



١٢٧٧ / ١٧ / ٢٥

١٦٣٣١٦



دانشگاه علوم پزشکی شیراز

دانشکده دندانپزشکی

پایان نامه جهت اخذ درجه دکترای دندانپزشکی

عنوان :

بررسی طرح ، آماده سازی دهان و دندانها و قالبگیری

پروتزهای پارسیل در سطح شهر شیراز

استاد راهنما :

سرکار خانم دکتر مهرو وجدانی

استادیار بخش پروتزهای متحرک دانشکده دندانپزشکی شیراز

تحقیق و نگارش :

علی ایزدی

۱۳۸۷ / ۷ / ۲۵

اردیبهشت ماه ۸۲

۱۵ ۳۳ ۱۶

به نام خدا

ارزیابی پایان نامه

پایان نامه شماره :

تحت عنوان :

بررسی طرح ، آماده سازی دهان و دندانها و قالبگیری

پروتزهای پارسیل در سطح شهر شیراز

توسط

علی ایزدی

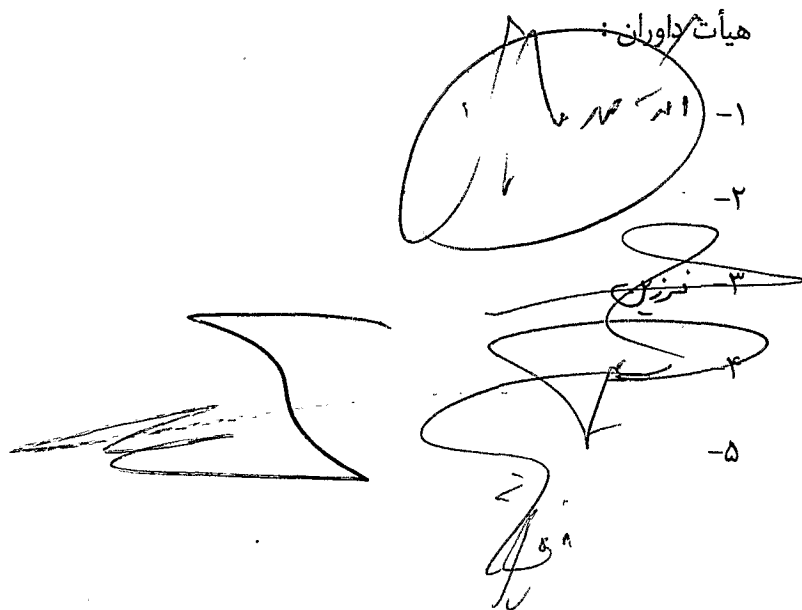
در تاریخ..... در کمیته بررسی پایان نامه مطرح و با

نمره و درجه به تصویب رسید .

استاد راهنما

سرکار خانم دکتر مهرو وجدانی

استادیار بخش پروتزهای متحرک دانشکده دندانپزشکی شیراز



حمد و سپاس یگانه خالق هستی را، هم او که می آفریند به حکمت و

نابود می کند به قدرت. حمد و سپاس خدایی را که می بخشد به

سخاوت و باز می ستاند به رسم امانت، اوست معبود و ما عابد او.

و اوست نعیم و ما منعم او.

کریمی که به انسان جان داد و جانش را به زیور عقل آراسته و به

واسطه عقل، او را اشرف مخلوقات گردانید تا بکاود، بشناسد، بهتر

زندگی کند و بهتر زندگی کردن را به دیگران بیاموزد.

تقدیم به استاد گرانقدر سرکار خانم دکتر مهر و وجدانی که با
رهنمودهای ارزشمندشان مرا در تدوین این مجموعه یاری دادند،
بی‌شک بدون مساعدت ایشان نگارش و تنظیم این رساله میسر نبود.

تقدیم به اعضای محترم کمیته بررسی پایان نامه

9

تقدیم به همه معلمان و اساتیدی که در کلیه مراحل تحصیل چگونه

آموختن را به من آموختند.

تقدیم به روح پاک پدرم که تحصیل من با بذل سرمایه عمر او میسر

گشت و هرگز محبت و فداکاریهای او را فراموش نخواهم کرد

9

تقدیم به مادر گرامی و عزیزم که همیشه موشقیّت خود را مدیون

دعاهای خیر او می دانم و وجودش شمع تابناک زندگی ما است .

تقدیم به همسر گرامی ام که مشکلات زندگی دوران دانشجویی

را تحمل کرد و در تکمیل تحصیلاتم نقش بسزایی داشت .

9

تقدیم به نور دیدگانم و شمع فروزان زندگانیم ، فرزندان دلبندم

محمد و مهسا

بخش اول : اصول طراحی و ساخت پروتزهای پارسیل

I	مقدمه	۱
II	پروتزهای پارسیل متحرک	۳
III	تشخیص و آماده سازی دهان	۷
IV	Surveyor (سوریور)	۱۸
V	رست و جایگاه رست	۲۴
VI	اتصال دهنده های اصلی و فرعی	۳۰
VII	نگهدارنده های مستقیم و غیر مستقیم	۴۰
VIII	Denture Base و اصول طراحی پروتز پارسیل	۵۴
IX	مواد و روش قالبگیری در پروتز پارسیل	۶۲

بخش دوم : بررسی طرح ، آماده سازی دهان و دندانها و قالبگیری پروتزهای پارسیل در سطح

شهر شیراز

I	مقدمه	۷۴
II	مواد و روش تحقیق (Material Method)	۷۷
III	نتایج و یافته ها (Result)	۸۲
IV	بحث (Discussion)	۸۷

بخش سوم : تفکیک مسئولیتها و تعامل بین دندانپزشک و لابراتوارهای دندانسازی و چگونگی

تنظیم دستور العمل

I	نظارت و مسئولیت دندانپزشک بر روی لابراتوارهای دندانسازی و مسئولیت متقابل آنها نسبت به هم	۱۰۹
II	دستور العمل (Work Authorizations)	۱۲۹
III	خلاصه	۱۴۲
IV	Reference	۱۴۵

بخش اول

اصول طراحی و ساخت پروتزیهای پارسیل

I - مقدمه

بررسی‌ها در امریکا نشان داده است که از مجموع افراد مقیم در امریکا در سال ۱۹۷۵ حدود ۲۱٪ دارای نوعی از پروتز بوده‌اند، با افزایش سن، کاربرد پروتز پارسیل و پروتز کامل متحرک افزایش می‌یابد. همچنین بررسی نشان می‌دهد که ۵۰٪ افراد بالای ۶۰ سال با پروتز پارسیل یا کامل متحرک درمان شده‌اند. در ضمن در دنباله این بررسی‌ها مشخص شده است که تعداد افرادی که از دنچر استفاده می‌کنند، بستگی به درآمد خانواده و سطح تحصیلات دارد و با بالا رفتن سطح درآمد و تحصیلات تعداد افراد استفاده‌کننده از دندان مصنوعی کاهش می‌یابد. در ضمن درصد بیشتری از زنان نسبت به مردان از دندان مصنوعی استفاده می‌کنند. (۲)

(ADA, 1976 ; Ettinger & Beck , 1980 ;

Ettinger & Beck & Jakobsen , 1984 ; weintaub and Burt , 1985)

امروزه با وجود مطرح شدن درمانهای پیشرفته برای نوتوانی بیماران بی دندان ، درمانهایی مانند ایمپلنت در جامعه ما به علت مسائل اقتصادی و متاسفانه فقر فرهنگی عمدتاً قابل اجرا نیستند و همان روشهای کلاسیک کاربرد پروتز متحرک پارسیل و یا کامل متداول است .

بر همین اساس و با توجه به اهمیت طراحی پروتز پارسیل ، در این پایان نامه طی سه بخش جداگانه ابتدا به چگونگی ساخت پروتز پارسیل و سپس (بخش دوم) به بررسی طراحی اجزاء پروتز پارسیل از نظر رعایت اصول آن در سطح شهر ، و نهایتاً در ارتباط با حیطة و مسئولیتهای کار دندانپزشکان و دندانسازان و همچنین چگونگی تنظیم دستور العمل (W..A) پرداخته ایم .

« Removable Partial Denture » – II

پروتز (prosthesis) به معنای جایگزینی قسمت از دست رفته بدن انسان است بوسیله یک قسمت مصنوعی . در دندانپزشکی اصطلاح prosthodontic بکار گرفته می شود و شاخه ای از علم و هنر دندانپزشکی است که اقدام به جایگزینی دندانهای از دست رفته می نماید . در ساخت پروتز های دندانی فاکتورهای مهمی مانند راحتی , esthetic , function , (comfort) و سلامتی (health) برای بیماران بایستی مد نظر باشد .

prosthodontic به سه شاخه تقسیم می شود . (3,1)

- 1- removable
- 2- maxillo facial
- 3- fixed

نوع removable خود به دو دسته کامل (complete denture) و پارسیل (partial denture) تقسیم می شود. آنچه که در این تحقیق و بررسی مورد نظر ما است مختص به removable partial denture می باشد.

همانطور که می دانیم بیماران نیازمند به این نوع پروتز بخش مهمی از مراجعین به مطبهای دندانپزشکی را تشکیل می دهند که موفقیت در جایگزینی دندانهای از دست رفته به عوامل گوناگونی بستگی دارد. عدم اطلاع و کم توجهی در هر یک موارد می تواند زمینه شکست را فراهم نماید.

توجه و مطالعه مراحل سرویس دهی پروتز های پارسیل از جمله کلید موفقیت در انجام این کار حساس می باشد. (1)

آموزش بیمار از جمله فازهای مهم سرویس دهی می باشد. زیرا عدم اطلاع بیمار از مشکلات بعد از گذاشتن پروتز مثل، مشکلات تکلم، زخم در زیر پیس پروتز حفظ رعایت بهداشت دهان و دندان، خارج نمودن پروتز هنگام شب و ... می تواند زمینه شکست را فراهم نماید. (3,1)

طراحی صحیح اجزاء پروتز مثل کلاسیپهاورستها، آماده سازی دهان، معاینات دهانی، تفسیر رادیوگرافی، ضایعات پریدنتال، پوسیدگی، درمان ریشه، نیاز به جراحی، ارتودنسی، reshape، اصلاح کانتور نامناسب دندانها و ... همه از عواملی است که باید جزء فازهای سرویس دهی به آنها توجه لازم بشود. (3,1)

کیفیت ریج باقی مانده ، میزان پوشش ریج باقی مانده ، نوع قالبگیری ، دقت بیس دنچر ، طراحی اسکلت و ... از مواردی است که مخصوصا در پروتز های distal extention باید مورد نظر باشد . (3,1)

برقراری بالانس اکلوژن در انواع پروتز ها ضروری می باشد ، در پروتز های پارسیل استرس های اکلوژالی مستقیما به دندانهای پایه و سایر ساختمانهای ساپورت کننده منتقل می شود که بسیار مخرب تر از استرس هایی است که در پروتز کامل مشاهده می شود ، پس برقراری روابط اکلوژالی هماهنگ از جمله مواردی است که مطرح می باشد . فقدان ساپورت برای بیس دنچر ، ایجاد اکلوژن غلط به نحوی که روابط فکی در حال static گرفته شده باشد و غیر قابل پذیرش بودن پلن اکلوژن از مواردی است که شکست در برقراری اکلوژن هماهنگ را فراهم می نماید . (3,1)

آخرین فاز سرویس دهی مربوط به **تحویل پروتز** به بیمار می باشد که از بین بردن موانع اکلوژالی ناشی از اسکلت پروتز ، منطبق کردن سطوح زیرین بیس پروتز **occlusal adjustment** و نهایتا **fallow up** بیمار از موارد دیگر است که موفقیت در ساخت پروتز پارسیل را تضمین می نماید . در بسیاری موارد مشاهده می شود که پس از آماده سازی مختصر دهان و تراش رستها (rest) قالب آلژیناتی به لابراتوار می رود و تکنسین بدون اطلاع از شرایط دهانی بیمار طرح دلخواهی را بر روی کست پیاده می نماید و به هر نحو که شده ، اسکلت به دهان بیمار خورانده می شود و سایر مراحل به همین شکل ادامه می یابد .

در چنین شرایطی نه تنها پروتز پارسیل به عنوان سدی از بی دندانی بیشتر جلوگیری نمی کند ، بلکه خود عامل جدیدی در راه بی دندانی بیمار بدل می شود و به همین دلایل هم است که پروتز های پارسیل افراد بتدریج بیمار را به سوی بی دندانی کامل سوق می دهند . و مانیز با هدف بررسی طراحی اجزاء و همچنین کل پروتز پارسیل ، به منظور شناسائی نقاط ضعفی که در مراحل ساخت پروتز پارسیل توسط دندانپزشکان ، در سطح شهر شیراز وجود دارد بر آنیم که انشا... با تکیه بر این مشکلات و نقاط ضعف ، در باز آموزیهای مدون ، سمینارها و کنگره ها سعی در رفع معایب گردد. (4,3,1)

III - « تشخیص و آماده سازی دهان »

آماده سازی دهان از مراحل مهمی است که دندانپزشک معمولاً پس از تشخیص صحیحی از مجموعه شرایط دهانی و عمومی بیمار اقدام به آن می نماید. (3,1)

بطور معمول در جلسات اول مراجعه بیمار، گرفتن تاریخچه و معاینه دقیق بیمار بایستی انجام شود تهیه کست اولیه - اقدام به رادیوگرافی - بررسی وضعیت بهداشت دهان بیمار - تصمیم گیری در مورد باقی ماندن یا کشیدن دندانهای باقیمانده و نهایتاً اینکه آیا بیمار مناسب جهت ساخت این نوع پروتز است یا خیر انجام می شود.

همیشه این نکته را در نظر داشته باشیم که جایگزینی دندانهای از دست رفته به وسیله پروتز ثابت ارجح است، مورد استفاده پروتز پارسیل فقط در شرایطی است که پروتز ثابت مورد تجویز ندارد. مثل شرایط ذیل:

۱- در موارد distal extention

۲- در شرایطی که دندانها به تازگی کشیده شده باشند. از آنجایی که

ریج پس از کشیدن دندان شروع به تحلیل می نماید. ابتدا ساخت یک پروتز اکریلی با

هزینه کم توصیه می شود. (1,5,6)

۳- نواحی بی دندان ملویل : در پروتز پارسیل به دلیل استفاده از دندانهای سمت

دیگر قوس و گرفتن ساپورت گیر و ثبات از آن دندانها، بر پروتز ثابت ارجحیت دارد. (1)

۴- نیاز به ثبات دو طرفه bilateral stabilization

هنگامی که دندانها در اثر بیماری پرئودنتال ضعیف شده اند، استفاده از پروتز ثابت این

دندانها را به مخاطره می اندازد. استفاده از پروتز پارسیل به دلیل تامین ثبات دو طرفه

و اسپیلینت کردن دندانهای متعدد بر پروتز ثابت مقدم است. (1,3)

۵- از بین رفتن شدید استخوان ریح باقیمانده. در چنین شرایطی پانتیک

باید تماس ملایمی با ریح داشته باشد لذا دندانهای مصنوعی در محل صحیح خود استقرار

نمی یابند، بنابراین با استفاده از پروتز پارسیل به نتایج مطلوب تری می رسیم زیرا دندانهای

مصنوعی بدون توجه به موقعیت ریح در محل مناسبی قرار می گیرند و بین فضایی

باقیمانده را پر می کند. عضلات لب - گونه و زبان نیز با وجود بیس پروتز از ساپورت

بهتری برخوردار هستند و از نظر esthetic (زیبائی) نتایج مطلوب تر است. (1,3)

۷- حفظ دندانهای سالم . گاهی به دلیل حفظ دندانهای سالم و دست نخورده

ماندن دندانها، از پروتز پارسیل استفاده می شود. (3,1)

۷- پیش آگهی دندانهای پایه : در صورتیکه در مورد آینده دندان پایه تردیدی

وجود داشته باشد می توان با طراحی مناسب مشکل آینده را حل نمود. (3,1)

۸- شرایط اقتصادی : هنگامیکه منحصرأ شرایط اقتصادی حاکم بر طرح درمان باشد

غالبأ نتایج برای دندانپزشک و بیمار مطلوب نخواهد بود. (3,1)

پس از اینکه تصمیم به ساخت پروتز پارسیل گرفته شد دو روش پیش رو داریم .

۱- ساخت پروتز پارسیل اکریلی Temporary Partial Denture

۲- ساخت پروتز پارسیل با بیس فلزی

همانطور که همیشه ابتدا ساخت پروتز ثابت مقدم بر پارسیل می باشد در این جا نیز

پروتز پارسیل با بیس فلزی (metal base) که مزایای آن در بخشهای آینده به تفصیل

خواهد آمد مقدم بر ساخت پروتز پارسیل اکریلی است مگر در موارد ذیل که ناچاریم اقدام به

ساخت پارسیل اکریلی بنمائیم: (8,7,1)

۱- برای دندانهای طبیعی عمر زیادی پیش بینی نکنیم و به این نتیجه برسیم که بیمار ظرف

چند سال آینده بی دندان خواهد شد . در چنین شرایطی یک پروتز ساده اکریلی برای بیمار

ساخته می شود که این دست دندان می تواند در دهان قرار بگیرد و یک وسیله تمرینی

برای بیمار باشد تا بیمار برای دوره بی دندانی کامل آماده شود . این درمان جنبه موقتی دارد

و او را قادر می سازد که عاداتهای عصبی عضلانی را که به او امکان استفاده از دست دندانهای کامل را می دهد کسب نماید. (9,3,1)

۲-بیمار دارای سنی معادل ۱۵-۱۳ سال داشته باشد و سن گذاشتن بریج برای او زود است.

۳-بیماری که می خواهد جهت درمان پریو مراجعه نماید .

۴-بیماری که مسافر است و اصلا فرصت ندارد .

۵-بیمارانی که از نظر اقتصادی مشکل دارند .

با توجه به موارد بالا در صورتیکه بیمار جزء ۵ مورد اشاره شده نبود ، اقدام به ساخت پروتز

پارسیل با بیس فلزی می نماییم . اما قبل از هر اقدامی ، اقدام به تهیه یک طرح درمان

مشمتمل بر درمانهای زیر در صورت نیاز می پردازیم . (3,1)

۱-درمانهای اولیه پروتز : برای برطرف کردن مشکلات پروتز فعلی بیمار

۲-جراحی : برای فرصت دادن به دوره ترمیم قبل از ساخت دنچر جدید

۳-درمانهای پریودنتال : برای مشخص نمودن توانایی بیمار برای رعایت بهداشت

و تغییرات کانتور لثه به دنبال درمانهای پریو

۴-درمانها ارتودنسی : برای اینکه هر گونه بهبودی لازم در موقعیت دندانها بدون

تاخیر در درمانهای مربوط به پروتز بدست آید .

۵-درمانهای CONSERVATIVE و معالجه ریشه

۴- آماده سازی دندانها پایه : برای اینکه شکل تاج دندانهای باقیمانده برای قبول رست ، بازوی نگهدارنده کلاسیک و ... تغییرات لازم را پیدا کند . موارد ۵ و ۶ کاملاً به هم مربوط هستند بطوریکه ممکن است انجام درمانهای conservative برای بدست آوردن شکل مطلوب تاج ضروری باشد . (3,1)

۱- درمانهای اولیه پروتز :

درمانهای اولیه پروتز برای اصلاح دنچر فعلی یا قبلی بیمار برای ایجاد پروتزی موقت تا زمان انجام درمانهای قطعی بیمار انجام می شود و شامل آستر (Reline) ، تنظیم اکلوزالی (Occlusaladj) ، تعمیر و ... می باشد . که در این مقوله به جزئیات آن نمی پردازیم . (8,3,1)

۲- جراحی (Surgery) :

برای خارج کردن ریشه های باقیمانده یا دندانهای رویش نیافته ای که بخصوص در ناحیه بی دندانی قرار گرفته اند و برای حذف ضایعات پاتولوژیکی که همراه دندانها یا ریشه های باقیمانده وجود دارند احتیاج به عمل جراحی می باشد . (5,3,1)

عمل جراحی همچنین برای بهبود کانتور ناحیه بی دندانی یا حذف برجستگی های استخوانی (نظیر توروس) و بافت نرم هیپریپلاستیک (توبروزیته برجسته با قوام شل) و یا برای حذف چسبندگی زیاد فرنوم مورد نیاز می باشد . (5,3,1)