

| | |
|---------------------|---|
| سرشناسه | : حبیبی، لیلی، ۱۳۶۶- |
| عنوان و نام پدیدآور | : مجموعه سوالات تفکیکی دندانپزشکی DDQ درمان اختلالات تمپورومندیبولار و اکلوزن اکسون ۲۰۲۰ گردآوری و تألیف لیلی حبیبی، هدی قدرتی؛ زیرنظر سارا توکلی‌زاده. |
| مشخصات نشر | : تهران: شایان‌نمودار، ۱۳۹۹. |
| مشخصات ظاهری | : ۱۸۱ص. |
| شابک | : ۹۷۸-۹۶۴-۲۳۷-۵۷۰-۷ |
| وضعیت فهرست نویسی | : فیبا |
| یادداشت | : سوالات کتاب حاضر برگرفته از کتاب "Management of temporomandibular disorders and occlusion, 8th. ed, 2020 اثر جفری پی. اکسون است. مفصل گیجگاهی فکی -- بیماری‌ها -- آزمون‌ها و تمرین‌ها .Temporomandibular joint -- Diseases -- Examinations, questions, etc مال‌اکلوزیون -- آزمون‌ها و تمرین‌ها .Malocclusion -- Examinations, questions, etc دندانپزشکی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها .Dentistry -- Examinations, questions, etc |
| موضوع | : موضوع |
| موضوع | : موضوع |
| موضوع | : موضوع |
| موضوع | : موضوع |
| موضوع | : موضوع |
| شناسه افزوده | : قدرتی، هدی، ۱۳۷۳- |
| شناسه افزوده | : توکلی‌زاده، سارا، ۱۳۶۲- |
| شناسه افزوده | : اکسون، جفری پی. |
| شناسه افزوده | : Okeson, Jeffrey P. |
| رده بندی کنگره | : RK470 |
| رده بندی دیویی | : ۶۱۷/۵۲۲ |
| شماره کتابشناسی ملی | : ۷۴۳۱۰۵۵ |

نام کتاب: مجموعه سوالات تفکیکی دندانپزشکی DDQ درمان اختلالات تمپورومندیبولار و اکلوزن اکسون ۲۰۲۰

گردآوری و تألیف: دکتر لیلی حبیبی، دکتر هدی قدرتی

تحت نظارت: دکتر سارا توکلی‌زاده

ناشر: انتشارات شایان نمودار

مدیر تولید: مهندس علی خزعلی

حروف چینی و صفحه آرایی: انتشارات شایان نمودار

طرح جلد: آتلیه طراحی شایان نمودار

نوبت چاپ: اول

شمارگان: ۵۰۰ جلد

تاریخ چاپ: زمستان ۱۳۹۹

شابک: ۹۷۸-۹۶۴-۲۳۷-۵۷۰-۷

قیمت: ۷۸۰،۰۰۰ ریال



شایان نمودار

دفتر مرکزی: تهران/ میدان فاطمی/ خیابان چهلستون/ خیابان دوم/ پلاک ۵۰/ بلوک B/ طبقه همکف/ تلفن: ۸۸۹۸۸۸۶۸



وب سایت: shayannemoodar.com



اینستاگرام: Shayannemoodar

(تمام حقوق برای ناشر محفوظ است. هیچ بخشی از این کتاب، بدون اجازه مکتوب ناشر، قابل تکثیر یا تولید مجدد به هیچ شکلی، از جمله چاپ،

فتوکپی، انتشار الکترونیکی، فیلم و صدا نیست. این اثر تحت پوشش قانون حمایت از مولفان و مصنفان ایران قرار دارد.)

مقدمه

به نام خدا

در عصری که بشر به دنبال یافتن حیات بر روی سایر سیارات بود، شاید هیچگاه تصور نمی‌کرد روزی نفس کشیدن روی همین کره خاکی برایش دشوار گردد. سرعت پیشرفت علم و آرزوی تصاحب جهان بیکران مانع از درک ضعف و ناتوانی انسان می‌شد. کوچکترین آفریده خالق هستی آنچنان ضربه اقتصادی و اجتماعی به جوامع بشریت تحمیل کرد که از حوزه تصور انسان خارج بود.

شاید این تلنگری بود برای یادآوری ضعف بشر در برابر قدرت بی‌مثال پروردگار هستی؛ خالق تمام اجزای وجودی انسان از جمله دستگاه دقیق و ظریف جونده. پروردگار هستی را شاکریم که به ما قدرت داده تا دستان شفا بخشی باشیم و با شناخت و درک هرچه بهتر عملکرد دندانها، عضلات و مفاصل به بیمارانمان برای بهبود کیفیت زندگیشان یاری رسانیم.

مجموعه حاضر؛ با بررسی موشکافانه متن و مفاهیم کتاب اوکیسون ۲۰۲۰ با هدف آمادگی دستیاران و همکاران عزیز جهت امتحانات ارتقا و بورده و نهایتاً آموزش جامع مفاهیم این کتاب گردآوری شده است.

برخود لازم میدانیم؛ از زحمات بی دریغ استاد گرامی سرکارخانم دکتر سارا توکلی‌زاده که با نهایت دقت در ویرایش این اثر همت ورزیدند؛ قدردانی کنیم. همچنین از مدیریت محترم انتشارات شایان نمودار جناب مهندس خزعلی و سرکار خانم آقازاده که در مسیر تدوین این کتاب کمک بسیاری کردند، تشکر می‌نماییم.

بی شک این مجموعه خالی از اشکال نبوده، در پایان از تمامی همکاران و اساتید گرانقدر درخواست می‌نماییم که نظرات و انتقادات خود را به آدرس Hiyam1365@yahoo.com ارائه فرمایند.

تقدیم به تمام بیمارانی که با صرف وقت؛ مسیر آموزش علم را هموارتر نمودند.

هدی قدرتی - لیلی حبیبی

زمستان ۱۳۹۹

فهرست مندرجات

سوالات

پاسخنامه

| | |
|----------------------------|-----|
| فصل هشتم (سوال ۱۲۱)..... | ۵ |
| فصل نهم (سوال ۸۵)..... | ۲۵ |
| فصل دهم (سوال ۶۵)..... | ۳۸ |
| فصل یازدهم (سوال ۵۱)..... | ۴۸ |
| فصل دوازدهم (سوال ۴۲)..... | ۵۶ |
| فصل سیزدهم (سوال ۴۶)..... | ۶۳ |
| فصل پانزدهم (سوال ۴۹)..... | ۷۰ |
| فصل هشتم..... | ۷۹ |
| فصل نهم..... | ۱۰۵ |
| فصل دهم..... | ۱۲۰ |
| فصل یازدهم..... | ۱۳۴ |
| فصل دوازدهم..... | ۱۴۶ |
| فصل سیزدهم..... | ۱۵۷ |
| فصل پانزدهم..... | ۱۶۹ |

فصل هشتم: نشانه‌ها و علائم اختلالات تمپورومندیولار

۱- در مورد درد میوژنوس کدام یک از عبارات زیر صحیح نیست؟

الف) نوعی از درد عمقی است.

ب) در صورت مداوم شدن، روی CNS اثر می‌گذارد.

ج) دارای اثر سیکلیک است.

د) درد عمقی می‌تواند باعث ایجاد آن شود.

۲- کوتاه شدگی فانکشنال عضله لترال تریگوئید تحتانی سمت راست، کدامیک از پیامدهای زیر را دارد؟

الف) *disclusion* دندان‌های خلفی سمت راست- تماس پیش رس دندان‌های قدامی سمت چپ

ب) *disclusion* دندان‌های خلفی سمت راست- تماس پیش رس دندان‌های قدامی سمت راست

ج) *disclusion* دندان‌های خلفی سمت چپ- تماس پیش رس دندان‌های قدامی سمت چپ

د) *disclusion* دندان‌های خلفی سمت چپ- تماس پیش رس دندان‌های قدامی سمت راست

۳- شایع‌ترین شکایت بیماران مبتلا به اختلالات عضلات جونده چیست؟

الف) محدودیت حرکت

ب) درد

ج) مال اکلوزن حاد

د) صدای کلیک مفصل

۴- بیماری قادر نیست دندان‌ها را در حالت اکلوزن طبیعی ببندد، علت چیست؟

الف) جا به جایی قدامی دیسک

ب) در رفتگی در حالت دهان باز

ج) اختلال در کار عضله مدیال تریگوئید

د) اسپاسم عضله لترال تریگوئید

۵- کدام حالت در عضلات کمتر از بقیه شایع است؟

الف) هم انقباضی محافظتی

ب) درد عضلانی ناحیه ای

ج) میواسپاسم

د) درد میوفشیال

۶- کدام یک از مشکلات عضلانی اسکلتی است که به صورت مزمن بروز می یابد؟

- الف) protective co contraction (ب) Local muscle soreness
ج) pain disorder myospasm (د) fibromyalgia

۷- کدام یک از عبارات زیر در خصوص **muscle pain disorders** صحیح است؟

الف) در صورت طولانی شدن Local muscle soreness، تغییرات ساختاری و بیومکانیک منجر به هم انقباضی محافظتی خواهد شد.

ب) میواسپاسم یکی از شرایط اولیه ایجاد کننده میالژیا است.

ج) میواسپاسم های حقیقی در بیمارانی که از درد عضلات جونده رنج می برند، شایع است.

د) می تواند به صورت خود به خود بهبود یابد.

۸- کدام اختلال مزمن سیستمیک است که می تواند با اختلالات عضلات جونده اشتباه شود؟

- الف) فیبرومیالژیا (ب) میالژیا با واسطه CNS
ج) میواسپاسم (د) میالژای ناحیه ای

۹- در صورت مشاهده تماس پیش رس در دندان های کانین سمت چپ و دیس اکلوزن دندان های مولر

سمت راست بیمار، مشکل چیست؟

الف) اسپاسم عضله لترال تریگوئید تحتانی سمت چپ

ب) اسپاسم عضله لترال تریگوئید فوقانی سمت چپ

ج) اسپاسم عضله لترال تریگوئید تحتانی سمت راست

د) اسپاسم عضله لترال تریگوئید فوقانی سمت راست

۱۰- کدام یک از اختلالات درد عضلات از CNS تاثیر می پذیرند؟

- ۱- میواسپاسم ۲- هم انقباضی حمایتی ۳- درد میوفاسیال ۴- فیبرومیالژیا
الف) ۱ و ۲ و ۳ و ۴ ب) ۱ و ۳ ج) ۱ و ۳ و ۴ د) ۲ و ۴

۱۱- استرس عاطفی معمولا چه تاثیری بر EMG عضلات جونده دارد؟

الف) فعالیت EMG عضلات را افزایش می دهد.

ب) تغییری در فعالیت EMG عضلات نشان نمی دهد.

ج) طول دوره سکوت را افزایش می دهد.

د) فعالیت EMG برخی از عضلات جونده را کاهش می دهد.

۱۲- کدام یک از منابع درد عمیق پایدار می تواند پاسخ عضلانی ایجاد کند؟

- | | |
|------------------|--------------------|
| (۱) درد دندان ها | (۲) درد مفاصل |
| (۳) درد عضلات | (۴) درد ایدیوپاتیک |
| الف) ۱ و ۲ | ب) ۲ و ۳ |
| ج) ۱ و ۲ و ۳ | د) ۱ و ۲ و ۳ و ۴ |

۱۳- اولین پاسخ عضلات جونده به رویدادهایی مثل ترومای ناشی از اکلوزن چیست؟

- | | |
|----------------------|----------------------|
| الف) انقباضی محافظتی | ب) درد عضلانی موضعی |
| ج) میواسپاسم | د) میالژیای ناحیه ای |

۱۴- کلید تشخیص هم انقباضی حمایتی است.

- | | |
|------------------|------------------------------|
| الف) ضعف عضلانی | ب) درد در هنگام استراحت عضله |
| ج) گرفتن تاریخچه | د) محدودیت در باز کردن دهان |

۱۵- شباهت بین حالت هم انقباضی حمایتی و درد عضلانی موضعی کدام است؟

- | | |
|-------------------------|------------------------------------|
| الف) تابلوی کلینیکی درد | ب) محدودیت در حداکثر باز کردن دهان |
| ج) ضعف عضلانی | د) ارتباط با CNS |

۱۶- شایع ترین درد عضلانی حاد در فعالیت های دندانپزشکی کدام است؟

- | | |
|------------------------------|-----------------------|
| الف) Noninflammatory Myalgia | ب) Myofacial pain |
| ج) fibromyalgia | د) trigger point pain |

۱۷- کدام یک از عبارات زیر در خصوص Local Myalgia صحیح نمی باشد؟

- | |
|---|
| الف) ترومای موضعی می تواند عامل آن باشد. |
| ب) یک اختلال دردناک با منشا عضلانی غیر التهابی است. |
| ج) پاسخ نرمال CNS به دنبال آسیب است. |
| د) به دنبال Protective co contraction ایجاد می شود. |

۱۸- کدام یک از عبارات زیر در رابطه با Local Myalgia صحیح است؟

- | |
|--|
| الف) اگر در اثر ترومای موضعی رخ دهد به آن post exercise muscle soreness گویند. |
| ب) اولین پاسخ بافت عضلانی به هم انقباضی طولانی مدت است. |
| ج) در صورت بر طرف شدن muscle soreness ضعف عضلانی باقی خواهد ماند. |
| د) وقتی عضلات بالا برنده درگیر هستند، محدودیت در بستن دهان ایجاد می گردد. |

۱۹- کدام علت درد عضلانی به علت نقش ثانویه CNS نمی باشد؟

- (الف) استرس هیجانی
(ب) التهاب نورولوژیک
(ج) درد عمقی مداوم
(د) تغییرات سیستم مهار کننده نازل

۲۰- میواسپاسم به لحاظ درمانی زیر مجموعه کدام یک از اختلالات زیر محسوب می شود؟

- (الف) acute myalgic disorder
(ب) Chronic myalgic disorder
(ج) regional myalgic disorder
(د) Systematic myalgic disorder

۲۱- کدام مورد نقش کمتری در ایجاد میواسپاسم دارد؟

- (الف) خستگی عضلانی
(ب) تغییر تعادل الکترولیت ها
(ج) درد عمقی
(د) سیستم اتونوم

۲۲- کدام یک از علایم تشخیصی میواسپاسم است؟

- ۱- دیسفانکشن
۲- تغییرات ماژور در موقعیت فک
۳- مال اکلوزن
۴- سفتی عضلات
- (الف) ۱ و ۲
(ب) ۲ و ۴
(ج) ۱ و ۲ و ۴
(د) ۱ و ۲ و ۳ و ۴

۲۳- کدام یک از عبارات زیر در رابطه با Tonic contraction myalgia صحیح است؟

- (الف) نوعی انقباض عضلانی القاء شده توسط CNS است.
(ب) عضلات دردناک افزایش قابل توجهی در EMG نشان می دهند.
(ج) معمولا باعث ایجاد درد طولانی مدت می شود.
(د) به دنبال protective co contraction ایجاد می شود.

۲۴- کدام یک در مورد Myofacial pain صحیح نیست؟

- (الف) منبعی از درد عمقی است.
(ب) درد عمقی می تواند سبب ایجاد آن شود.
(ج) سبب ایجاد درد ارجاعی می شود.
(د) حساسیت عضلانی به صورت شایع وجود دارد.

۲۵- درد ارجاعی در بیماری با Myofacial trigger point در عضله trapezius، بیشتر در کجا احساس می شود؟

- (الف) Temporal
(ب) occipital
(ج) Frontal
(د) behind the eye

۲۶- نقطه تریگر در بطن اکسیپیتال عضله اکسیپیتوفرونتال می تواند سردرد ارجاعی در ایجاد کند.

الف) گیجگاه (ب) خلف گوش (ج) زاویه مندیبل (د) پشت چشم

۲۷- درد راجعه ناشی از وجود نقاط Trigger در عضله SCM در کدام ناحیه بروز می کند؟

الف) گیجگاه (ب) خلف گوش (ج) زاویه فک پایین (د) پشت چشم

۲۸- trigger point در کدام ناحیه باعث ایجاد Co- Contraction در عضلات ماضغه می شود؟

الف) ناحیه شانه یا عضلات سرویکال (ب) عضلات ورتبرال

ج) عضله اکسیپیتوفرونتال (د) عضله فرونتال

۲۹- کدام عبارت در رابطه با trigger point صحیح است؟

الف) افزایش جریان خون باعث افزایش حرارت این نقطه می شود.

ب) تمام واحدهای حرکتی یک عضله منقبض می شوند.

ج) منبع درد عمیق پایدار است.

د) در صورت تداوم انقباض، ممکن است تبدیل به میواسپاسم شود.

۳۰- تمام عوامل زیر از فاکتورهای فعال کننده trigger points هستند به جز؟

الف) استرس عاطفی (ب) عفونت دستگاه تنفس تحتانی

ج) افزایش استفاده از عضله (د) کشش بر روی عضلات

۳۱- مشخصه منحصر به فرد trigger point چیست؟

الف) درد ناپایدار دارند. (ب) اثرات تحریکی مرکزی تولید می کند.

ج) درد ارجاعی ندارند. (د) بیمار احساس سردرد را همیشه خواهد داشت.

۳۲- نقاط trigger مستقر در شانه یا عضلات گردن می توانند

۱- موجب هم انقباضی در عضلات جونده شوند.

۲- درد عضلانی موضعی ایجاد کنند.

۳- حساسیت پوست سر ایجاد کنند.

۴- آبریزش از هر دو چشم ایجاد کنند.

الف) ۱ و ۴ (ب) ۱ و ۲ و ۳

ج) ۲ و ۳ و ۴ (د) ۱ و ۲ و ۳ و ۴

۸۱- در صورت استمرار به حرکت ساب لوکسیشن، کدام یک از عوارض زیر محتمل تر است؟

- الف) درد عضلانی ناحیه ای
 ب) طولیل شدگی لیگامان ها
 ج) گسیختگی سطوح مفصلی
 د) سیگنال درد عمقی

۸۲- ساب لوکسیشن در کدام فرم آناتومیک مفصل بیشتر رخ می دهد؟

- الف) شیب خلفی eminence تند و بلند
 ب) شیب قدامی eminence تند و کوتاه
 ج) شیب قدامی eminence تند و بلند
 د) شیب خلفی eminence تند و کوتاه

۸۳- کدام یک از عبارات زیر در خصوص Luxation صحیح است؟

- ۱- در واقع همان Closed lock است.
 ۲- به طور تیپیک در بیماری که فوسای او اجازه Subluxation را می دهد، رخ می دهد.
 ۳- اتصال محکم لیگامان کپسولی خلفی باعث چرخش bodily کندیل و دیسک می شود.
 ۴- در هر دو حالت گیر افتادن دیسک در قدام و خلف، کندیل در قدام eminence به دام می افتد.
 ۵- ترومای دهان بسته ممکن است باعث این اختلال شود.
- الف) ۱ و ۲ و ۵
 ب) ۳ و ۴
 ج) ۲ و ۴
 د) ۱ و ۳ و ۵

۸۴- در بیماری با Steep eminence، ریسک افزایش می یابد.

- الف) طولیل شدگی لیگامان
 ب) گسیختگی سطوح مفصلی
 ج) اسپاسم عضلانی
 د) هم انقباضی محافظتی

۸۵- شل شدگی کلی مفاصل در کدام گروه و به چه علت بیشتر است؟

- الف) در زنان به علت سطح بالای استروژن
 ب) در مردان به علت سطح بالای استروژن
 ج) در مردان به علت سطح پایین استروژن
 د) در زنان به علت سطح پایین استروژن

۸۶- در رابطه با فاکتور هورمونال و TMD کدام یک از عبارات زیر صحیح است؟

- الف) در خانم ها در فاز پیش از قاعدگی، کاهش در فعالیت EMG گزارش شده است.
 ب) هنوز ارتباط داروهای ضدبارداری با TMD، اثبات نشده است.
 ج) فاز پیش از قاعدگی با افزایش علائم TMD مرتبط می باشد.
 د) درد یکی از علائم کلینیکی TMD در خانم ها به علت زمان تحمل کمتر عضلات آن هاست.

۸۷- تمام عبارات زیر در خصوص Capsulitis صحیح است به جز؟

- الف) شایع ترین فاکتور اتیولوژیک آن میکروتروماست.
 ب) به دنبال طولیل شدگی ناگهانی لیگامان های کپسولی رخ می دهد.

۱۰۷- درد ارجاعی در بیمار با myofacial trigger point در عضله تراپزیوس بیشتر در کدام ناحیه احساس می شود؟ (ارتقاء ۹۹)

الف) frontal (ب) occipital (ج) temporal (د) پشت گردن

۱۰۸- کدامیک از افراد زیر برای ابتلا به اختلالات disc derangement مستعدتر می باشند؟ (بورد ۹۰)

الف) خانمی با ارتیکولار امیننس صاف، سطح کندیل Gable like و اتصال بیشتر عضله لترال تریگوئید فوقانی به گردن کندیل

ب) آقایی با ارتیکولار امیننس با شیب تند، سطح کندیل محدب و اتصال بیشتر عضله لترال تریگوئید فوقانی به گردن کندیل

ج) خانمی با ارتیکولار امیننس با شیب تند، سطح کندیل صاف و اتصال کمتر عضله لترال تریگوئید فوقانی به گردن کندیل

د) آقایی با ارتیکولار امیننس صاف ، سطح کندیل Gable like و اتصال کمتر عضله لترال تریگوئید فوقانی به گردن کندیل

۱۰۹- کدام عامل در وضعیت Single Click، رابطه طبیعی کندیل و دیسک را در طی بستن دهان حفظ میکند؟ (بورد ۹۲)

الف) تونوسیده عضله لترال تریگوئید تحتانی (ب) فشار داخل مفصلی

ج) رترودیسکال لامینای فوقانی (د) مورفولوژی دیسک

۱۱۰- کدامیک از عوامل اتیولوژیک مرتبط با TMD به میزان زیادی نادیده گرفته می شود؟ (بورد ۹۲)

الف) عامل پارافانکشن (ب) عامل استرس روحی

ج) عامل درد عمقی (د) عامل اکلوزال

۱۱۱- طبق گزارش Kronn در بین تروماهای زیر کدامیک منجر به سمپتوم هتروتروپیک می شود؟ (بورد ۹۲)

الف) Direct open mouth (ب) Direct close mouth

ج) Indirect trauma (د) TMJ micro trauma

۱۱۲- درد راجعه ناشی از وجود نقاط Trigger در عضله استرنوکلیئیدوماستوئید در کدام ناحیه بروز میکند؟ (بورد ۹۳)

الف) گیجگاه (ب) خلف گوش (ج) زاویه فک پایین (د) پشت چشم

فصل نهم: تاریخچه و معاینات اختلالات تمپورومندیبولار

۱- اولین معاینه خارج دهانی پس از گرفتن تاریخچه غربالگری کدام است؟

- (الف) مشاهده حرکات فک
(ب) لمس عضلات
(ج) تقارن صورت
(د) شنیدن صداهای مفصلی

۲- بهترین روش گرفتن تاریخچه از بیماری با مشکل TMJ کدام است؟

- (الف) مصاحبه مستقیم
(ب) پرسشنامه کتبی
(ج) ابتدا پرسشنامه سپس بحث در مورد آن
(د) ابتدا مصاحبه سپس پرسشنامه

۳- به ترتیب از راست به چپ در بیماری های دندانانی و اختلالات گیجگاهی - فکی، اکثر اطلاعات کسب شده توسط کلینسین از کدام راه به دست می آید؟

- (الف) معاینه، معاینه
(ب) معاینه، تاریخچه
(ج) تاریخچه، معاینه
(د) تاریخچه، تاریخچه

۴- ناراحتی عمقی که به سطح آستانه درد نرسد کدام است؟

- (الف) sore
(ب) vague
(ج) throbbing
(د) stinging

۵- ناراحتی سطحی که به سطح آستانه درد نرسد کدام است؟

- (الف) burning
(ب) pulsating
(ج) itching
(د) vague

۶- کدام یک معرف حالت سوزن سوزن شدن است؟

- (الف) tingling, burning
(ب) tingling, bright
(ج) itching, burning
(د) itching, bright

پاسخنامه فصل هشتم

۱- گزینه (د)، صفحه ۱۳۲، ستون دوم، پاراگراف چهارم.

درد میوژنوس (درد با منشاء عضلانی) یک گونه از درد عمیق است و اگر مداوم شود می تواند آثار برانگیختگی مرکزی را ایجاد کند. این آثار ممکن است به صورت یک اثر حسی (به عنوان مثال درد ارجاعی یا هایپرالژیای ثانویه) یا اثر وابران (به عنوان مثال آثار عضلانی) یا حتی آثار اتونومیک بروز یابند. به خصوص درد عضلانی می تواند باعث آغاز مجدد درد عضلانی بیشتر شود. این پدیده کلینیکی برای اولین بار در سال ۱۹۴۲ به عنوان اسپاسم عضلانی سیکلیک بحث شد و بعداً توسط Schwarte به عضلات ماضغه مرتبط شد.

۲- گزینه (الف)، صفحه ۱۳۳، ستون اول، پاراگراف دوم.

با کوتاه شدگی فانکشنال خفیف و نامحسوس لترال تریگوئید تحتانی، دیس اکلوزن دندان های خلفی در همان سمت (ipsilateral) و تماس پیش رس دندان های قدامی (به خصوص کانین) در سمت مقابل (contralateral) رخ میدهد.

۳- گزینه (ب)، صفحه ۱۳۲، ستون اول، پاراگراف چهارم.

به طور قطع شایع ترین شکایتی که بیماران با اختلالات عضلات جونده دارند، درد عضلانی است که ممکن است از یک تندر نس ملایم تا ناراحتی شدید درجه بندی شود.

۴- گزینه (ج)، صفحه ۱۳۳، ستون اول، پاراگراف دوم.

با کوتاه شدگی فانکشنال عضلات بالا برنده (از نظر کلینیکی یک مال اکلوزن حاد که کمتر قابل شناسایی است) بیماران به طور کلی از عدم توانایی در اکلود کردن نرمال شکایت میکنند، مهم است به خاطر داشته باشیم که یک مال اکلوزن حاد نتیجه اختلالات عضلانی است و علت آن نیست.

۵- گزینه (ج)، صفحه ۱۳۳، ستون دوم، پاراگراف اول.

سه وضعیت اول protective co contraction و myofacial pain, local myalgia به طور معمول در مطب های دندانپزشکی دیده می شوند. میو اسپاسم و chronic centrally mediate myalgia کمتر شیوع دارند.

۶- گزینه (د)، صفحه ۱۳۳، ستون دوم، پاراگراف اول.

فیبرومیالژیا یک اختلال میالژیک مزمن است که به صورت یک مشکل عضلانی-اسکلتی سیستمیک بروز می یابد که نیاز است توسط دندانپزشک تشخیص داده شده و با ارجاع به کادر درمانی مناسب، به بهترین شکل درمان شود.

۷- گزینه (د)، صفحه ۱۳۳، ستون دوم، پاراگراف دوم.

فانکشن نرمال عضله توسط انواع به خصوصی از وقایع می تواند مختل شود. زمانی که یک رویداد (event) قابل ملاحظه شود، یک پاسخ عضلانی که به عنوان protective co contraction (muscle splinting) شناخته می شود، اتفاق می افتد. در بسیاری از موارد، پیامد این رویداد حداقل است و co contraction به سرعت برطرف می شود که به فانکشن عضله اجازه می دهد که به حالت نرمال برگردد. چنانچه protective co contraction طولانی شود، تغییرات ساختاری و بیومکانیکی موضعی می تواند اتفاق بیفتد که منجر به local myalgia می شود. این شرایط میتواند خود به خود به وسیله استراحت برطرف شود یا به درمان نیاز داشته باشد. چنانچه local myalgia برطرف نشود، تغییرات در بافت های عضلانی ممکن است پیشرفت کند که منجر به input درد طولانی مدت شود. این input درد عمیق دائمی میتواند CNS را تحت تاثیر قرار دهد و منجر به پاسخ های عضلانی خاص شود. دو نمونه از اختلالات درد عضلانی ناشی از CNS، میوفشیا و میواسپاسم هستند. در برخی از موارد، CNS به وقایع خاص یا شرایط موضعی، توسط ایجاد یک انقباض ناخواسته که از نظر کلینیکی به صورت یک اسپاسم عضلانی دیده می شود، پاسخ می دهد. میواسپاسم ها مزمن نیستند اما در عوض وضعیتی را نشان میدهند که صرفاً دوره کوتاهی دارد. زمانی تصور میشد میواسپاسم یک شرایط اولیه ایجاد کننده میالژیا است. اگرچه اکثر مطالعات حاضر پیشنهاد می کنند که میواسپاسم های حقیقی، در بیمارانی که از درد عضلانی جوده رنج می برند، شایع نیستند.

۸- گزینه (الف)، صفحه ۱۳۴، ستون اول، پاراگراف سوم.

نمونه دیگری از اختلال درد عضلانی-اسکلتی مزمن، فیبرومیالژیا است. اگرچه این اختلال به طور اولیه یک اختلال درد ماضغه نیست، دندانپزشک باید این شرایط را به منظور جلوگیری از درمان دندانپزشکی غیر ضروری تشخیص دهد. بر خلاف سایر اختلالات درد عضلانی که ناحیه ای هستند، فیبرومیالژیا یک شرایط گسترده و وسیع عضلانی-اسکلتی است. دندانپزشک باید بداند که مدیریت و کنترل این اختلالات درد مزمن کاملاً با آن چه که در اختلالات عضلانی حاد به کار گرفته می شود متفاوت است.

۹- گزینه (الف)، رجوع شود به پاسخ سوال ۲.

۱۰- گزینه (ج)، صفحه ۱۳۳، شکل ۸-۱

۱۴- گزینه (ج)، صفحه ۱۳۴، ستون دوم، پاراگراف پنجم.

کلید شناسایی protective co contraction این است که بلافاصله به دنبال یک واقعه ایجاد شده، بنابراین تاریخچه بسیار مهم است.

۱۵- گزینه (ج)، صفحه ۱۳۴، ستون دوم، پاراگراف پنجم و صفحه ۱۳۵، ستون اول، پاراگراف چهارم

Protective Co contraction از نظر کلینیکی به صورت احساس ضعف عضلانی که مستقیماً به دنبال یک واقعه ایجاد شده، گزارش می شود. با Local Myalgia یک ضعف عضلانی واقعی وجود دارد. وقتی که Local Myalgia برطرف شود، قدرت عضله به حالت نرمال بر می گردد.

۱۶- گزینه (الف)، صفحه ۱۳۵، ستون اول، پاراگراف اول.

Local Myalgia یک اختلال درد با منشأ عضلانی غیر التهابی اولیه است. این حالت اغلب اولین پاسخ بافت عضله به Co Contraction طولانی مدت است و شایع ترین نوع درد عضلانی حاد دیده شده در فعالیت های دندانپزشکی است.

۱۷- گزینه (ج)، صفحه ۱۳۵، ستون اول.

Local Myalgia یک اختلال درد با منشأ عضلانی غیر التهابی اولیه است. این حالت اغلب اولین پاسخ بافت عضله به Co Contraction طولانی مدت است و شایع ترین نوع درد عضلانی حاد دیده شده در فعالیت های دندانپزشکی است در حالی که Co contraction نماینده یک پاسخ عضلانی ایجاد شده توسط (-CNS CNS induced) است. Local Myalgia نماینده وضعیتی است که به وسیله تغییرات در محیط موضعی بافت های عضلانی مشخص می شود. این تغییرات شامل آزاد سازی مواد algogenic خاصی (مثل برادی کینین، substance P و حتی هیستامین) می شود که درد تولید می کنند. در ابتدا این تغییرات ممکن است چیزی بیشتر از خستگی را نشان ندهند. همراه با co contraction ممتد، سایر علل local myalgia، ترومای موضعی یا استفاده بیش از حد از عضله است. زمانی که استفاده بیش از حد اتیولوژی باشد، تاثیر در شروع local myalgia میتواند اتفاق بیفتد. این نوع از local myalgia اغلب با عنوان post-exercise local myalgia یا delayed onest local myalgia شناخته می شود. از آنجا که خود local myalgia یکی از منابع درد عمیق است، یک واقعه کلینیکی مهم می تواند اتفاق بیفتد. در حقیقت درد عمیق ایجاد شده توسط local myalgia می تواند protective co contraction ایجاد کند. این co contraction اضافی می تواند در مقابل local myalgia بیشتری تولید کند. بنابراین یک سیکل می تواند شکل بگیرد که در آن local myalgia تولید co contraction بیشتری کند و به همین ترتیب ادامه می یابد.

Local myalgia در کلینیک به صورت عضلاتی که به لمس حساسند و درد بیشتری را حین فانکشن اشکار می کنند، نمایان می شود. دیسفانکشن ساختاری شایع است و زمانی که عضلات بالابرنده درگیر هستند، محدودیت

بازکردن دهان ایجاد می شود. برخلاف وضعیت protective co contraction بیمار سختی بیشتری در باز کردن وسیع دهان دارد. با local myalgia یک ضعف عضلانی واقعی وجود دارد. وقتی که Local myalgia برطرف شود، قدرت عضله به حالت نرمال برمی گردد.

۱۸- گزینه (ب)، رجوع شود به پاسخ سوال ۱۷.

۱۹- گزینه (ب)، صفحه ۱۳۵، ستون دوم، پاراگراف دوم.

از نظر درمانی برای کلینسین مهم است که بدانند درد عضلانی یک منشا مرکزی دارد. CNS در این وضعیت به صورت ثانویه به (۱) حضور deep pain input در حال پیشرفت (۲) سطوح افزایش یافته استرس عاطفی (یعنی Upregulation سیستم عصبی اتونومیک) یا (۳) تغییرات در سیستم مهار کننده نزولی (descending inhibitory system) پاسخ می دهد، که منجر به کاهش توانایی برای مقابله با afferent input می شود، چه نوسیسپتو باشد یا نباشد.

۲۰- گزینه (الف)، صفحه ۱۳۵، ستون دوم، پاراگراف سوم.

اختلالات عضلانی القا شده مرکزی، از نظر درمانی به acute myalgic disorder مثل myospasm و Chronic myalgic disorder تقسیم می شود که مورد آخر خود به regional myalgic disorder و myalgic disorder systemic تقسیم میشود. Regional myalgic disorder به Chronic mediate myalgia و myofacial pain تقسیم می شود.

۲۱- گزینه (د)، صفحه ۱۳۵، ستون دوم، پاراگراف ششم.

شرایط عضلانی موضعی، مطمئناً به نظر می رسد که میواسپاسم را پرورش دهند. این شرایط، خستگی عضلانی و تغییرات در تعادل الکترولیت موضعی را شامل می شود deep pain input نیز ممکن است میواسپاسم ها را تداوم بخشد.

۲۲- گزینه (د)، صفحه ۱۳۵، ستون دوم، پاراگراف هفتم.

میواسپاسم ها به سادگی به وسیله دیسفانکشن ساختاری که ایجاد می کنند، شناسایی می شوند. چون عضله ای که در اسپاسم است کاملاً منقبض شده است، تغییرات وضعیتی مهمی در فک به خاطر اسپاسم عضله یا عضلات حاصل می شود. این تغییرات مال اکلوزن های حاد مهمی را ایجاد می کنند. میواسپاسم ها هم چنین به صورت عضلات بسیار سفت در لمس شناخته می شوند.

۲۳- گزینه (الف)، صفحه ۱۳۵، ستون دوم

میواسپاسم یک انقباض عضلانی تونیک القا شده توسط CNS است. برای سال ها دندانپزشکان احساس

می کردند که میواسپاسم ها، شایع ترین منبع درد میوژنوس هستند. هر چند مطالعات اخیر، دید تازه ای روی درد عضلانی و میواسپاسم ها افکنده است. این منطقی است که انتظار داشته باشیم یک عضله ی در اسپاسم با انقباض تونیک سطوح نسبتا بالایی از فعالیت EMG را آشکار کند. هر چند مطالعات این فرض را که عضلات دردناک دارای افزایش قابل توجهی در EMG output خود هستند را حمایت نمی کنند. میواسپاسم ها معمولا عمر کوتاهی دارند که فقط چند دقیقه در هر بار طول می کشد.

۲۴- گزینه (د)، صفحه ۱۳۶، ستون دوم.

درد میوفاسیال یک وضعیت درد میوژنوس منطقه ای است که با ویژگی نواحی موضعی از باندهای سفت و هایپرسنسیتو بافت عضلانی که به عنوان trigger point شناخته می شود، مشخص می شوند. خصوصیت منحصر به فرد نقطه تریگر این است که آن ها منبع درد عمیق پایدار هستند و بنابراین می توانند اثرات برانگیختگی مرکزی تولید کنند. اگر یک نقطه تریگر به طور مرکزی به یک گروه از اینترنورون های آوران همگرا را برانگیخته کند، درد ارجاعی معمولا ایجاد می شود. که عموما در یک الگوی قابل پیش بینی در ارتباط با محل نقطه تریگر درگیر است. این حالت اغلب توسط بیمار به صورت سردرد گزارش می شود. هر چند لمس نقطه تریگر درد ایجاد می کند، حساسیت عضلانی موضعی، شایع ترین شکایت بیمارانی که از درد myofacial trigger point رنج می برند، نیست. شایع ترین سمپتوم، معمولا مرتبط با اثرات برانگیختگی مرکزی تولید شده توسط نقاط تریگر است.

۲۵- گزینه (الف)، صفحه ۱۳۷، شکل ۳-۸

نقاط تریگر در عضله تراپزیوس درد را به پشت گوش و گیجگاه و زاویه فک ارجاع می دهد.



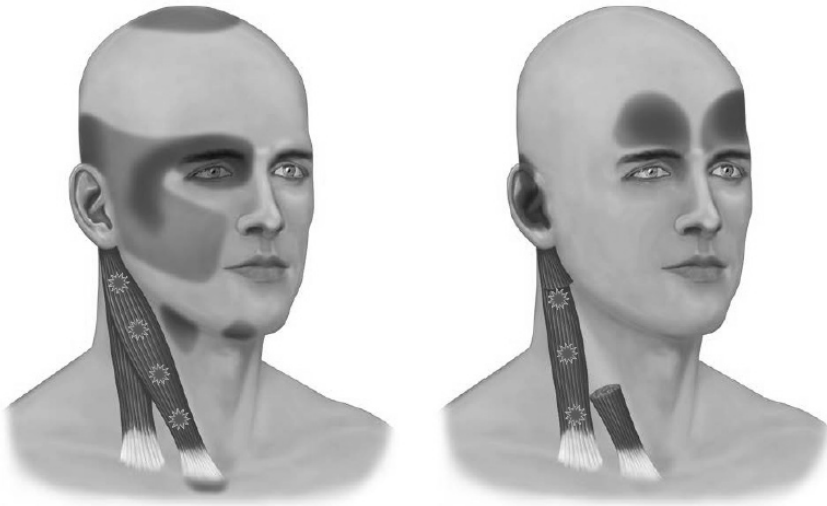
۲۶- گزینه (د)، صفحه ۱۳۶، شکل ۲-۸.

یک نقطه تریگر در بطن اکسیپیتال عضله اکسیپیتوفرونتالیس، می تواند سردرد ارجاعی در پشت چشم ایجاد کند.



۲۷- گزینه (الف)، صفحه ۱۳۸، شکل ۴-۸

نقاط تریگر در استرنوکلیئیدوماستوئید درد را به ناحیه گیجگاه ارجاع می دهد. (سردرد تمپورال تپیک).



۲۸- گزینه (الف)، صفحه ۱۳۷، ستون دوم، پاراگراف سوم.

نقطه تریگر در عضلات گردن یا شانه می تواند Co Contraction در عضلات جونده تولید کند.

۲- حین بستن، موقعیت نرمال دیسک تا وقتی که کندیل به موقعیت بسته مفصل خیلی نزدیک می شود، حفظ می شود.

۳- وقتی که موقعیت بسته مفصل حاصل می شود، کشش خلفی لامینای رترودیسکال فوقانی کاهش می یابد.

۴- ترکیب مورفولوژی دیسک و کشش عضله لترال تریگوئید به دیسک اجازه می دهد که به موقعیت جا به جا شده قدامی تر، جایی که حرکت آغاز شده بود، سر بخورد.

حرکت نهایی کندیل روی بوردر خلفی دیسک یک صدای کلیک دوم را ایجاد می کند که همان reciprocal click است.

کلیک باز شدن (opening click) می تواند در هر زمانی حین حرکت، بسته به مورفولوژی دیسک - کندیل، کشش عضلانی و کشش لامینای رترودیسکال فوقانی اتفاق افتد. کلیک بستن (closing click) تقریباً همیشه خیلی نزدیک به موقعیت بسته با اینتر کاسپی اتفاق می افتد.

۵۷- گزینه (د)، رجوع شود به پاسخ سوال ۵۶

۵۸- گزینه (الف)، صفحه ۱۴۶، ستون دوم، پاراگراف دوم.

هر چه دیسک بیشتر به سمت قدام و داخل جا به جا شود. بوردر خلفی آن بیشتر نازک می شود و لیگامان دیسکی لترال و لامینای رترودیسکال تحتانی بیشتر کشیده خواهند شد. هم چنین جا به جایی طولانی مدت به سمت قدام دیسک، منجر به از دست رفتن بیشتر الاستیسیته در لامینای رترودیسکال فوقانی می شود. هر چند دیسک نازک تر و مسطح تر شود، توانایی اش را جهت self-position بر روی کندیل، بیشتر از دست می رود، بنابراین اجازه حرکت انتقالی بیشتر را بین دیسک و کندیل می دهد. هر چه دیسک آزادانه تر حرکت کند، موقعیتش از اتصالات عضله لترال تریگوئید فوقانی تاثیر بیشتری می پذیرد.

نهایتاً دیسک در میان فضای دیسکی تحت فشار قرار گرفته و فضای مفصلی پشت آن کلاپس می کند. به عبارت دیگر اگر بوردر خلفی دیسک نازک شود، اتصالات فانکشنال لترال تریگوئید فوقانی می تواند باعث مهاجرت کامل قدامی دیسک در فضای دیسکی شود.

وقتی این اتفاق رخ می دهد، فشار داخل مفصلی باعث کلاپس فضای دیسکی خواهد شد، در حالی که دیسک در موقعیت جلو آمده به دام افتاده است. بنابراین جا به جایی کامل بعدی کندیل، به دلیل موقعیت قدامی- داخلی دیسک متوقف خواهد شد. فرد احساس می کند که مفصل در یک موقعیت بسته محدود، قفل شده است. از آن جایی که سطوح مفصلی حقیقتاً مجزا هستند، این وضعیت را total displacement of the disc گویند.

۵۹- گزینه (ب)، صفحه ۱۴۷، ستون اول، پاراگراف دوم.

اگر دیسک totally dislocate شود، صداهای مفصلی حذف می شود چرا که هیچ لغزشی نمی تواند رخ دهد. این اطلاعات می تواند در تشخیص یک total-displacement of the disc از یک partial displacement کمک کننده باشد.

۶۰- گزینه (ب)، صفحه ۱۴۷، ستون اول، پاراگراف سوم.

تعدادی از افراد total displacement of the disc قادرند مندیبل را در جهات مختلف لترال یا پروتروزیو حرکت دهند تا کندیل بتواند از روی بوردر خلفی دیسک عبور کند. بنابراین شرایط قفل بر طرف می شود. اگر قفل شدگی فقط گهگاهی رخ دهد و فرد بتواند آن را بدون هیچ کمکی بر طرف کند به آن disc displacement with intermittent locking گویند.

۶۱- گزینه (د)، صفحه ۱۴۷، ستون دوم، پاراگراف اول.

مرحله بعدی جا به جایی دیسک disc displacement without reduction نام دارد. این شرایط زمانی اتفاق می افتد که فرد قادر نیست دیسک دیسلوکیت شده را به موقعیت نرمالش روی کندیل باز گرداند. دهان نمی تواند به طور حداکثر باز شود، چون موقعیت دیسک اجازه حرکت انتقالی کامل کندیل را نمی دهد. به طور معمول، باز شدن اولیه تنها به اندازه فاصله بین انسیزالی ۲۵ تا ۳۰ میلی متر خواهد بود که حداکثر چرخش مفصل را نشان می دهد. فردمعمولا از این که کدام مفصل درگیر است آگاه است و می تواند موقعیتی را که منجر به احساس قفل شدگی شده است رابه خاطر بیاورد. از آن جایی که معمولا تنها یک مفصل قفل می شود، از نظر کلینیکی یک الگوی خاص حرکت مندیبل قابل مشاهده است. مفصل با displaced disc without reduction به کندیلش اجازه حرکت انتقالی را نمی دهد، در حالی که مفصل دیگر به طور نرمال عمل می کند. بنابراین وقتی بیمار به طور وسیع باز می کند، میدلاین مندیبل به سمت درگیر شده منحرف (deflect) می شود. هم چنین بیمار قادر است تا یک حرکت لترالی نرمال به سمت درگیر انجام دهد (کندیل سمت درگیر تنها می چرخد) ولی وقتی حرکت به سمت غیر درگیر انجام می گیرد، یکی محدودیت ایجاد می شود. (کندیل سمت درگیر نمی تواند فراتر از دیسک دیسلوکیت شده به سمت قدام، جا به جا شود). disc displacement without reduction با عنوان closed lock نیز نامیده می شود، چرا که بیمار احساس می کند که در نزدیکی موقعیت بستن دهان، قفل شده است. بیماران ممکن است هنگامی که مندیبل به نقطه محدودیت حرکت می کند درد را گزارش کنند، اما الزاما درد با این شرایط همراه نیست.

۶۲- گزینه (ج)، رجوع شود به پاسخ سوال ۶۱

۶۳- گزینه (ب)، رجوع شود به پاسخ سوال ۶۱

۶۴- گزینه (ج)، رجوع شود به پاسخ سوال ۶۱.

۶۵- گزینه (الف)، صفحه ۱۴۸، ستون اول، پاراگراف دوم

شایع ترین تغییرات ساختاری که TMJ را تحت تاثیر قرار می دهند، طویل شدگی لیگامان های دیسکی می باشند.

۷۶- گزینه (الف)، صفحه ۱۵۲، ستون دوم، پاراگراف دوم.

کلیک های ناشی از چسبندگی موقتی می توانند از کلیک های ناشی از جابه جایی دیسک افتراقی داده شوند. با این حقیقت که آن ها فقط یکبار، به دنبال دوره ای از بارگذاری استاتیک اتفاق می افتد. بعد از یک بار کلیک مفصل توسط boundary lubrication لغزنده می شود و در طی باز کردن وبستن های بعدی بدون صداست. در disc displacement کلیک در طی هر سیکل باز کردن و بستن تکرار می شود.

۷۷- گزینه (ب)، صفحه ۱۵۳، ستون اول، پاراگراف دوم.

Adherence می تواند بین دیسک و کندیل و هم چنین بین دندان و فوسا اتفاق بیفتد. وقتی adherence در فضای مفصلی تحتانی اتفاق می افتد، کندیل و دیسک به هم می چسبند که حرکت چرخشی نرمال بین آن ها را مهار می کند، ولی بیمار می تواند کندیل را به سمت جلو تا دهان نسبتا نرمال، انتقال دهد. این حرکت به صورت خشن و جهنده (rough and jumpy) حس می شود. اغلب سفتی مفصل هم وجود دارد. وقتی Adherence در فضای مفصلی فوقانی اتفاق می افتد، دیسک و فوسا به هم می چسبند که حرکت انتقالی نرمال بین آن ها را مهار می کند. بیمار معمولا فقط ۲۴ تا ۳۰ میلی متر می تواند دندان ها را از هم جدا کند. این وضعیت مشابه Closed lock است. یک تشخیص دقیق توسط گرفتن تاریخچه دقیق به دست می آید.

۷۸- گزینه (د)، رجوع شود به پاسخ سوال ۶۱ و ۷۷

۷۹- گزینه (د) صفحه ۱۵۳، ستون اول، پاراگراف چهارم.

هم ماکرو و هم میکروتروما می توانند فاکتورهای اتیولوژیک مهمی در مشکلات چسبندگی TMJ باشند. ترومای دهان بسته نوعی خاص از آسیب است که منجر به چسبندگی ها می شود. یک فاکتور اتیولوژیک دیگر چسبندگی ها، همارتروز (خونریزی داخل مفصلی) است.

۸۰- گزینه (ج)، صفحه ۱۵۵، ستون اول.

علت Subluxation معمولا پاتولوژیک نیست. Subluxation به احتمال بیشتر در TMJ ای رخ می دهد که برجستگی مفصلی آن یک شیب خلفی تند و کوتاه و به دنبال آن یک شیب قدامی مسطح تر و بلندتر دارد. شیب قدامی اغلب فوقانی تر از قله eminence است. حین باز شدن، eminence دارای شیب تند، نیاز به مقدار قابل توجهی چرخش دارد که باید قبل از رسیدن کندیل به Crest اتفاق بیافتد. هم چنان که کندیل به کرسٹ می رسد، دیسک در جهت خلفی روی کندیل به حداکثر درجه ای که لیگامان کپسولی قدامی اجازه می دهد می چرخد. در یک مفصل نرمال، حداکثر چرخش خلفی دیسک و حداکثر انتقال کندیل در یک نقطه مشابه از حرکت به هم می رسند. در مفصل ساب لوکسیت کننده، ماکزیمم حرکت چرخشی دیسک قبل از ماکزیمم انتقال کندیل قرار می رسد. بنابراین همان طور که دهان وسیع تر باز می شود، قسمت انتهایی حرکت انتقالی

با یک شیفت بادبلی کندیل و دیسک به صورت یک واحد، رخ می دهد. این حالت نرمال نیست و یک thud و پرش سریع رو به جلوی مجموعه کندیل - دیسک را ایجاد می کند. رابطه حقیقی بین TMD و ساب لوکسیشن به خوبی مطرح نشده است.

۸۱- گزینه (ب)، صفحه ۱۵۵، ستون اول، پاراگراف اول.

Subluxation یک تظاهر آناتومیک بعضی مفاصل است و پاتولوژیک نمی باشد. هر چند اگر یک نفر به طور مکرر مندیبل را ساب لوکسیت کند، طویل شدگی لیگامان ها می تواند رخ دهد.

۸۲- گزینه (د)، رجوع شود به پاسخ سوال ۸۰.

۸۳- گزینه (ج)، صفحه ۱۵۵، ستون دوم، پاراگراف دوم.

گاهی اوقات دهان فراتر از حد نرمال باز می شود و مندیبل قفل می شود. این حالت Luxation یا open lock خوانده می شود. این حالت نباید با Closed lock که در یک disc displacement without reduction اتفاق می افتد، اشتباه شود. در Luxation بیمار نمی تواند دهان خود را ببندد. این حالت تقریباً همیشه با باز شدن وسیع ایجاد می شود، مثلاً در یک خمیازه ممتد یا یک پروسه دندانی طولانی. Luxation به طور تیپیک در یک بیماری که فوسای او اجازه subluxation می دهد، اتفاق می افتد. مشابه با subluxation، دیسک حداکثر چرخش را روی کندیل انجام می دهد قبل از این که انتقال کامل کندیل رخ دهد. بنابراین انتهای حرکت انتقالی، یک حرکت سریع مجموعه کندیل - دیسک به صورت یک واحد است. اگر در موقعیت حداکثر بازشدگی دهان، فشار اعمال شود تا آن را مجبور به باز شدن وسیع تر کند، اتصال محکم لیگامان کپسولی قدامی می تواند باعث یک چرخش bodily کندیل و دیسک شود و دیسک را بیشتر به جلو از میان فضای دیسکی حرکت دهد. وقتی که کندیل روی بافت های رترودیسکال می افتد، فضای دیسکی کلاس می کند و این مسئله دیسک را در جلو به دام می اندازد. این دیدگاه توسط Bell مطرح شد، هر چند سایر نویسندگان دریافتند که در بعضی افراد، کندیل در حقیقت در جلوی دیسک قرار می گیرد و دیسک را در عقب به دام می اندازد. هر چند اندکی تناقض بر سر موقعیت دقیق دیسک در حین یک open lock وجود دارد. در هر دو دیدگاه کندیل در قدام کرسر ایمنس به دام می افتد.

۸۴- گزینه (الف)، صفحه ۱۵۶، ستون اول، پاراگراف سوم

بیماران با امیننس های پرشیب، بیشتر احتمال دارد که حرکت کندیل - دیسک بزرگتری را حین فانکشن نشان دهند. حرکت دیسک - کندیل زیاد، ممکن است ریسک طویل شدگی لیگامان را افزایش دهد که منجر به اختلالات تخریب دیسک می شود.

درمان استفاده کند.

(c) Age and health of the patient ساختارهای TMJ نسبتاً به آهستگی ترمیم می‌شوند. خصوصاً وقتی که با بافت‌های پر عروق تر مقایسه شوند. در کل، بیماران جوانتر، زودتر و کامل‌تر بهبود خواهند یافتند نسبت به بیماران پیرتر.

(d) General health of patient بیماری‌هایی که با شرایط سلامتی دیگری به مخاطره افتادند، ممکن است که کاندیدای خوبی برای ترمیم نباشند. حضور شرایطی همانند آرتريت سيستمیک (مثل آرتريت روماتوئيد) ديابت ها يا نقص‌های ایمنی، اغلب توانایی بیمار بریا ترمیم و تطابق را به مخاطره می‌اندازند و بنابراین ممکن است نیاز به زمان بیشتری برای درمان موفقیت آمیز باشد.

۳۸- گزینه (د)

جهت بازگشت موفقیت آمیز دیسک بایستی عضله لترال تریگوئید فوقانی ریلکس باشد، اگر فعال است بیستی قبل از هر گونه تلاشی بی حسی تزریق شود.

۳۹- گزینه (د)، رجوع شود به پاسخ سوال ۶

۴۰- گزینه (د) صفحه ۳۲۴، ستون دوم، پاراگراف سوم

اختلالات تخریب دیسک از کشیده شدن لیگان‌های کپسولی و دیسکی که با نازک شدن دیسک مفصلی توام شده است، ناشی می‌شود. این تغییرات معمولاً از هر دوی ماکرو- یا میکروتروما ناشی می‌شوند. ماکروتروما اغلب در تاریخچه گزارش می‌شود، در حالی که میکروتروما ممکن است توسط بیمار نادیده گرفته شود. منابع معمولی میکروتروما صدمات hypoxia-reperfusion بر اکسیژم و عدم ثبات ارتوپدیک می‌باشند. تعدادی از مطالعات پیشنهاد می‌کنند که مال اکلوزن CI II division ۲ معمولاً با عدم ثبات ارتوپدیک مرتبط است و بنابراین یک فاکتور اتیولوژیک مرتبط با تخریب دیسک می‌باشد.

۴۱- گزینه (الف)، رجوع شود به پاسخ سوال ۶

۴۲- گزینه (ج)

یک اپلاینس Anterior positioning برای بیماران با disc dislocation without reduction کنتراندیکه است و به دلیل فشار آوردن به دیسک به سمت جلو، باعث بدتر شدن اختلال می‌شود.

۴۳- گزینه (د) صفحه ۳۵۴، ستون اول، پاراگراف اول

در هر دو حالت displacement و dislocation همراه بازگشت، اپلاینس anterior positioning به طور درمانی ارتباط نرمال کندیل- دیسک را دوباره برقرار خواهد نمود. یک اپلاینس anterior positioning برای

بیماری با دیسلوکیشن دیسک بدون بازگشت به دلیل اعمال نیرو به دیسک، که آن را به جلوتر می‌راند. تنها شرایط را بدتر خواهد نمود. بنابراین یک اپلاینس *anterior positioning* برای چنین بیماری کنتراندیکه است. بیمارانی که با دیسلوکیشن دیسک بدون بازگشت مشخص می‌شوند باید به شیوه متفاوتی کنترل شوند. هنگامی که شرایط دیسلوکیشن دیسک بدون بازگشت حاد می‌باشد، درمان اولیه باید شامل تلاش جهت بازگشت یا بازپس‌گیری دیسک توسط *manud manipulation* باشد.

این *manipulation* می‌تواند برای بیماران که اولین اپیزود قفل شدنشان را تجربه می‌کنند بسیار موفق باشد. در این بیماران احتمال زیادی وجود دارد که بافت‌ها سالم و دیسک از لحاظ مورفولوژیکی تغییر نکرده باشد. اگر دیسک شکل اصلی‌اش را حفظ کرده باشد (در قسمت میانی نازک‌تر و در هر دو قسمت قدامی و خلفی ضخیم تر) امیدواری‌هایی وجود دارد که دیسک در صورت برگشت به موقعیتش، توانایی حفظ موقعیت نرمال را خواهد داشت اما هنگامی که دیسک مورفولوژی نرمال‌ش را از دست می‌دهد (به کلی صاف شده باشد)، شانس‌های حفظ دیسک در موقعیتش کمتر می‌شود. بیماران با تاریخچه طولانی از قفل شدن، احتمالاً با دیسک‌ها ولیگامان‌هایی که تغییرات یافته‌اند، مشخص می‌شوند و این، بازگشت و حفظ موقعیت صحیح دیسک را برای کلینیسین مشکل خواهد نمود. به عنوان یک قانون کلی هنگامی که بیماران تاریخچه‌ای از قفل شدن را برای یک هفته یا کمتر گزارش می‌کنند.

Manipulation اغلب موفق خواهد بود. در بیماران با تاریخچه طولانی تر، موفقیت به سرعت کاهش می‌یابد.

۴۴- گزینه (د) صفحه ۳۵۸، ستون اول، پاراگراف دوم

از آن جایی که اتیولوژی *ankylosis spondylitis* ناشناخته است درمان قطعی در دسترس نیست.

۴۵- گزینه (ب) رجوع شود به پاسخ سوال ۴۰

۴۶- گزینه (د)، رجوع شود به پاسخ سوال ۴۳

پاسخنامه فصل پانزدهم

۱- گزینه (ج)، صفحه ۳۸۶، ستون اول، پاراگراف اول

انواع بسیاری از اپلاینس های اکلوزالی برای درمان TMD پیشنهاد شده است. دو تا از رایج ترین اپلاینس های مورد استفاده، اپلاینس های ثبات دهنده (Stabilization appliance) و اپلاینس anterior positioning باشند. برخی اوقات اپلاینس ثبات دهنده، اپلاینس ریلکس کننده عضله (muscle relaxation appliance) نامیده می شود، زیرا به طور اولیه برای کاهش درد عضله استفاده می شود. اپلاینس anterior positioning برخی اوقات orthopedic repositioning appliance نامیده می شود، که چون هدف آن تغییر موقعیت مندیبل در رابطه با کرانیوم است. انواع دیگر وسایل اکلوزالی، بایت پلن قدامی، بایت پلن خلفی، اپلاینس چرخاننده (pivoting appliance) و اپلاینس ارتجاعی یا نرم است.

۲- گزینه (ج)، صفحه ۳۸۶، ستون اول، پاراگراف چهارم

اپلاینس ثبات دهنده به طور کلی جهت درمان اختلالات درد عضله استفاده می شود. مطالعات نشان داده اند که استفاده از آن می تواند فعالیت پارافانکشنال را که غالباً با دوره هایی از استرس همراه است، کاهش می دهد. بنابراین وقتی یک بیمار، یک TMD را که مرتبط با هیپراکتیویتی عضله نظیر براکسیزم است را گزارش میکند، یک اپلاینس ثبات دهنده باید در نظر گرفته شود. مطالعات جدیدتر در مورد مکانیسم دقیقی که اپلاینس اکلوزالی به وسیله آن به کاهش سمپتوم های TMD کمک می کنند، کمتر متقاعد کننده هستند اما اکثر نویسندگان هنوز از استفاده آن ها حمایت می کنند. بیمار با local myalgia و Chronic centrally mediated myalgia ممکن است همچنان یک نامزد خوب برای این گونه اپلاینس باشند. اپلاینس های ثبات دهنده همچنین برای بیمارانی که رترودیسکیت ثانویه به تروما را تجربه می کنند، کمک کننده است این اپلاینس می تواند در به حداقل رساندن نیروه برای تخریب بافت ها کمک کننده باشد بنابراین اجازه التیام موثرتر را می دهد.

۳- گزینه (ج)، صفحه ۳۸۶، ستون دوم، پاراگراف دوم

اپلاینس ثبات دهنده ی اکریلی سخت تمام قوس، می تواند در هر دو قوس به کار برود، اما قرار دادن آن در ماگزایلا چندین مزیت را در بر دارد. وسیله ماگزایلا معمولاً با ثبات تر است و بافت بیشتری را می پوشاند. که گیر آن را بیشتر کرده و احتمال شکست آن را کاهش می دهد. هم چنین این وسیله چند کاره است که اجازه می دهد تماس های متقابل در تمامی روابط اسکلتی و مولری به دست آید. به عنوان مثال در بیماران I, II, III به دست آوردن تماس و راهنمای قدامی مناسب اغلب با یک اپلاینس مندیبل دشوارتر است. اپلاینس ماگزایلا ثبات افزایش یافته ای را تامین می کند، چرا که تمامی تماس های مندیبل بر روی سطوح صاف قرار دارند. این

عضلانی را حین بیدار شدن گزارش میکند، براکسیزم مورد ظن است و استفاده شبانه ضروری می باشد. وقتی که یک بیمار درد را در اواخر بعد از ظهر را گزارش می دهد، فعالیت عضلانی روزانه مرتبط با استرس عاطفی، ارگونومی ها و خستگی ممکن است مهمتر باشند. برای این بیماران اپلاینس درمانی ممکن است در طی روز مورد نیاز نباشد و تکنیک های خود تنظیمی فیزیکی (PSR) physical self-regulation باید به کار گرفته شوند. اپلاینس های درمانی ممکن است به طور اولیه در طی روز به عنوان یک یادآوری کننده باشد (cognitive awareness). زمانی که بیمار در انجام این تکنیک ها ماهر شد، اپلاینس درمانی دیگر در طی روز مورد نیاز نمی باشد. زمانی که اختلال، رتروپدیسکیت است ممکن است نیاز باشد تا اپلاینس با تکرار بیشتری استفاده شود. نشان داده شده است که اختلالات درد میوژنوس به بهترین شکل به استفاده پاره وقت (به ویژه استفاده شبانه) پاسخ میدهند. در حالی که اختلالات داخل کپسولی به طریق بهتر با استفاده ی مداوم تر کنترل می شوند. اگر استفاده از اپلاینس موجب افزایش درد شود، بیمار باید استفاده از آن را متوقف کند و مشکل را سریعاً جهت ارزیابی و اصلاح گزارش دهد.

۱۲- گزینه (الف)، رجوع شود به پاسخ سوال ۱۲

۱۴- گزینه (ج)، رجوع شود به پاسخ سوال ۱۲

۱۵- گزینه (د)، رجوع شود به پاسخ سوال ۱۲

۱۶- گزینه (ج)، صفحه ۳۹۴، ستون اول، پاراگراف ششم

در موقعیت های خاص، ساخت یک اپلاینس تثبیت کننده ی مندیبل (stabilization appliance) ممکن است مطلوب باشد. شواهد پیشنهاد می کنند که اپلاینس های ماگزایلا و مندیبل، سمپتوم ها را به طور برابر کاهش می دهند. مزایای اولیه ی گونه ی مندیبل این است که تکلم را کمتر تحت تاثیر قرار می دهند و زیبایی ممکن است بهتر باشد. مقتضیات اکلوزال اپلاینس مندیبل دقیقاً مشابه وسیله ماگزایلاست. اگرچه چون انسیزورهای ماگزایلا به صورت لبیالی زاویه دارند، غیر ممکن است یک استاپ قدامی بر روی اپلاینس مندیبل که بر محور طولی انسیزورهای ماگزایلا عمود باشد، ایجاد نمود. بنابراین عضلات نمی توانند به طور قابل اعتماد جهت کمک به استقرار موقعیت با ثبات عضلانی-اسکلتی کندیل ها استفاده شوند. در ساخت یک اپلاینس ثبات دهنده (stabilization) کلینیسن باید منحصر بر روی تکنیک bilateral manual manipulation جهت استقرار موقعیت با ثبات مفصل تکیه کند.

۱۷- گزینه (ج)، صفحه ۳۹۴، ستون دوم، پاراگراف دوم

اپلاینس موقعیت دهنده قدامی (anterior positioning appliance) یک وسیله اینتراکلوزالی است که مندیبل را تشویق میکند که یک موقعیت قدام تر از موقعیت اینترکاسپی را به خود بگیرد. این ممکن است برای کنترل اختلالات تخریب دیسکی خاصی مفید باشد، چرا که موقعیت دهی قدامی کندیل ها ممکن است به تامین یک