

۲۸۴۹

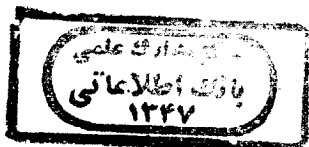


دانشگاه تهران

دانشکده دندانپزشکی

پایان نامه

برای دریافت درجه دکترا در رشته دندانپزشکی



موضوع

عوامل مؤثر در موفقیت یا عدم موفقیت پروتز کامل

براهنمائی

استاد ارجمند جناب آقای دکتر نظام الدین بهشتی

نگارش

سودابه پژوهی

شماره پایان نامه ۱۷۱۸

سال تحصیلی ۳۵ - ۲۵۳۴

۲۸۴۹

تقديم به :

پدر و مادر عزیزم

۲۱۴۶

تقديم به :

خواهر و برادران عزيزم

تقديم به :

استاد محترم جناب آقای دکتر نظام الدین بهشتی

تقديم به :

هيئت محترم قضات

فهرست مندرجات

.....

صفحه

عنوان

مقدمه

بررسی مآخذ علمی

بحث

۱	- ساختمان بافت شناسی مخاط حفره دهان
۳	- عدم موفقیت پروتز که بستگی دارد به تفسیر و آماده سازی ناکافی آناتومی دهان
۱۰	- عوامل اکلوزالی که باعث عدم موفقیت پروتز می شوند
۱۴	- تغییرات ساختمانی از حفره دهان که در موفقیت درمان پروتزی موثر است
۲۲	- آموزش بیمار برای پذیرش پروتز
۲۸	- سؤال و جواب برای پیش بینی موفقیت یا عدم موفقیت پروتز
۳۹	- پندار شخصی و ارتباط آن با پذیرش پروتز توسط بیمار
۵۰	- خلاصه و نتیجه
۵۳	- منابع

مقدمه

.....

ضمن تحصیل در دانشکده دندانپزشکی ، به کرات اتفاق افتاده که با مریضهایی مواجه شدم که از پروتزشان ناراضی بودند در حالیکه می توان بی اغراق گفت که پروتزها از لحاظ تکنیکی کاملاً بدون نقص بودند و برعکس مواردی دیدم که پروتزی که بر مبنای غلط ساخته شده رضایت مریض را جلب کرده و سالها مورد استفاده قرار گرفته بود .

این مسأله فکر مرا مشغول کرد و مرا واداشت که باین نتیجه برسم که قبول یا عدم قبول پروتز یا به عبارتی موفقیت یا عدم موفقیت پروتز ، علاوه بر رعایت اصول تکنیکی به یک سری عوامل دیگر از جمله سلامت جسمی و روانی مریض ، انتظارات مریض و بخصوص خصوصیات فردی و شخصیتی مریض بستگی دارد .

چه بسیار دیده شده است که مبتلایان بیماریهای روانی ، ضعف عصبی ، حساسیت و عکس العمل شدید نسبت به پذیرفتن پروتز از خود نشان داده اند و یا افرادی ناسازگار ، کم تحمل ، بهانه گیر نتوانستند پروتز را به راحتی قبول کنند .

فاکتورهای روانی و احساسی درست به اندازه یافته های سیستمیک و دهانی قابل اهمیت می باشند ، و هر دندانپزشک قبل از شروع به درمان باید به این دو اصل توجه کند :

۱- مشکلات مریض را (سیستمیک ، دهانی ، روانی) تشخیص بدهد .

۲- به انتظارات مریض توجه کند .

" الف "

وسپس براساس این دو اصل طرح درمانی را ریخته و درمان را شروع کند.
به هر حال ، من امیدوارم که دندانپزشکان بآن چه میکنند معتقد باشند ، مشکلات و مسائل مریض را
در نظر بگیرند و در صورت احساس هرگونه شک و شبهه به نتیجه کار ، اقدام به درمان نکنند . و ایسن
فرصت را به مریض بدهند که به پروستودونتیست مراجعه کند و در نتیجه از هرگونه برخورد ناخوشایند
بین خود و مریض اجتناب کنند .

Review of Literatures

قدم اول در راه موفقیت درمان پروتزی ، تشخیص دقیق است .

Dewey (۲) می گوید که برای رسیدن به این هدف در شروع می بایست مصاحبه‌ای با مریض ترتیب داد که شامل گرفتن تاریخچه سلامت عمومی و سلامت دندانی او است که در پی آن آزمایشات دهانی و رادیوگرافی و در صورت لزوم مشورت با متخصص مربوطه به دنبال خواهد داشت .
بنابگفته (۳) Devan (۱۹۵۱) وضعیت های فیزیکی و روانی بیمار می بایست تشخیص داده شود و بیش از هر درمان دندانی ، موفقیت پروتز کامل نه فقط به بافتهای دهانی بلکه سلامت عمومی بیمار نیز بستگی دارد .

Moulton (۷) می نویسد که مشکلات اکلوزالی شدید می توانند از ناراحتی های روانی ناشی شوند .

Koper ، Ramsey ، Weckstein (۱۶) از محققینی هستند که لزوم گرفتن تاریخچه را از بیماران توصیه می کنند .

عقاید مختلف در باره ثابت بودن یا تغییرکردن فاصله عمودی وجود دارد :

Thompson (۱۵) (۱۹۴۶) با استفاده از رادیوگرافی سفالومتریک تعیین کرد که ارتفاع عمودی در طول زندگی تغییر نمی کند .

Niswonger (۱۹۳۴) ، Boos (۱۹۴۳) و Jaffe (۱۹۵۴) با

این نظریه موافق هستند ، اما بهر حال Leof (۱۹۵۰) معتقد است که ارتفاع عمودی تحت

تأثیر سن ، بیماری ، هیجانان می باشد . بهر حال امروزه این مسأله هنوز مورد سؤال است (۱۲) .
حرفه دندانپزشکی برای مدت بیش از ۱۰۰ سال که از سنتریک ریلیشن استفاده می کند .
برای تعیین سنتریک ریلیشن (رابطه مرکزی) متدهای مختلفی پیشنهاد شده است از جمله
Sharry استفاده چهار طریق زیر را توصیه می نماید :

۱- Checkbites ۲- رکورد Excursive ۳- رکورد Terminal ^{ge} Axis ۴- بلع

Niswonger (۱۹۳۴) و Sheppard (۱۹۵۹) از افرادی هستند که طریقه
بلع را در گرفتن سنتریک ریلیشن قبول دارند و با آن موافق می باشند . ولی Posselk (۱۹۵۹)
Walker (۱۹۶۲) این روش را غیر قابل اعتماد دانسته اند (۱۲) .
Swenson روشهای مختلفی را برای عقب بردن فک پائین پیشنهاد می کند :

- ۱- به عضلات فک استراحت داد میشود سپس دندانپزشک دستش را روی چانه می گذارد و چانه را
به بالا و پائین حرکت می دهد .
- ۲- به بیمار گفته میشود که ماندیبول را مرتب به جلو عقب حرکت بدهد و این کار را چندین بار تکرار
کند .
- ۳- بیمار زبان را به عقب و بالا ببرد بطوریکه به لبه خلفی پروتز برساند .
- ۴- عمل بلع را چندین بار تکرار کند .
- ۵- بیمار سرش را بسمت عقب ببرد . (۱۴)

یکی از عواملی که در موفقیت پروتز کامل موثراست حفظ ستیج باقیمانده فکسی است .
اظهار نظرهای مختلفی در خصوص عوامل موثر در این و نحوه تاثیر آنها ابراز شده است . کم یا
زیاد شدن فاکتورهایی مثل ویتامین ، هورمون ، سن و فشار می توانند روی استخوان اثر زیان آور
داشته باشند و باعث تحلیل ستیج آلوتول شوند .

Soholik (۱۹۶۰) می نویسد که فشار مداوم باعث تحلیل استخوان میشود اما فشار
متناوب باعث تشکیل استخوان میشود .

Thomas (۱۹۴۶) ، Stahl (۱۹۵۲) و Pendleton (۱۹۴۰) تصور
می کنند که تحلیل ستیج پدیده نرمال بیولوژیکی است که با بالا رفتن سن زیاد میشود ولی هنوز
هیچ مدرک مشخصی مبنی بر اینکه تحلیل ستیج با سن رابطه دارد یا نه در دست نیست (۱۳) .

ساختمان بافت شناسی مخاط حفره دهان .

مخاطی که حفره دهان را مفروش ساخته است در همه جا دارای ساختمان یکسان نیست . هر چند که ساختمان مخاط دهان برای چشم های ورزیده متمایز و مشخص است ولی بطور کلی از نظر بافت شناسی سه نوع مخاط در دهان وجود دارد .

۱ - مخاط مضمی

مخاط مضمی عبارتست از لثه ها که استیغ های فکی را پوشانده و آن قسمت از مخاط که کام سخت را پوشانیده است در قسمت لثه ای ضخامت ، میزان شاخی شدن ای تلیوم سطحی ، تراکم و استحکام لامینا پروپریا (Lamina Propria) یکسان است .

مخاط کام سخت دارای طبقه زیرمخاطی مشخص بوده و در منطقه کناری که طبقه زیر مخاطی به لثه ها و درز میانی کام نزدیک می شود نازکتر و باریکتر می گردد . بخش زیرمخاطی به استخوان کام و فک بالا چسبندگی محکمی دارد و اتصال لامینا پروپریا به پریوست توسط بافت همبند متراکم و فیبروز انجام میگیرد . در بخش آنتریور کام فضای زیرمخاط را بافت آدیپوز و در بخش پوسترور کام این فضا توسط غدد زیر پر شده است . در خط وسط کام لایه زیرمخاطی تقریباً " وجود ندارد و به همین علت در قسمت میانی کام مخاط فوق العاده نازک است در بخش آنتریور کام بافت همبند متراکم قرار گرفته است و اگر این قسمت از کام را از نظر شکل بیک گلابی تشبیه کنیم در نوک گلابی گره برجسته ای از بافت متراکم قرار گرفته که درست در پشت دودندان ثنایای مرکب واقع شده و روی کانال کامی قدامی را میپوشانده در بدنه گلابی نیز از خط وسط به طرفین خطوط

برجسته مخاطی پخش می‌شوند که بنام روگهای کامی موسومند

۲ - مخاط پوششی

مخاط پوششی رویه درونی لب‌ها، گونه‌ها، قوس دهلیزها، کف حفره دهان و کام نرم رامیه پوشاند. اپی‌تلیوم این مخاط غیرشاخی بوده و ضخامت آن و همچنین لامینا پرو پریانسیتانازک است.

۳ - مخاط اختصاصی

مخاط اختصاصی سرتاسر رویه پشت زبان رافرا گرفته است. این قسمت از مخاط دارای پرده‌های مخصوصی است که برای چشائی مورد استفاده قرار می‌گیرد. نظرباینکه مخاط پوششی و اختصاصی در واقع برای پروتزه‌های کامل مورد استفاده قرار نمی‌گیرند شرح بیشتری از ساختمان بافت شناسی آنها ضروری بنظر نمی‌رسد. (۱)

عدم موفقیت پروتز که بستگی دارد به تفسیر و آماده سازی ناکافی آناتومی دهان :

معرفی - در ساختن پروتز کامل مهارت هنری و اطلاع از علوم فیزیک و مکانیک لازم است بهر حال اساس موفقیت در ساختن پروتز کامل شامل (تفسیر صحیح از وضعیت دهان - آناتومی میکروسکوپی سیستم استوماتوژنیک - دانش فیزیولوژیک ساختمان های دهانی و ارتباط عمومی و فیزیولوژیک فاکتورهای مربوط به بهداشت عمومی) می باشد .
مقصود ما در این جا دو چیز است :

یکی مروری در حفره دهان و آناتومی میکروسکوپی آن و دیگر آشکار کردن این مطلب که شناسایی این علم میتواند مانع از عدم موفقیت پروتز بشود . و این را به ما می فهماند که چرا آماده سازی ناکافی و نادرست در عدم موفقیت پروتز شریک و سهیم است .
آماده سازی و تفسیر -

۱ - مفصل گیجگاهی فکی

این مفصل مثل سایر مفاصل بدن از بافت زنده درست شده .
آزادجائی که فونکسیون این سیستم بر روی حرکات فیزیولوژیک مانند بیول مؤثر است در این صورت وسائل مکانیکی هم مشکل می توانند این حرکات را ثبت بکنند . در واقع می توان گفت که وسائل و ابزار محدودیتی دارند و نمی توانند حرکات و وضعیت مفصل گیجگاهی فکی را کاملاً برای ما مشخص و معین کنند .

۲- روابط بین فک بالا و پائین - گرفتن روابط و رکوردهای صحیح در موقعیت های مختلف فکین وهم چنین استفاده از وسیله ای که بتواند با این رکوردها منطبق بشود اساس موفقیت رادر - پروتز کامل تشکیل می دهد . موقعی که پروتز با حرکات و وضعیت فکین هماهنگی نداشته باشد بافت های محافظ به خطر می افتند و صدمه می بینند در نتیجه پروتزمی تواند بعنوان یک پروتز ناموفق تلقی بشود . ندانستن رابطه فک پائین نسبت به فک بالا اولین دلیلی است که اکلوزن دندانها را خراب می کند و باعث عدم موفقیت پروتزمی شود . سنتریک ریلیشین رابطه قدا می خلفی فک پائین نسبت به فک بالاست . بدون توجه به اینکه آیا این رابطه تحت کشش هست یا نیست ، آیا حرکات جانبی در این وضعیت میتواند صورت بگیرد ، آیا این خلفی ترین وضعیتی است که فک پائین میتواند داشته باشد مانمی توانیم پروتزمان را بسازیم . برای کامل کردن پروتز و پابرجا بودن آن یک مقدار خصوصیات و اطلاعاتی در مورد سنتریک ریلیشین وجود دارد که باید بدانیم .

الف - این وضعیت مشخص شده ایست

ب - این وضعیت هم بطور رفلکسی وهم دلخواه میتواند صورت بگیرد

ج - این وضعیت میتواند ثبت بشود و روابط می تواند تکرار بشود .

د - رکوردها در دهان گرفته می شوند و ارتیکولاتورها با این رکوردها تنظیم می شوند .

ه - سنتریک ریلیشین نقطه شروع و ختم اکلوزن است .