

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قزوین

دانشکده دندانپزشکی

پایان نامه جهت اخذ درجه دکترا در رشته دندانپزشکی

عنوان

مقایسه کارآیی مسواک بین دندان‌ی و نخ دندان در کاهش پلاک میکروبی

استاد راهنما:

دکتر آسیه مظفری

نگارش:

علی بهلولی

شماره پایان نامه

۳۵۰

سال تحصیلی

۱۳۸۶-۸۷

۱۳۸۹/۹/۰۳

تسبیح درازک

۱۴۶۶۶۲

با تشکر از سرکار خانم دکتر مظفری

استاد راهنمای دلسوزم که مرا در این

طرح از هیچ کمکی دریغ نورزید

تقدیم به اساتید گرانقدر، دلسوز و بزرگوارم

ستاره های درخشانی که در آسمان آبی خاطرات من برای
همیشه ماندگار خواهند بود . و انسا نهای وارسته ای که خوب
بودن ، انسانیت و روح بلند داشتن را قدم به قدم به من آموختند
و مرا برای همیشه مدیون خود ساختند

تقدیم به هیئت داوران

خانم دکتر جواهری خانم دکتر یوسفی خانم دکتر بخشی آقای
دکتر پورصمیمی آقای دکتر ناصح

تقدیم به شریک غم و شادیم همسر فداکارم

به پاس استقامت و جودت در این سالهای سخت و دشوار که

یاریت را هرگز از من دریغ نکردی

تقدیم به بهانه شیرین زندگیم، غنچه همیشه شکوفای

هستی ام حسین و هستی عزیز

بچه های نازنینم که قلب کوچکتان به وسعت تمامی خوبیهاست

روح بزرگتان گرما بخش قلب من در تیرگی ها و سختی ها. همراه

همیشگی ام، همسفر خستگی ناپذیر من! ذره ذره وجودم را نثار نگاه

معصومانه تان می کنم، عزیزتر از جانم دوستتان دارم

تقدیم به آفتاب همیشه مهربان زندگیم مادر و پدر

اگر چه رنج بیش از حد مهربان بودن در گذر سالهای طولانی، رنگ

پیری را بر دستهای همیشه سخاوتمند تو نشانده، اما هنوز چشمهایت

هم چون اصالت اساطیر مقدس، یگانه ماوای خستگی هایم و برق گرما

بخش نگاهت بارقه ای از امید در نهایت ناامیدی من است. ای غزل

بلند مهر بر سطر سفید زندگی ام، ای جاودانه تر از خود عشق می

ستایمت

فهرست مطالب

شماره صفحه	عنوان
۱	مقدمه
	فصل اول: کلیات
۴	- کلیات
	فصل دوم: مروری بر مقالات
۱۹	- مروری بر مقالات
	فصل سوم: مواد و روشها
۳۴	- اهداف و فرضیات تحقیق
۳۴	الف- هدف کلی
۳۴	ب- اهداف اختصاصی
۳۴	ج- فرضیه
۳۴	د: هدف کاربردی
۳۵	- نوع مطالعه
۳۵	- روش جمع آوری دادهها
۳۵	- جامعه مورد بررسی، تعداد و روش نمونه گیری
۳۶	- متغیرهای تحقیق
۳۶	- روش اجرای تحقیق
۳۸	- تجزیه و تحلیل دادهها
۳۸	- ملاحظات اخلاقی
	فصل چهارم: یافتهها
۴۰	- یافتهها
	فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری
۴۶	- بحث
۴۹	- نتیجه گیری
۵۱	چکیده فارسی
۵۳	چکیده انگلیسی
۵۶	منابع
۵۹	پیوست

زمانی تنها راه برخورد با یک دندان پوسیده، خارج کردن آن بود. پس از آن موقع پرکردن و ترمیم دندان از اعمال روزمره دندانپزشکی محسوب می گردید. امروزه که ما در عصر دندانپزشکی پیشگیری قرار داریم، بااهمیت ترین کار دندانپزشکی، شامل تمیز کردن دندانها و استفاده از روش هایی است که برای حفظ دندان های سالم و نجات آنها قبل از احتیاج به ترمیم یا کشیدن و استفاده از جایگزین مصنوعی طراحی شده باشند که در این راه مسواک و سایر وسایل کمک بهداشتی دهان و دندان نقش بسیار بااهمیتی دارند.

پلاک میکروبی پس از تمیز کردن کامل دندانها به طور مداوم روی سطوح دندانی تشکیل می شود (۱۱). ثابت شده است که پلاک دندانی عامل اتیولوژیک اولیه و اصلی در ایجاد و پیشرفت پوسیدگی های دندانی، تشکیل جرم و ایجاد بیماری های پریودنتال می باشد (۲۴). بنابراین به منظور کنترل این عوارض و بیماریها، برداشت مؤثر و روزانه پلاک لازم و ضروری است. قطع کنترل پلاک می تواند به سرعت به تجمع پلاک و التهاب لثه منجر شده که با برقراری به موقع و مجدد بهداشت دهان برطرف می گردد (۲۰).

علیرغم این مسأله، تعداد زیادی از مردم قادر یا علاقه مند به کنترل پلاک روزانه نیستند یا نمی دانند که برای برداشت پلاک میکروبی از تمام سطوح دندانی لازم است وقت صرف نمایند (۱۱). در این زمینه نشان داده شده است که پس از دو هفته مسواک نزدن التهاب لثه بروز می نماید (۸).

کنترل پلاک، شامل کاهش یا حذف کامل پلاک میکروبی و جلوگیری از تجمع آن روی دندان و سطوح لثه ای مجاور می باشد. این امر مانع تشکیل جرم شده و منجر به رفع مراحل ابتدایی التهاب لثه می گردد. اگر چه دهان شویه ها به طور شیمیایی نیز ممکن است در کاهش شکل گیری پلاک

دندانی مفید باشند و اگر چه کاربرد فلوراید موضعی یکی از مؤثرترین روش‌های پیشگیری از پوسیدگی‌هاست (۲۲)، اما تا به امروز هنوز متداول‌ترین و مهمترین شکل کنترل پلاک، روش مکانیکی با استفاده از مسواک دستی و سایر ابزار کمک کننده بهداشت دهان و دندان مانند نخ دندان بوده است (۲۰). برداشت روزانه پلاک با مسواک یک جزء مهم در بیشتر برنامه‌های بهداشت دهان است (۲۳) که هدف عمده آنها نگهداری سلامت دندان‌ها و بافت‌های لثه می‌باشد (۱۱).

در دندانپزشکی به روش‌های کنترل پلاک مکانیکی به عنوان روشی قابل اطمینان برای دستیابی به سلامت دهانی و دندانی تأکید زیادی شده است و در این میان مسواک زدن یکی از رایج‌ترین روش‌های مکانیکی کنترل پلاک به شمار می‌رود. با این وجود این مشکل وجود دارد که همواره نقاطی از دهان به خصوص نواحی اینترپروگزیمال به خوبی توسط مسواک‌های معمولی قابل دسترس نباشند. از طرفی ضرورت حذف پلاک میکروبی از نواحی اینترپروگزیمال به دلیل شروع و گسترش بیشتر بیماری‌های پریودنتال از این نواحی ضروری می‌باشد (۱۱). نوع وسیله جهت حذف پلاک بین دندانی بستگی به معیارهای مختلفی از قبیل اندازه فضای بین دندانی، نحوه قرار گرفتن دندان‌ها و وجود وسایل ارتودنسی یا پروتزهای ثابت دارد. از میان وسایل بهداشتی بین دندانی می‌توان به نخ دندان، خلال‌های چوبی یا پلاستیکی و مسواک‌های بین دندانی اشاره نمود.

با توجه به تنوع اعمال دندانپزشکی و از آنجا که مسواک‌های معمولی به تنهایی قادر به برداشت پلاک میکروبی در سطوح پروگزیمالی نیستند، استفاده از وسایل بهداشتی در برداشت پلاک در نواحی بین دندانی و بررسی کارآیی هر یک از آنها اهمیت زیادی پیدا کرده است. از آنجا که این وسایل با توجه به شرایط بیمار، نحوه قرار گرفتن دندان و همچنین برداشت پلاک ممکن است به نحو متفاوتی عمل کرده باشند، این مطالعه با هدف مقایسه کارآیی نخ دندان و مسواک بین دندانی در برداشت پلاک میکروبی انجام شد.

فصل اول: کلیات

کلیات

پلاک دندانی

پلاک دندانی، رسوبات نرم معدنی شده‌ای متشکل از کلنی‌های میکروبی مستقر در یک ماتریکس بین میکروبی ژل مانند می‌باشد که به سطح دندان یا دیگر سطوح سخت در حفره دهان، مانند ترمیم‌های ثابت و متحرک می‌چسبد و به وسیله اسپری آب قابل برداشت نیست. از تفاوت‌های عمده پلاک دندانی با ماتریا آلبا و جرم، در سازمان‌یافتگی اجزاء پلاک میکروبی و چسبندگی آن به سطوح در مقایسه با سازمان نیافتگی ساختمان ماتریا آلبا و سستی چسبندگی آن به سطوح و همچنین درجه بالای معدنی شدن و سختی جرم می‌باشد (۵).

پلاک دندانی که بر پایه موقعیتش روی سطح دندان، به فوق لثه‌ای (supra gingival یا supra marginal) و زیر لثه‌ای (subgingival یا submarginal) طبقه‌بندی می‌گردد، در اشخاص مختلف جایگاه و سرعت تشکیل متفاوتی دارد، عوامل مؤثر در این امر می‌تواند شامل بهداشت دهان، رژیم غذایی، ترکیب و سرعت جریان بزاق باشد (۵).

پس از ۱ تا ۲ روز عدم رعایت بهداشت دهان می‌توان پلاک میکروبی را به رنگ سفید یا خاکستری یا زرد به راحتی روی دندان‌ها مشاهده نمود. مقادیر اندک پلاک که روی سطح دندان قابل مشاهده نیست را نیز می‌توان با حرکت دادن یک پروب پرئودنتال یا سوند در طول یک سوم ژنژیوالی دندان یا استفاده از عوامل آشکار کننده (disclosing) تشخیص داد (۵). حرکات انساج و مواد غذایی روی دندان‌ها موجب برداشت مکانیکی آن به ویژه از دو سوم کرونالی دندان می‌شود. بنابراین، پلاک بیشتر در یک سوم ژنژیوالی سطح دندان مشاهده می‌گردد (۵). مراحل تشکیل پلاک را می‌توان به سه مرحله تقسیم نمود: ۱- تشکیل pellicle ۲-

تجمع اولیه باکتری‌ها، ۳- تجمع ثانویه باکتری‌ها و بلوغ (maturation) پلاک (۵)

طی چند دقیقه پس از تمیز کردن کامل دهان از طریق پرداخت کردن سطوح دندان‌ها به کمک وسایل مخصوص پرداخت همراه با ماده ساینده، پلیکل اکتسابی (acquired pellicle) که یک لایه نازک، آلی و چسبنده از جنس گلیکوپروتئین‌های بزاقی است، بر روی سطوح دندان، پرکردگی‌ها و جرم می‌نشیند. پلیکل فاقد باکتری و هر گونه سلول دیگر بوده، در ابتدا روشن و بی‌رنگ بوده و به آسانی قابل مشاهده نمی‌باشد. این لایه به چسبندگی میکروارگانیسم‌ها به سطح دندان‌ها کمک می‌کند (۲۷).

در جریان بلوغ پلاک، روزهای اول و دوم، پلاک عمدتاً دربرگیرنده کوکسی‌ها و استرپتوکک‌هایی شامل استرپتوکک موتانس و استرپتوکک سانزیوس می‌باشد. در روزهای دوم تا چهارم، هنوز کوکسی‌ها غالب‌اند ولی افزایشی در تعداد فیلامنتوس و انواعی از باسیل دیده می‌شود. در روزهای چهارم تا هفتم، تعداد فیلامنت‌ها افزایش می‌یابد و یک فلورای مخلوط، متشکل از انواع فیلامنتوس‌ها و فوزوباکتری‌ها شکل می‌گیرد. در روزهای هفتم تا چهاردهم، ویبریوس‌ها و اسپیروکت‌ها تکثیر می‌یابند. با بلوغ و ضخیم شدن بیشتر پلاک، ارگانیسم‌های گرم منفی و بی‌هوازی بیشتری ظاهر می‌شوند. در روزهای چهاردهم تا بیست و یکم، در پلاک پیر (old plaque)، ویبریوس‌ها و اسپیروکت‌ها همراه با کوکسی‌ها و فیلامنتوس‌ها شایع‌اند (۲۷).

تاریخچه کاربرد مسواک

مبدا دقیق ابزار مکانیکی برای تمیز کردن دندان‌ها هنوز ناشناخته است (۱۸). به نظر می‌رسد خلال دندان‌های خشن، ابتدایی‌ترین وسایل مورد استفاده برای تمیز کردن دندان‌ها بوده است. در طی حفاری‌های به عمل آمده در بین‌النهرین عراق، خلال دندان‌هایی از جنس طلا که به طرز ماهرانه‌ای ساخته شده و توسط سومری‌ها در حدود ۳۰۰۰ سال قبل از میلاد استفاده می‌شد، کشف گردیده است. گزارش‌های اولیه از چوب جویدنی که به عنوان مسواک ابتدایی مورد توجه بود.

به چین در حدود ۱۶۰۰ سال قبل از میلاد برمی‌گردد (۲۵). اعراب قبل از اسلام از یک قطعه ریشه درخت arrak استفاده می‌کردند (۱۱). در قرن هفتم میلادی، حضرت، به محمد (ص) توصیه‌هایی را برای استفاده صحیح از miswak مطرح نمودند که این توصیه‌ها در مورد بهداشت دهان به صورت یک تعهد مذهبی درآمده و تا به امروز اعراب هنوز از miswak که از انواع چوب معطر به دست می‌آید، استفاده می‌کنند (۱۱). در طول سال‌های ۶۱۸ تا ۹۰۷ پس از میلاد مسیح، چینی‌ها موفق به ساخت مسواک مصنوعی شدند که از موهای خوک ساخته می‌شد (۱۱، ۲۵). در سال ۱۷۸۰، William Addis در انگلستان مسواکی ساخت که یک دسته استخوانی و سوراخ‌هایی برای قرار دادن موهای خوک داشت که در جای خود با سیم نگهداشته می‌شدند (۱۱، ۲۵). در سال ۱۸۵۷ میلادی، Wadsworth در ایالات متحده مسواکی شبیه به مسواک Addis ساخت و به ثبت رساند که اولین حق ثبت شده انحصاری برای مسواک بود (۱۱، ۲۵). در سال ۱۹۳۹ میلادی، همزمان با جنگ جهانی دوم و مسدود شدن راه ورود موهای خوک با کیفیت بالا از چین و روسیه، الیاف نایلونی جای آنها را گرفت (۱۱، ۲۵). الیاف نایلونی در ابتدا از نظر طول و ضخامت مثل الیاف طبیعی ساخته شدند. آنها از الیاف طبیعی هم اندازه خودشان سخت‌تر بودند، چرا که مثل الیاف طبیعی، پوک و میان تهی نبوده و آب نیز جذب نمی‌کردند (۱۱). امروزه تقریباً تمام مسواک‌های رایج از مواد مصنوعی ساخته می‌شوند (۲۵). در سال ۱۹۳۹ میلادی، مسواک‌های برقی به منظور آسان‌تر کردن کنترل پلاک اختراع شدند ولی تا حدود سال ۱۹۶۰ میلادی به طور گسترده‌ای عرضه نشدند (۵، ۲۵).

خصوصیات مسواک

مسواک متشکل است از دسته (handle)، سر (head) و تعدادی الیاف (bristle) که بر روی قسمت سر مسواک قرار دارند. مجموعه چند رشته الیاف کنار هم، دسته الیاف (tuft) نامیده می‌شود.

دسته و سر مسواک به وسیله رابط (shank) به یکدیگر متصل می‌گردند. انتهای‌ترین سر مسواک، نوک (toe) و قسمتی که نزدیکتر به دسته است، پاشنه (heel) نامیده می‌شود (۱۱). در حال حاضر دسته مسواک‌ها پلاستیکی بوده، باید دارای خصوصیات زیر باشند:

دوام، نفوذناپذیری نسبت به رطوبت، ظاهر مطلوب و سختی کافی (۲۵).

دسته مسواک صاف بوده و یا به منظور سهولت در دست گرفتن، برآمدگی‌هایی دارد (۱۱). دسته‌های خمیده یا ضخیم می‌تواند برای استفاده بیماران با انواع ویژه ناتوانی مفید باشد (۲۵). هرچند سر و دسته مسواک می‌توانند با یک رابطه مستقیم به یکدیگر متصل گردند، ولی یک پیچش، خمیدگی یا زاویه در قسمت رابط، با یا بدون محل قرارگیری شست (thumb rest) ممکن است برای استقرار مسواک در نواحی با دسترسی مشکل کمک کننده باشد (۲۵). انجمن دندانپزشکی آمریکا (۱۹۷۰)، اندازه‌های مطلوب برای مسواک را چنین شرح داده است (۵): طول سر مسواک ۲/۵-۳cm و عرض آن ۸-۹/۵mm. دو تا چهار ردیف الیاف در عرض ۵ تا ۱۲ دسته الیاف در هر ردیف. برخی مطرح کرده‌اند که بهتر است طول کل مسواک حدود ۱۹cm-۱۵ باشد، هرچند اندازه مسواک بچه‌ها ممکن است کوتاه‌تر باشد. ارتفاع الیاف نیز برابر ۱۱m مطلوب است (۲۵).

روش‌های مسواک زدن

اهداف مسواک زدن شامل موارد زیر است (۱۱، ۲۵):

برداشتن و جلوگیری از تشکیل پلاک، تمیز کردن دندان‌ها از غذا، ذرات و مواد رنگی (stain). تحریک و ماساژ بافت‌های لثه به منظور افزایش کراتینیزاسیون و در نتیجه مقاومت در برابر تهاجم باکتری‌ها، کاربرد خمیر دندان حاوی فلوراید. با توجه به این اهداف، در طول زمان روش‌هایی برای مسواک زدن به کار رفته و در قرن اخیر روش‌های مختلفی برای مسواک زدن

پیشنهاد شده و در بسیاری از آنها در طی زمان تغییراتی داده شده است اکنون برخی از این روش‌ها به نام یک شخص شناخته می‌شوند (۱۱). در زیر به طور خلاصه به روش‌های مسواک زدن اشاره می‌گردد:

روش افقی (the horizontal method): در این روش، مسواک به طور افقی روی سطوح صورتی (facial) و زبانی دندان‌ها قرار داده می‌شود. به طوری که ایاف آنها عمود بر تاج دندان‌ها قرار گیرند. سپس با حرکات کوتاه و موازی افقی به جلو و عقب حرکت داده شده و سطح دو دندان مجاور را پوشش می‌دهد (۱۱). به نظر می‌رسد به دلیل آناتومی bell-shaped دندان‌های شیری. این تکنیک مؤثرترین روش برای کودکان باشد (۱۵)، اما برای بزرگسالان قابل قبول نیست. چون پس از مدت زمان طولانی، بخصوص اگر فشار اضافی و خمیردندان‌های ساینده به کار رود، می‌تواند باعث تحلیل لثه و صدمه به دندان شود و سطوح دندان‌ها به خصوص برجستگی‌های دندان‌های قدامی ممکن است عمیقاً ساییده گردند (۱۱).

روش دورانی (the circular or fones method): این تکنیک تا حدی شبیه روش اسکراب افقی است (۱۱)، اما به جای حرکات افقی، حرکات دورانی به کار می‌رود. در حالی که دندان‌ها روی هم قرار گرفته‌اند، مسواک به طور ملایم روی سطح صورتی آخرین دندان فک بالا قرار گرفته. به طوری که نوک ایاف عمود بر سطح دندان‌هاست. سپس مسواک با حرکات دایره‌ای وسیع و سریع چرخانده شده و به تدریج با فشار بسیار ملایم از فک بالا به سمت فک پایین و از خلف به سمت دندان‌های قدامی حرکت می‌کند. همین روش روی سطوح زبانی به کار می‌رود. با این تفاوت که دهان باز است (۲۵). برای سطح labial دندان‌های قدامی، دندان‌ها در تماس لب به لب (edge to edge) قرار می‌گیرند (۲۵). Fones در مورد صدمه احتمالی به لثه اخطار کرده اما تحریک لثه با حرکات دورانی را تشویق نموده است. به علاوه او بیان می‌کند که مسواک زدن باید شامل دندان‌ها، لثه و زبان باشد (۱۱).

روش عمودی (the vertical method): در روش عمودی، مسواک عمود بر دندان قرار گرفته، به سمت لثه یا سطح جونده / لبه برنده حرکت داده می‌شود. در واقع این روش خود به دو طریق انجام می‌شود: روش Leonard، روش Smith.

روش Leonard در این روش، دندان‌ها روی هم قرار گرفته، حرکت مسواک زدن موازی با محور طولی دندان‌ها و به صورت بالا و پایین روی سطوح facial آنها صورت می‌گیرد. در این صورت، دندان‌های فک بالا و پایین در یک زمان مسواک می‌شوند و سطوح lingual دندان‌ها برای هر فک به طور جداگانه مسواک زده می‌شود (۱۱). Leonard توصیه می‌کند که دندان‌های هر فک به طور جداگانه مسواک شود. بدین صورت که دندان‌ها لب به لب قرار گرفته و روی سطوح دندانی هر فک به طور جداگانه حرکات بالا و پایین انجام شود. لب به لب قرار گرفتن دندان‌ها برای جلوگیری از سر خوردن مسواک روی سطوح جونده است (۲۵).

روش Smith یا Physiologic روش فیزیولوژیک توسط Smith در ۱۹۴۰ توصیف و بعداً مورد توجه قرار گرفت. این روش بر این اصل استوار بود که مسواک باید از همان راه فیزیولوژیکی که غذا هنگام عبور از بافت‌ها در عمل جویدن طی می‌کند، پیروی نماید. بدین صورت که مسواک بر روی دندان‌ها از سمت سطح جونده به سمت لثه حرکت داده می‌شود (۱۱).

روش چرخشی (the rolling method): این روش شامل تمیز کردن لثه و دندان‌ها به صورت مسواک کردن دندان‌ها با جهت رو به پایین در مورد دندان‌های بالا و با جهت رو به بالا در مورد دندان‌های پایین و بدون تأکید بر روی تمیزی شیار لثه است (۹، ۱۱). این روش به آسانی انجام شده و با توجه به یادگیری آسان توسط بیشتر مردم مورد استفاده قرار آپکس دندان قرار می‌گیرند، روش stillman یا روش modified stillman: این روش در ابتدا به منظور ماساژ لثه و نیز تمیز کردن نواحی سرویکال دندانها ابداع شد (۱۱، ۲۵). ایفای مسواک با زاویه ۴۵ درجه به سمت آپکس دندان قرار می‌گیرند، در

حالی که قسمتی از ایلیاف روی لبه لثه و قسمت دیگر روی ناحیه سرویکال دندان قرار دارند. در این حالت مسواک روی انساج فشار داده می‌شود به طوری که لثه قدری سفید گردد. سپس یک حرکت لرزشی مزیدستیالی ملایم به منظور ماساژ لثه انجام می‌شود (۱۱). در روش modified stillman در همان حالی که حرکت لرزشی مزیدستیالی انجام می‌گردد و به آرامی تا شماره ۱۰ شمرده می‌شود، مج دست چرخیده و مسواک با همان حرکت لرزشی به سمت سطح چونده می‌چرخد. قرار دادن مسواک در نواحی قدامی مثل روش roll است. فشار، حرکت لرزشی و هم‌زمان حرکت چرخشی به سمت لبه برنده داده می‌شود (۷).

روش *Charters* در این روش، مسواک به طور افقی و با زاویه مستقیم ۴۵ درجه نسبت به محور طولی دندان‌ها به سمت تاج قرار داده می‌شود، به طوری که نوک ایلیاف در تماس با سطوح دندان‌ها باشد (۱۱). ایلیاف به آرامی بین دندان‌ها فشار داده می‌شود. چند حرکت ملایم عقب - جلوی چرخشی یا لرزشی انجام داده می‌شود. پس از سه یا چهار حرکت دایره‌ای کوچک، مسواک برداشته شده و دوباره در همانجا قرار می‌گیرد. این حرکت سه یا چهار بار دیگر در همانجا انجام داده می‌شود. سر مسواک به اندازه یک دندان در آن ناحیه جلوتر آورده شده، به طوری که از یک فضای بین دندانی رد شود. در ناحیه جدید نیز این مراحل تکرار می‌گردد. سطوح چونده نباید با حرکت جارویی مسواک زده شود، بلکه ایلیاف مسواک به آرامی در شیارها فشار داده و بعد از انجام یک حرکت ملایم چرخشی انجام و برداشته شود. این روش در افرادی که جراحی پریدونتال کرده اند توصیه می‌شود. روش *Bass* این روش بر برداشت پلاک دندانی و ذرات غذایی از شیار لثه با استفاده از ترکیب یک مسواک نرم (soft) و نخ دندان غیر مومی تأکید می‌کند (۱۱). در روش *Bass*، یک مسواک با ایلیاف نرم مورد استفاده قرار می‌گیرد. مسواک طوری روی دندان قرار داده می‌شود که سر آن با زاویه ۴۵ درجه نسبت به محور طولی دندان بوده و نوک ایلیاف به سمت آپکس و در محل اتصال لثه و دندان باشد. سپس ایلیاف به آرامی و تا آنجا که ممکن است به داخل سالکوس

فشرده می‌شوند. در حالی که نوک الیاف در سالکوس می‌ماند. یک حرکت لرزشی عقب و جلو با دامنه کوتاه انجام می‌گیرد (۷، ۱۱، ۲۵). در مورد تعداد حرکات لرزشی لازم در این روش، از ۱۰ ثانیه در هر ناحیه تا ۱۰ حرکت و یا ۲۰ حرکت در هر ناحیه متغیر گزارش شده است. برای سطوح زبانی دندان‌های قدامی، مسواک عمودی قرار داده شده و پاشنه (heel) آن به داخل سالکوس لثه فشار داده می‌شود. به طوری که زاویه ۴۵ درجه با محور طولی دندان بسازد. سپس حرکات لرزشی انجام می‌شود. و به ویژه در موارد زیر توصیه می‌گردد (۲۵): برای برداشت پلاک میکروبی از مجاور و زیر لبه لثه‌ای و برای تمیز کردن دندان پایه و نیز زیر لبه لثه‌ای یک پروتز ثابت و ابزارهای ارتودنسی پیشنهاد می‌شود.

مسواک زدن قسمت‌های مختلف دهان

سطوح باکال و لیپال: Bass عقیده دارد که یک راه مناسب برای مسواک زدن این نواحی این است که دهان را کمی ببندیم (۲). در صورت باز نگهداشتن کامل دهان، برخورد گونه با سر مسواک مانع صحت عمل خواهد شد. همچنین برای مسواک زدن سطوح وستیبولار مولرهای فک بالا، باید فک پایین را به سمت همان طرفی که مسواک زده می‌شود، حرکت داد تا فضای بیشتری ایجاد گردد.

سطوح جونده: مسواک روی سطوح جونده دندان‌های آسیا طوری قرار می‌گیرد که نوک الیاف تحت یک زاویه مستقیم رو به سمت فرورفتگی‌های سطح جونده بوده و دسته مسواک با سطح جونده موازی باشد. دو نوع حرکت قابل قبول پیشنهاد شده است: ۱- حرکات لرزشی دایره‌ای شکل ملایم در حالی که نوک الیاف روی سطح جونده نگهداشته می‌شوند و به طور متوسط ۱۰ حرکت انجام می‌گردد به طوری که الیاف خم نشوند. ۲- الیاف با حرکات کوتاه و سریع به سطح جونده فشار داده می‌شوند و مسواک هر بار بلند می‌شود تا ذرات غذایی خارج گردند. این

حرکت در حدود ۱۰ بار تکرار می‌شود. حرکات با دامنه بلند از عقب به جلو توصیه نمی‌شوند. چون در این صورت ایاف. کمترین تماس را با فرورفتگی‌های عمیق‌تر پیدا می‌کنند.

آخرین دندان در هر سمت فک باید به سطوح خلفی (distal) آخرین دندان‌ها در هر قوس فکی توجه ویژه‌ای نمود. این سطوح اغلب نادیده گرفته می‌شوند. در این قسمت لازم است که دهان کاملاً باز شود تا کاربرد نوک ایاف در سر مسواک (toe) آسان شده و مسواک در اطراف دندان آخر به کار رود. با نگاه در آینه و کاربرد یک یا دو ردیف اول تافت‌های مسواک با یک فشار مناسب، تمیز کردن انجام می‌گیرد. این سطوح را همچنین می‌توان با ابزار خاصی به نام interdental stimulator تمیز نمود.

زبان: مسواک زدن زبان، به کاهش ذرات، پلاک و تعدادی از میکروارگانیسم‌ها کمک می‌کند. وجود پاپیلاها در روی زبان و نیز زبان شیاردارد محلی مناسب برای باقیماندن باکتری‌ها و ذرات غذایی می‌باشد (۱۱). تمیز کردن زبان به این صورت انجام می‌شود که در حالی که زبان بیرون آورده می‌شود، سر مسواک در خلفی‌ترین قسمت زبان طوری قرار می‌گیرد که کناره ایاف بر روی سطح زبان و نوک ایاف به سمت گلو باشد. سپس مسواک با فشار ملایم به سمت جلو تا روی نوک زبان کشیده می‌شود. این حرکت سه یا چهار بار تکرار می‌گردد (۲۵).

کنترل پلاک (plaque control) و روش‌های آن

کنترل پلاک عبارت است از برداشتن مرتب پلاک‌های دندانی و جلوگیری از تجمع آنها بر روی دندان‌ها و سطوح لثه‌ای مجاور آنها. این عمل عامل موفقیت بلندمدت مراقبت‌های دندانی و بریودنتال در اعمال دندانپزشکی خواهد بود. در صورتی که پروسه کنترل پلاک وجود نداشته باشد، پلاک دندانی اجازه می‌یابد تا در روی سطوح دندانی تجمع یافته و این تجمع باعث ایجاد و

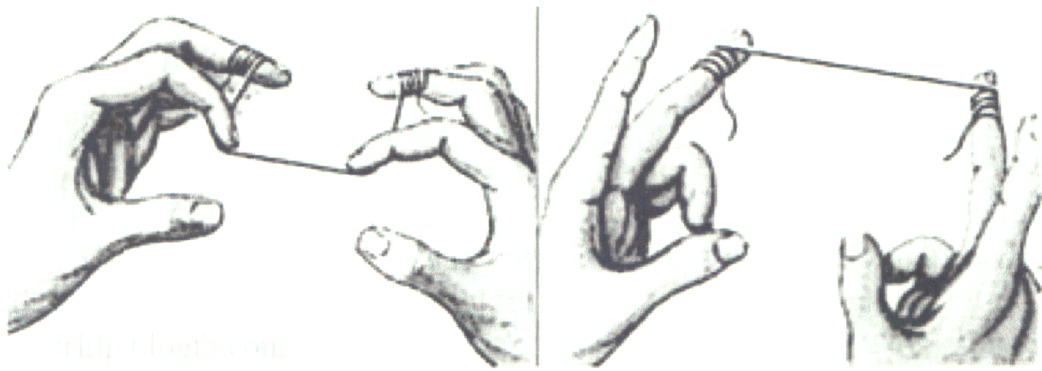
کسترش gingivitis در طی ۷ تا ۲۱ روز خواهد بود. البته این gingivitis قابل برگشت بوده و در صورتی که برداشت پلاک به طور مرتب صورت گیرد فقط در مدت چند روز این التهاب لثه بازگشت خواهد نمود. کنترل پلاک‌های فوق لثه‌ای (supragingival) در صورتی که به خوبی انجام شود. علاوه بر اینکه از تشکیل جرم جلوگیری می‌کند. بر روی رشد و تشکیل پلاک زیرلثه‌ای نیز مؤثر است (۵).

در حال حاضر استفاده از روش‌های مکانیکی به منظور کنترل پلاک میکروبی و جرم متداول می‌باشد. ولی به علت وقت گیر بودن این روش‌ها تحقیقات فراوانی در جهت کاربرد مواد شیمیایی به منظور برطرف و خنثی نمودن اثر پلاک میکروبی و جرم انجام شده و در نتیجه موادی از قبیل فلوراید. کلرهگزیدین. اکسیدین. اریتروماکسین. پنی‌سیلین. اسپیرامایسین. وانکوماکسین. کانامایسین. دکستراناز. موسیناز و هیالورونید ارائه شده‌اند که به صورت مایع. پماد. خمیر دندان. ژل و آدامس مورد استفاده قرار می‌گیرند. کلرهگزیدین توجه بیشتری را جهت کنترل تشکیل پلاک میکروبی به خود جلب کرده است. این ماده به صورت محلول ۰.۲ درصد مورد استفاده قرار گرفته ولی به دلایلی از قبیل آسیب به بافت همبندی مجاور لایه اپی‌تلیالی. تفلس پراکنده مخاط دهان. تغییر ذائقه. بروز رنگدانه‌های دندانی و تغییر رنگ قهوه‌ای مخاط زبان استفاده از آن محدود شده است. علیرغم پیشرفت روش‌های شیمیایی کنترل پلاک میکروبی. در حال حاضر بهترین روش برای این منظور استفاده از همان وسایل مکانیکی نظیر مسواک. نخ دندان و سایر وسایل موجود می‌باشد (۵).

نخ دندان (dental floss)

استفاده از نخ دندان رایج‌ترین روش توصیه شده برای پاک کردن سطوح بین دندانی و حذف پلاک میکروبی در این سطوح می‌باشد. هدف از کاربرد آن حذف پلاک میکروبی است. لذا

ممانعت از ورود خرده‌های غذایی و food impaction باید با اصلاح تماس‌های بین دندانی و یا رفع گیرهای غذایی توسط روش‌های مختلف صورت می‌گیرد (۲۱). نخ دندان به صورت نخ چندرشته‌ای نایلونی، مومی یا غیرمومی نازک یا ضخیم و یا با ضخامت متغیر که به طور متناوب ضخیم و نازک می‌باشد. عرضه می‌شود. تحقیقات کلینیکی بین انواع نخ دندان، از نظر قدرت برداشت پلاک میکروبی، تفاوتی نشان نداده است. به منظور استفاده از نخ دندان، نخ دندان به دور انگشتان پیچیده شده و حدود ۱۸-۱۲ اینچ از آن انتخاب و به آرامی بین دندان‌ها کشیده می‌شود (۵،۲۱). به منظور افزایش میزان پلاک‌بری نخ دندان باید بتواند با سطوح پروگزیمالی دندان تماس کافی داشته باشد. نخ دندان انتخابی باید بین انگشتان پیچیده شده یا سر آنها مثل یک حلقه گره زده شود. نخ دندان بین انگشت سبابه و انگشت شست یا دو انگشت سبابه قرار گرفته و به آرامی با حرکات عقب و جلو در نواحی تماس بین دندان‌ها کشیده می‌شود. هنگامی که نخ دندان در زیر ناحیه تماس دندانی قرار دارد. دور سطوح پروگزیمالی دندان‌ها پیچانده و زیر لثه مارجینالی حرکت داده می‌شود. نخ دندان به موازات دندان تا ناحیه تماس حرکت داده شده و دوباره تا سالکوس لثه پایین آورده می‌شود. این حرکت چندین بار تکرار می‌شود. نخ دندان به موازات لثه بین دندانی نیز حرکت داده شده و این حرکت در سطوح پروگزیمالی دندان مجاور نیز تکرار می‌شود. تمامی دندان‌ها و از جمله سطوح دیستالی دندان آخر در هر کوادرانت باید نخ دندان کشیده شود. در صورتی که قسمتی از نخ دندان کارآیی خود را از دست داد، باید از قسمت جدیدتری استفاده نمود. البته استفاده از ابزار نگهدارنده نخ دندان (floss holder) انجام هرچند مراحل استفاده نسبت به روش دستی نیاز دارد (۵). از نخ دندان را راحت‌تر نموده، که استفاده از آن زمان بیشتری نسبت به روش دستی نیاز دارد (۵).



drillflogta.com

