

بنام خدا

۲/۳۰

دانشگاه تهران
دانشکده دندانپزشکی
پایان نامه
برای دریافت درجه دکترا

موضوع

مطالعه بر روی علل صدهای مفصل گیجگاهی فکی

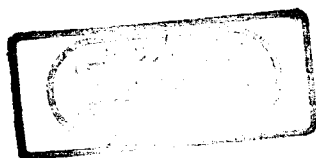
بازاهنمائی

استاد ارجمند جناب آقای دکتر حسن بصیریان

نگارش: محمود محمدی جنیدی

شماره پایان نامه ۱۶۷۶

سال تحصیلی ۳۵ - ۲۵۲۴



تقدیم به :

پدر و مادر و برادران و خواهران عزیزم

تقدیم ہے:

استاد ارجمند جناب آقای دکتور حسن بصیریان

تقدیم به:

استاد ارجمند جناب آقای دکتر ایرج شفق

تقديم به :

هيأت محترم قضات

صفحه	فهرست	عنوان
۱		۱ - مقدمه
۲		۲ - بررسی ماء خذ علمی
۴		۳ - آناتومی مفصل گیجگاهی فکی (بحث)
۸		۴ - صداهاى مفصل گیجگاهی فکی
۲۵		۵ - بیماری‌ها و اختلالات مفصلی که دارای صدای مفصلی میباشند .
۲۵		۶ - سندرم همراه با درد اختلال مفصل گیجگاهی فکی
۲۸		۷ - دررفتگی مکرر فکی
۲۹		۸ - آرتريت ضربه‌ای مزمن مفصل و درد راجعه عضلانی
۳۱		۹ - استئوآرتريت یا آرتريت ه پیرتروفیک
۳۳		۱۰ - آرتريت ضربه‌ای یا آرتروز
۳۶		۱۱ - عفونت منیسک
۳۶		۱۲ - دررفتگی منیسک
۳۷		۱۳ - درمان صداهاى مفصلی و نکاتی راکه بیمار متبلا باید رعایت کند
۴۷		۱۴ - تمرین عضلانی برای جلوگیری از پیدایش صدا
۴۹		۱۵ - خلاصه
		۱۶ - منابع

Introduction

مقدمه

انگیزه‌ای که مرا برانگیخت تا پایان نامه خود را تحت عنوان مطالعه بر روی علل صدهای مفصل گیجگاهی فکی بنویسم این بود که ضمن سالهای تحصیلی و در بیمارانی که به بخش جراحی مراجعه مینمودند به ضایعات مفصلی متعددی برخورد میکردم و اتیولوژی و چگونگی آنها را به مطالعه بیشتر وادار میکرد و همین امر باعث شد که این موضوع را برای پایان نامه خود انتخاب نمایم .

رنج شدید بیماران از این ضایعات که مکرر شاهد آن بودم و علاقه به آگاهی بر علل آنها سبب گردید که از هر فرصتی برای مطالعه در این زمینه استفاده کنم با مراجعه به مقالات و کتب مختلف انگلیسی و فارسی چنانکه در فهرست همین پایان نامه ذکر شده است و تطبیق مطالب مولفین مختلف با مشورت و راهنمایی‌های استاد ارجمند جناب آقای دکتر بصیریان راه برای شناخت علل پیدایش این ضایعات هموار شد .

از مجموعه مطالعات و بررسی‌های ماخذ علمی که در طی ماههای متمادی به عمل آمد سرانجام این حاصل شد که آگاهی و دانستن اختلالات و ضایعات مفصل گیجگاهی فکی برای هر دندان‌پزشک لازم و ضروری است .

امیدوارم که این مختصر مورد استفاده دانشجویان و مراجع علاقه‌مندان قرارگیرد که از این راه خدمتی هر چند ناچیز به علل پیدایش و درمان در دبیماران نموده باشم .

Review of the literature

بررسی ماخذ علمی

Steinhardt سال ۱۹۵۲

صدای مفصل گیجگاهی فکی را از روی علت بوجود آورنده اش تقسیم بندی کرده و میگوید

یک نوع صدای عادی وجود دارد که اختلالات اکلوزیونی در ایجاد آن موثر نیست، نوع دیگر صدا

در اثر اختلال فونکسیون مفصل میباشد که معمولا "یک طرفی است". (۴)

Sicher سال ۱۹۵۵

مکانیسم عصبی عضلاتی را در پیدایش صدامهم میداند. (۱۱)

Schwartz سال ۱۹۵۹

اگر منیسک بعد از اینکه دهان کاملا "باز شده و میخواید بسته شود به عقب برنگردد صدا حاصل می-

شود. (۱۱)

Ekensten سال ۱۹۶۰

در مفصل معمولی صدا ایجاد نمیشود. (۲)

Findday and Kilpatrick سال ۱۹۶۰

صدای مفصل یک نشانه بسیار مهمی در آرتروز این مفصل میباشد. (۲)

Sabin and laskin سال ۱۹۶۹

در تمام مواردی که صدا در حین باز کردن دهان ایجاد میشود حرکت ناهماهنگه کندیل وجود دارد. (۱۱)

Yavelow and Arnold سال ۱۹۶۹

صدای در ناحیه مفصل گیجگاهی فکی بدون استفاده از گوشی در اثر باز بسته کردن دهان شنیده میشود در

مرحله باز کردن ۶-۵ صدا در اثر بستن ۴-۳ صدا شنیده میشود. (۱۱)

Ramfjord, Ash سال ۱۹۶۹

صدا در مفصل گیجگاهی فکی یکی از شکایات عمده در بیماران مفصلی میباشد که ممکن است همراه با درد باشد (۶)

Shore سال ۱۹۷۰

صدابه علت ناهماهنگی بین قسمت فوقانی و تحتانی عضله رجلي خارجي ايجاد ميشود كه اين پديده

به علت اسيا سم اين عضله ميباشد . (۷)

Bailey سال ۱۹۷۱

علت صدا شل بودن غضروف مفصلي است . (۱۱)

Pomerantseva urbanskaia سال ۱۹۷۱

صدا بوسيله راست و خم شدن منيسك در اثر بازويسته شدن مانديبول و يدر اثر پيدايش ناهمواري هاي

منيسك به علت عوامل پاتولوژيك ايجاد ميشود . (۱۱)

Rees سال ۱۹۷۱

در بيماران مبتلا به صداي مفصلي منيسك همراه با كنديل حركت نميكنند بلكه حركتش نسبت به كنديل جدا-

گانه است . (۱۱) Yavelow سال ۱۹۴۱

وجود مايع سنيوويال نيز نقشي در پيدايش صدا دارد و ميگويد مثل اين است كه مايع از گردن بسيار باريك

يك بطري واروند عبور كند و اين عبور مايع همراه با صدا ميباشد . (۱۱)

Berry سال ۱۹۷۱

صدا در بچه ها نيز شبيده ميشود ، اين دانشمند نوزادي را كه داراي صدا بود گزارش ميكند . (۱۱)

Shira سال ۱۹۷۱

صدا ممكن است به علت وجود هوا باشد ، اين دانشمند مريضي را معرفي ميكند كه در ناحيه

Sub Maxila هوا وجود داشت . (۱۱)

Discussoin

بحث :

آناتومی مفصل گیجگاهی فکی از نظر جراحی

مفصل گیجگاهی فکی از نظر تشریحی از کندیل که به شکل غلطک میباشد درست میشود و همچنین

دارای دیسک بین مفصلی (مینسک) است بعلاوه حفره گلنوئید وجود دارد ، در قسمت جلوی حفره

گلنوئید برجستگی مفصلی یا Articular Eminance در ناحیه عقب آن Tubercul Post

Glenoid وجود دارد . (۴)

ساختمان های متعددی بین سر کندیل و استخوان گیجگاهی دیده میشود که عبارتند از قسمت کوچکی از غده

پاروتید ، عروق و اعصاب که بوسیله نسج همبندی احاطه شده اند ، پشت این ساختمان ها قسمت استخوانی

کانال شنوایی و کمی داخلتر گوش میانی قرار گرفته است . لیگمان گیجگاهی فکی این ساختمان ها را محافظت

میکند تا بر اثر ضربه کندیل به آنها آسیب نرسد و لایه نازک استخوانی از ضربه و تصادم در امان باشد . (۴)

سطح مفصلی : سطحی است مقعر که در قسمت قدامی آن یک برجستگی به نام توبرکول آرتیکوله

وجود دارد و در قسمت خلفی آن نیز یک برجستگی وجود دارد که باعث میشود در موقع حرکات سر کندیل

به استخوان گیجگاهی برخورد نکند توبرکول آرتیکوله در قسمت قدامی خود یک حالت محوشدگی دارد در

داخل این سطح مفصلی سر کندیل قرار دارد و خود سطح مفصلی کندیل برخلاف سطح مفصلی حفره ییسک

حالت تحدب دارد و محور طولی کندیل داخلی خارجی است سر کندیل وقتی که در حفره مفصلی قرار دارد

به سمت جلو متوجه است و به همین علت وقتی که رادیوگرافی لترال از کندیل گرفته میشود سر کندیل نسبت به

گردن آن قدامی دیده میشود . (۳)

مینسک یا دیسک آرتیکوله : عبارت است از نسج همبندی فیروزه که بین سطح مفصلی و سر کندیل قرار

گرفته است و فضای مفصل را به دو قسمت فوقانی و تحتانی تقسیم میکند (۳)

مینسک از محیط به کپسول متصل میشود و کنار فرورفته قدامی آن به الیاف عضله رجلي خارجی

ارتباط دارد که باعث میشود حرکت مینسک به سمت جلو کنترل گردد ، حاشیه قدامی آن ضخیم تر است

بطوریکه حاشیه خلفی ۳ میلیمتر و حاشیه قدامی ۲ میلیمتر می باشد و در قسمت مقعر میانی اندازه اش ۲ - ۱ میلیمتر است . (۴)

گاه ممکن است تعداد کمی سلول های شبه عضروفی در رد رون ساختمان آن دیده شود و در بعضی موارد تغییرات کلیسیفیکاسیونی ایجاد میگردد . فیبرهای کلاژن که بصورت نوارهای درهم وجود دارند موازی سطح مینسک قرار دارند که در آنجا ساختمان عروقی مجهز وجود دارد مخصوصاً "در قسمت خلفی که بافت نرم و شل به کپسول متصل میشود . رشته های عصبی نیز در ساختمان مینسک دیده میشود که به محیط دیسک می آیند ، این اعصاب حسی بوده و تغییرات حاصل در اثر فشار که در درون حفره مفصلی ایجاد میشود را به مرکزی میبرد تا مفصل بوسیله عضله کنترل شود . (۴)

کپسول : کپسول در واقع عبارت است از لیگامان نازکی که از لبه های گنوبئید فاسا تا گردن - کندیل ادامه دارد . (۳)

اتصال قدامی آن در ناحیه برجستگی مفصل و قسمت خلفی در ناحیه نوبکول پشت گنوبئید می باشد که تا شیار پتر و تمپانیک به عقب ادامه دارد . قسمت قدامی کپسول خیلی نازک است در حالی که قسمت خلفی - خیلی قوی است فیبرهای ناحیه عمقی تر باعث میشود که کپسول محکم به کنار خلفی مینسک متصل شود وقتی که کندیل به قسمت جلو به لغزد این اتصالات محکم باعث میشود مینسک زیاد به جلو نیاید ، دیواره میانی کپسول نازک است و به همین دلیل این قسمت ضعیف ترین نقطه کپسول بشمار می آید و در - شکستگی ها در رفتگی قسمت میانی بیشتر دیده میشود . (۴)

قسمت فوقانی این کپسول شل است (الیاف آن خیلی کشیده نیست چون در هنگام فونکسون - اجازه میدهد که کندیل به سمت قدامی حرکت کند) ولی قسمت تحتانی آن کشیده و سفت است و این الیاف اجازه حرکت لولائی به مفصل میدهند (۳)

غشاء سینوویال . در واقع پرده همبندی است که تمام سطوح مفصلی را گرفته و ماده سینوویال ترشح

میکند که این ماده باعث تسهیل حرکت مفصل میشود و مایعی است Lubricating (روغن کاری) (۴،۳)

لیگامان های مفصلی :

۱ - لیگامان تمپورماندیبولر . که لیگامان اصلی است و از قوس زیگوماتیک شروع شده به سمت پائین می آید و به گردن کندیل در قسمت خلفی و کناری چسبندگی پیدا میکند این لیگامان ساپورت اصلی کپسول را در موقع حرکات مفصل تشکیل میدهد . (۳)

۲ - لیگامان اسفنوماندیبولر . یا شب پره ای فکی که در ست به بالای خار اسپیکس می چسبد این لیگامان فرعی است . (۳)

۳ - لیگامان استیلوماندیبولر . یا نیزه ای فکی که از زواید نیزه ای تازاویه فک اسفل امتداد دارد و این نیزه ای لیگامان فرعی است . این دو لیگامان در محدود کردن حرکات فک فرعی هستند . (۳)

عروق :

خون کندیل از شریان ماکزیلر داخلی تامین میشود که از این شریان ، شریان گوش عمقی منشعب میشود و این خون شاخه ها تی به نواحی رجلی خارجی و کپسول میدهد و به درون استخوان از طریق منفذهای تغذیه ای وارد میشود بعلاوه شریان گوش خلفی شاخه ها تی به سر کندیل میدهد . (۴)

اعصاب :

کندیل اعصاب حسی خود را از شاخه ای از گوش گیجگاهی و شاخه ها تی از شاخه ماستر مانند بیولر تامین میکند . (۳)

فونکسیون :

ماندیبول یک استخوان آویزان شده میباشد و در موقع جویدن در اثر فعالیت عضلات به حرکت در می آید مفصل گیجگاهی فکی یک مفصل لولائی است ، حرکت های مختلف دارد و وضع مفصل طوری است که حرکت چرخشی به صورت لولا و حرکت لغزشی به جلو و عقب داشته و کمی نیز حرکت عمودی دارد بعلاوه به علت حرکات متناوب مفاصل مشابه مکان حرکت طرفی وجود داشته و گاه حرکات فوق تواما " صورت گرفته و یک حرکت مخلوط ایجاد میشود (حرکت به تمام جهات) . (۴)

طرز حرکت فک مسئله جالی است البته فک بوسیله عضلات بالا برنده و ماضغه و گیجگاهی ورجلی

داخلی بسته میشود. (۴)

Root معتقد است که برای باز کردن فک عضلات رجلی خارجی نقش مهمتری دارند فیبر

های فوقانی سر این عضله به کنار قدامی مینسک متصل است و آنرا به بالا هدایت میکند سر پائین عضله به گردن کندیل اتصال دارد که قوی تر است وقتی این عضلات منقبض میشوند سرماندیبولر به جلو لغزیده و در موقعیتی زیر برجستگی آرتیکولر قرار میگیرد و این موضوع باعث میشود لیگامان های اسفنوما-ندیبولر و استیلوماندیبولر کشیده شوند و قسمت میانی شاخه عمودی فک با کشیده شدن این تا بدوها زیاد به جلو نمیروند اگر عضلات بیشتر منقبض شوند ماندیبولر حول محوری که از سوراخ ماندیبولر میگذرد وقتی که فک با زاست میچرخد در حالیکه آرواره با زاست از طرف دیگر Last عقیده دارند که برای باز کردن دهان باید هر دو قسمت عضله دوبطنی همراه با عضلات رجلی خارجی فعالیت کنند Spinz میگوید تنها انقباض بطن قدامی باعث میشود که بطن خلفی منقبض شود و این موضوع باعث میشود که قسمت تاندونی میانی به طرف استخوان لامی برود و انقباض بطن خلفی به تنهایی بطن قدامی را کشیده و انقباض هر دو بطن با هم باعث میشود چانه به پائین و عقب بیاید. شکی نیست وقتیکه فعالیت عضلات رجلی خارجی مختل شود مثلاً " در کندیکلاتومی این موضوع باعث میشود که عضلات تحت ماندیبولر برای جبران این کمبود و توام با عضلات دوبطنی و ژنیهوئی فعالیت کنند. (۴)

صداهای مفصل گیجگاهی فکی

صدای مفصل گیجگاهی فکی چه هست؟ یک علامت مهم است. آیا به علت عدم تطابق قسمت متحرک مفصل و آماسی انساج و یا تغییرات دژنرانیو این ناحیه میباشد؟ آیا میتوان از پیشرفتش جلوگیری و یا آنرا درمان کرد؟ صدای های مفصل گیجگاهی فکی در حرفه دندان پزشکی یک معنائی است و عجیب اینکه دندان پزشکان در این باره اطلاعات کمی دارند. (۱۱)

صدای مفصلی پدیده ای است که در اثر حرکات ماندل در یک یا هر دو مفصل ایجاد میشود

این صداها در اثر حرکت به هر جهت و یا مخلوطی از حرکات مثلا "باز کردن، بستن، جلوراندن (پیش گرائی) و یا چرخیدن جانبی ایجاد میشود اما وقتی دندان ها کاملا "روی هم قرار میگیرند صدا ایجاد نمیشود صدا ممکن است ضعیف باشد و فقط بوسیله گوشی شنیده شود و یا ممکن است آنقدر شدید باشد که از فاصله دور شنیده شود و به هر حال صدا ممکن است خیلی ضعیف یا متوسط و یا شدید باشد. صدا را میتوان در نواحی مفصل گیجگاهی فکی خوب شنید و یا میتوان با لمس کردن سواخ خارجی گوش به وسیله گذاشتن انگشت پنجم در این ناحیه و فشار دادن آن به سمت کندیل هادر حین حرکت کندیل شنید در مورد علت احتمالی صدا عقیده بسیار است و در این جا نظر یاتی که بیشتر مورد قبول است بررسی میکنیم بعلاوه بعضی از نظریات جدیدتری را نیز بررسی میکنیم. (۱۱)

Bailey عقیده دارد. علت صدای مفصل شل بودن غضروف مفصلی است. (۱۱)

Pomerantseva-Urbanskaia معتقد است.

صدا بوسیله راست و خم شدن منیسک در اثر باز و بسته شدن فک و یا در اثر پیدایش ناهمواری های منیسک به علت عوامل پاتولوژیک ایجاد میشود. (۱۱)

Rees در اثر معاینه و به کار بردن علم آنتونی و رادیوگرافی روی مفاصل گیجگاهی فکی ۱۹ بیمار

که تا زمرده بودند به دو نتیجه نایل شد. (۱۱)

الف - اتصالات و ساختمان منیسک طوری است که حرکت قابل ملاحظه ای نسبت به استخوان