لأنه عند إبعاد الخد سيغطي اللسان السطح الطاحن للسن، وعند إبعاد اللسان سيغطي الخد المنطقة فمهمة مبعد اللسان هي أن يقوم بحبس اللسان وإراحته من واجباته لأنه يعطي انطباع مضخم عن الحفرة أو العمل عندما يستخدمه المريض لمعرفة شكل الحفرة وحجمها، ويمكن إبعاد الخد بالمرآة لتصبح مساحة العمل واضحة بشكل جيد حيث يمكن للطبيب العمل على السطح الدهليزي أو السطح الطاحن أو حتى على السطح الوحشي لرحى ثنائية سفلية دون أن يكون هناك أية مشكلة.

صينية الأدوات:

- تعبر عن أناقة الطبيب.
- تتضمن بشكل رئيسي مسبر، ملقط، مرآة فموية، قطن حسب الحاجة، الأدوات الأخرى هي علبة (جفنة) وقطن للاستعمال مرة واحدة ينتج بشكل كريات أو لفافات.
- **توضع فيها الأدوات حسب الحاجة:** مثلاً عند ترميم بالأملغم يجب تجهيز (جرن، مدفع، منحتة، مصقلة....)، وعند التخدير (تكون المحقنة مجهزة وموضوعة على جانب الصينية مع مبعد الشفاه عند العمل على سن أمامي (ترميم كومبوزيت)، السوائل المراد استخدامها، حشوة مؤقتة، ماء جافيل، أي نضع الأدوات اللازمة للاستعمال.
- في حال عدم تعقيم صينية الأدوات يجب وضع شاة تستخدم لمرة واحدة وعند الانتهاء من العمل نتخلص منها وتمسح الصينية بمطهر سطوح ونضع شاة ثانية لمريض ثاني مع أدوات ثانية معقمة.

كيف نعقم الأدوات؟

- 1- نقع الأدوات بحوض يحوي ماء دافئ (حتى تنحل بقايا الدم وبقايا اللعاب العالقة على الأدوات) وخاصة بحالات القلع حيث تكون الروافع مليئة بالدم.
- 2- غسل الأدوات. 3- التجفيف. 4- التعقيم

هل مبعد الشفاه هو نفسه فاتح الفم مع مبعد اللسان؟

- ✓ لا لأنه خاص بالشفاه فقط ولا يُبعد اللسان ويستخدم عند العمل على الأسنان الأمامية (صنف ٣،٤،٥) من أجل الناحية التجميلية.

بعض الملاحظات

- ✘ شاة المريض مهمة جداً لعدم تلويث ثياب المريض أو تخريبها ولتجنب المشاكل.
- ✘ مسندة الرأس عند المريض مهمة ويجب دائماً أن يكون كتف ورأس المريض على مستوى واحد (يكون القحف مع الظهر في مستوى واحد) ولا يجب إرجاع رأس المريض كثيراً إلى الخلف حتى لا ييلع بعض الأدوات وخاصة أدوات اللبية لأنه مجرد أن وقعت الأداة في فم المريض بلعها بشكل لا شعوري خاصة إذا كان رأسه للخلف.
- ✘ تحتوي الأدوات اللبية على ثقب من أجل ربطها بخيط ويكون الخيط مربوطاً بيد الطبيب.
- ✘ يمنع منعاً باتاً على الطبيب أن يعمل بأداة لبية دون أن تكون عينه معها.

انتهت المحاضرة