



۳۸۷۳

۱۳۸۲ / ۲ / ۳۰



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

شعبه صدوقی یزد

از اطلاعات آرک عین این
موسسه آرک

دانشکده دندانپزشکی

پایان نامه:

جهت دریافت درجه دکترای دندانپزشکی

موضوع:

بررسی تاثیر کرون بر سلامت انساج پریدونتال در بیماران درمان شده در
بخش پروتز دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی یزد

اساتید راهنما:

آقای دکتر عباس فلاح تفتی

و

آقای دکتر امیر معین تقوی

نگارش:

غلامحسین انصاری

۴۵۷۵۴

تقدیم به

پیشگاه پروردگار یکتا

پدر و مادر عزیز و بزرگوار

و تمامی رهپویان طریق علم و معرفت

و باتشکر و سپاس فراوان از

تمامی کسانی که مرا در این راه یاری نمودند

بویژه

اساتید ارجمند و بزرگوارم

دکتر فلاح

و

دکتر معین تقوی

که افتخار شاگردی ایشان در تمامی مراحل زندگی

مایه مباهات اینجانب خواهد بود.

به امید توفیق روزافزون در پیمودن مسیر وصال به کمال.

غلامحسین انصاری

آذر ۱۳۸۱

خلاصه

رابطه بین سلامت پرپودنتال و ترمیم دندانها مشخص و انفکاک نا پذیر است. برای بقای دراز مدت ترمیمها پرپودنتیم باید سالم باشد و از طرف دیگر برای حفظ سلامت پرپودنتیم نکات متعددی را باید در ساخت ترمیم رعایت نمود.

این مطالعه با هدف بررسی اثر کرون های ساخته شده در دانشکده دندانپزشکی یزد بر انساج پرپودنتال صورت گرفت. در این تحقیق ۳۰ کرون مورد معاینه قرار گرفتند. نمونه گیری به صورت Randomized و روش تحقیق تحلیلی و Cross Sectional بود. در این تحقیق شاخص لثه ای (GI) شاخص پلاک (PI)، عمق پروبینگ (PD) و عرض لثه کراتینیزه در اطراف کرونها (مورد) در مقایسه با دندانهای طبیعی در سمت مقابل (شاهد) ارزیابی شدند.

همچنین خصوصیات کرون شامل محل مارجین کرون نسبت به لبه لثه، کانتور کرون در محل مارجین و وضعیت تماس بین دندانهای مورد ارزیابی قرار گرفت.

نتایج حاصل از این تحقیق به شرح زیر است:

PD و GI در اطراف کرونها بیشتر از دندان طبیعی مقابل بود. اما از طرف دیگر PI و KG در

اطراف کرون ها کمتر از دندانهای شاهد بود. البته در مورد K.G اختلاف معنی دار نبود.

در مورد کرونهای دارای مارجین زیر لثه GI, PI, PD و KG بیش از کرونهای دارای مارجین بالای

لثه و در حد لثه بود ولی اختلاف در هیچکدام از موارد معنی دار نبود.

همچنین کرونهای KG ، PD ، PI ، GI ، $over$ Contour نسبت به کرونهای Normal داشتند. همچنین هیچ مورد $under$ Contour مشاهده نشد. و فقط در مورد GI اختلاف معنی دار بود.

در بررسی کرونها از لحاظ وضعیت تماس بین دندانی کرونهای دارای تماس بین دندانی نرمال KG ، PD ، PI ، GI (Normal) کمتری نسبت به حالت باز ($open$) داشتند. در این مورد نیز اختلاف معنی دار نبود.

در این مطالعه فقط یک مورد کرون با تماس بین دندانی $tight$ مشاهده شد.

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۱	مقدمه
	فصل اول
۴	کلیات
۲۲	مروری بر مقالات
	فصل دوم
۲۹	اهداف و فرضیات
	فصل سوم
۳۱	خصوصیات جامعه مورد بررسی
۳۱	روش و نحوه اجرای تحقیق
۳۴	تعداد نمونه ها و روش نمونه گیری
۳۴	محدودیت ها و مشکلات تحقیق
	فصل چهارم
۳۹	نتایج
	فصل پنجم
۴۹	بحث
۵۲	پیشنهادات
	فصل ششم
۵۴	منابع و مآخذ

فهرست جداول

صفحه	عنوان
۳۵	جدول ۳-۱
۳۶	جدول ۳-۲
۳۷	جدول ۳-۳
۴۳	جدول ۴-۱
۴۳	جدول ۴-۲
۴۴	جدول ۴-۳
۴۵	جدول ۴-۴
۴۶	جدول ۴-۵
۴۷	جدول ۴-۶

فهرست اشکال

صفحه	عنوان
۳۵	شکل ۳-۱

مقدمه:

از دست دادن دندانها یا بخشی از یک دندان به دلیل پوسیدگی و بیماریهای پریدنتال از دیرباز مشکل جوامع بشری بوده است. عدم جایگزینی دندان از دست رفته با مرور زمان سبب تغییر وضعیت دندانهای باقیمانده شده، عملکرد هماهنگ دندانها بتدریج تغییر نموده و باعث مشکلات زیادی در عمل جویدن، تکلم، زیبایی، سلامت و بهداشت دندان می شود. (۲)

با استفاده از ترمیم های ریختگی، سرامیکی و فلزی - سرامیکی نواحی وسیعی از دندانها یا تاج از دست رفته می تواند جایگزین شود. (۱)

اما درمان موفقیت آمیز بیماران توسط دندانپزشک برای گذاشتن پروتزهای ثابت مستلزم اعمال مجموعه ای از روشهای درمانی شامل آموزش بهداشت، درمانهای پریدنتال، ترمیمی، اکلوزن و گاهی اندودنتیک می باشد. (۴)

دندانپزشکی که درمان ترمیمی انجام می دهد معمولاً از تأثیر و عواقب درمانهای ترمیمی و پروتز بر پالپ دندان آگاهی دارد. همچنین ضروری است که به همان میزان نسبت به واکنش بافت پریدنتیم به اعمال ترمیمی آگاهی داشته باشد. (۲۳)

مهمترین تأثیر ترمیمها تأثیر آنها بر روی بافت نرم و سخت اطراف دندان می باشد. هدف نهایی دندانپزشک در انجام کارهای ترمیمی بایستی انجام کار خوب، بدون صدمه رساندن به انساج پریدنتال سالم باشد. (۲)

طراحی و ساخت صحیح ترمیم از جمله انطباق مارجین و کانتور صحیح و ایجاد ارتباط پروگزیمالی مناسب و ایجاد سطوح صاف و پالیش شده سبب می شود که به احتیاجات بیولوژیکی لثه و انساج

پریودنتال پاسخ مناسب داده شود. پریودنشیوم سالم اساس و پشتیبان عملکرد، زیبایی و طول عمر سیستم دندانانی است. (۱۱)

متأسفانه بسیاری از پروتزهای ثابت بدون در نظر گرفتن اصول ساخته شده و بصورت عامل مخربی سبب تجمع پلاک و ایجاد بیماریهای پریودنتال می گردند. (۴)

البته سلامتی بافتهای اطراف پروتزهای ثابت در ابتدا بستگی به بهداشت دهان بیمار دارد. (۸) از آنجائیکه تأثیرات مضر کرونها در دراز مدت باعث به خطر افتادن دندانهای زیر کرون همانند پوسیدگی، بیماریهای پریودنتال، لقی دندانهای زیر کرون و عریض شدن فضای PDL در رادیوگرافی می شود. لزوم یک بررسی در مورد ارتباط بین خصوصیات یک کرون و سلامت انساج پریودنتال اطراف آنها لازم به نظر می رسد.

این تحقیق با هدف مقایسه وضعیت پریودنتال اطراف دندانهای کرون شده در مجموعه مورد مطالعه با دندانهای سالم مشابه صورت گرفت. به دلیل کمبود مطالعات مشابه در کشورمان امیدواریم که این تلاش بتواند قدمی هر چند کوتاه در بهبود وضعیت درمان و مقدمه ای برای مطالعات آینده در این زمینه باشد.

فصل اول:

کتاب

« کلیات »

دندان و ساختمان پشتیبان آن به دلیل وجود ارتباط تنگاتنگ و نزدیک با یکدیگر می‌بایست به عنوان یک واحد در نظر گرفته شوند چرا که صحت هر یک در سلامت دیگری نقش دارد. (۲۳) و رابطه بسیار مهمی، بین درمانهای پروستودنتیکس و سلامت انساج پرئودنتال وجود دارد. (۸) در امر بازسازی نسوج از دست رفته دندانی نیز می‌باید به این مهم توجه نمود که کیفیت پروتزهای دندانی با سلامت نسوج پرئودنتال دارای ارتباطی تنگاتنگ می‌باشد.

این ارتباط دو طرفه وقتی قابل درک است که نحوه تأمین سلامت این نسوج و چگونگی پیدایش شرایط پایولوژیک و نحوه اصلاح آن شناخته شود. در غیر این صورت تحریکات ناشی از تکنیکهای ناصحیح می‌توانند سبب آغاز یا گسترش و تشدید بیماریهای پرئودنتال گردند. و چنانچه شرایط پرئودنشیمن پیش از درمان پروتز در نظر گرفته نشود باعث از دست رفتن نسوج پشتیبان و به تبع آن از دست رفتن دندان خواهد شد. (۲۳)

« پرئودنشیمن سائیم »

یک واحد دندانی (Dental unit) شامل دندان و بافتهای نرم و سخت پشتیبان کننده آن می‌باشد. بافتهای پشتیبان کننده دندان که به آن پرئودنشیمن اطلاق می‌شود شامل: لثه، لیگامانهای پرئودنتال سمتوم و استخوان آلوئول می‌باشد. این بافتها اختصاصاً جهت اعمال زیر بوجود آمده اند.

۱- اتصال دندان به محل استخوانی خود در Alveolar Process

۲- مقاومت و خشی کردن نیروهای حاصل از جویدن، بلع و تکلم

۳- دفاع در برابر عوامل خارجی زیان آوری که در محیط دهان وجود دارد.

۴- تطابق با تغییرات ساختاری مرتبط با سن (۲۳)

«لثه»

لثه بخشی از مخاط دهان است که قسمت آلوتولار پروس فک ها را می پوشاند و گردن (طوق) دندانها را احاطه می کند. (۸) لثه از لحاظ آناتومیکی به سه قسمت مارجین لثه، لثه چسبنده و لثه بین دندانی تقسیم می شود (۸). لثه نرمال دارای رنگ صورتی کم رنگ، در افراد مختلف به میزان متفاوت دارای نمای پوست پرتقالی و در عین حال محکم و قابل ارتجاع می باشد. همچنین دارای مارجین لبه چاقویی (Knife. Edge) و بدون تورم و برجستگی است. (۵)

لثه آزاد (Free gingiva)

لثه آزاد (مارجینال) قسمتی از بافت لثه است که به سطح دندان چسبندگی نداشته و به صورت حلقه ای دور دندان قرار گرفته است. معمولاً میزان لثه آزاد کمی بیشتر از یک میلی متر می باشد. (۵) تقریباً در ۵۰٪ موارد لثه آزاد بوسیله یک خط فرو رفته از لثه چسبنده جدا می شود که به آن شیار لثه آزاد می گویند. (۸)

در حقیقت لثه آزاد دیواره بافت نرم سالکوس لثه را تشکیل می دهد که عمق آن توسط پروب پرئودنتال قابل اندازه گیری است. (۵)

«لثه چسبنده»

لثه چسبنده در ادامه لثه آزاد واقع شده است و از بافت محکم و انعطاف پذیری تشکیل شده که به طور محکم به سطح پروست استخوان آلوتول چسبیده است. (۸)

لثه چسبنده در ادامه مخاط آلوئول قرار گرفته که این دو نسج توسط خطی به نام خط مخاطی لثه ای (Mucogingival junction) از یکدیگر متمایز شده اند. ارتفاع لثه چسبنده ناحیه فاسیال در نواحی مختلف دهان متفاوت است و میزان آن از ۱-۹mm متغیر است. (۵)

«لثه بین دندانی»

لثه بین دندانی (Interdental.G) ناحیه فضای بین دندانی را اشغال می کند که در حقیقت فضایی است که زیر نقطه تماس بین دندانها واقع شده است.

این قسمت از لثه شامل دو پایلا می باشد که یکی در ناحیه فاسیال و دیگری در ناحیه لینگوال قرار گرفته است حدفاصل این دو پایلا را قسمتی به نام COI اشغال نموده است. (۸)

«لیگامانهای پرئودنتال»

لیگامانهای پرئودنتال از جنس بافت همبند می باشند که اطراف ریشه دندان را احاطه نموده و به عنوان یک عامل اتصال دهنده بین دندان و استخوان عمل می نماید. معمولاً دسته هایی از فیبرهای کلاژن بطور ممتد و پیچیده شبکه ای را تشکیل می دهند که از سوی دندان به طرف جدار داخلی استخوان مجاور گسترش یافته است. عرض متوسط لیگامانهای پرئودنتال در دندان بالغین در حین قانکشن ۰/۱۸ میلیمتر است. (۸)

«سمنتوم»

سمنتوم یک بافت کلسیفیه اختصاصی است که سطح ریشه دندان را در بر می گیرد و بسیاری از خصوصیات استخوان را دارا می باشد. گرچه دارای عروق خونی و اعصاب نیست و تحت تحلیل فیزیولوژیک و Remodeling قرار نمی گیرد ولی دارای قابلیت جایگزینی در طول عمر می باشد.

سمتوم لیگامانهای پیوندتال را به ریشه دندان متصل کرده، در ترمیم صدمات ریشه دندان شرکت می کند. (۸)

استخوان آلوئول

زائده آلوئول استخوانی است که حفرات دندانی را تشکیل داده سبب نگهداری دندانها می گردد. و قابل تقسیم به چندین ناحیه آناتومیکی است. ولی به عنوان یک واحد فانکشنال عمل می کند و تمام قسمتها در عمل حفاظت از دندان سهیم هستند. نیروهای اکلوزالی که توسط لیگامانهای پیوندتال به دیواره داخلی حفره منتقل می شود، توسط استخوان اسفنجی که بوسیله صفحات استخوان کورتیکال از سوی لیال و لینگوال محافظت می شود خنثی می گردد. یک توازن دقیق و حساس بین نیروهای اکلوزالی و ساختمان استخوان آلوئول وجود دارد. استخوان آلوئول تحت یک بازسازی فیزیولوژیک دقیق در پاسخ به نیروهای اکلوزالی قرار دارد. وقتی نیروهای اکلوزالی شدت می یابد ضخامت و تعداد ترابکولهای استخوانی اسفنجی افزایش یافته و ممکن است ضخامت استخوان لیال و لینگوال اضافه شود. ولی هنگامیکه نیروهای اکلوزالی کاهش می یابد استخوان تحلیل رفته ارتفاع آن کم می شود و ضخامت و تعداد ترابکولهای استخوانی کاهش می یابد. (۸)

«عرض بیولوژیک»

به مجموع اندازه سالکوس لثه، اپی تلیموم جانکشنال و فیبرهای بافت همبندی سوپراکریستال غالباً عرض بیولوژیک می گویند. بر مبنای نظر آقایان Wentz و Urban بافت همبندی دارای بیشترین قسمت با میانگین ۱/۰۷ میلیمتر، جانکشنال اپی تلیموم با میانگین ۰/۹۷ میلی مترو عمق سالکوس با میانگین ۰/۶۹ میلیمتر می باشد. (۷)