

**پایان نامه**

**جهت دریافت دکترای دندانپزشکی**

**موضوع:**

**مروری بر علل شکست پروتزهای کامل**

**استاد راهنما**

**نگارش**

**فهرست مطالب**

# عنوان صفحه

**مقدمه 1**

**فصل اول: مروري بر مقوله تشخيص و طرح درمان، مروري بر آناتومي محيط دهان**

**1ـ مروري بر مقوله تشخيص و طرح درمان 2**

ـ روشهاي تشخيص

ـ نكات مهم و مؤثر در تشخيص

## 2ـ مروري بر آناتومي محيط دهان 4

(انسان ساپورت كننده، استخوان فكين، مخاط)

ـ ساپورت و انساج ساپورت كننده پروتز 5

ـ ملاحظات آناتوميك منديبول از نظر نواحي ساپورت كننده 6

ـ ملاحظات آناتوميك ماگزيلا از نظر نواحي ساپورت كننده 8

ـ آناتومي استخوانهاي ساپورت كننده فكين 9

ـ فيزيولوژي استخوان 12

ـ مخاط 14

ـ نواحي آناتوميكي بافت نرم در بيماران بي‌دندان فك بالا 17

ـ نواحي آناتوميكي بافت نرم در بيماران بي‌دندان فك پايين 19

فصل دوم: مسائل مربوط به عدم موفقيت پروتز كامل و مشكلات پس از تحويل آن

**قسمت اول (I): مسائل مربوط به بيمار كه به منظور جلوگيري از عدم موفقيت پروتز كامل بايستي در نظر گرفت**

الف) شرايط، خصوصيات ويژه و خواسته‌هاي بيمار 22

ب) مسائلي كه دندانپزشك در مورد بيمار بايد در نظر داشته باشد 23

ـ مرحله تحويل پروتز

ـ دستورالعمل‌هاي ويژه براي بيمار

**قسمت دوم (II): اشكالات و مسائلي كه در ضمن كار براي دندانپزشك بوجود مي‌آيند و باعث عدم موفقيت پروتز كامل مي‌شوند 27**

**1ـ گير پروتز 28**

عوامل مؤثر بر گير پروتز 30

**2ـ روابط فكين 31**

ـ اشكال در تعيين ارتفاع عمودي و عوارض ناشي از آن 32

**3ـ منطقه خنثي (Neutral Zone) 33**

**4ـ پلن / سطح اكلوژن 34**

ـ مشكلات ناشي از تعيين نادرست پلن اكلوژن 34

**5ـ بالانس اكلوژن 34**

ـ مشكلات ناشي از اكلوژن 34

ـ عدم بالانس اكلوژن 35

ـ عادات پارافانگشنال 36

ـ اكلوژن تروماتيك 36

**قسمت سوم (III): تجزيه و تحليل مسائلي كه پس از ساخته شدن پروتز و تحويل آن به بيمار پيش مي‌آيد**

**1ـ بررسي مشكلات مربوط به فقدان گير پروتزها 37**

الف) بررسي مشكلات مربوط به فقدان گير پروتز فك بالا 37

ـ هنگام تحويل آن 37

ـ هنگام باز كردن كامل دهان 38

ـ هنگام صحبت كردن، خواندن سرود يا آواز 38

ـ افتادن يا جابجايي پروتز در سمت بالانس 39

ـ هنگام خنديدن 39

ـ هنگاميكه بيمار مي‌خواهد سوت بزند 40

ـ هنگام بريدن لقمه غذايي 40

ـ نقش افزايش و كاهش بزاق بر گير پروتز 40

ـ لق بودن كلي پروتز 41

ب) بررسي مشكلات مربوط به فقدان گير پروتز فك پايين

ـ جابجايي پروتز فك پايين بطرف بالا هنگام زياد باز كردن دهان 43

ـ حركت پروتز فك پايين كه با حركات مختلف زبان ايجاد مي‌شود 43

ـ خارج شدن پروتز هنگام فانكشن 44

**2ـ بررسي مشكلات مربوط به عدم ثبات پروتز 44**

ـ عوامل مؤثر بر ثبات پروتز 44

I) عدم ثبات پروتز هنگام اكلوژن مركزي 47

II) عدم ثبات پروتز هنگاميكه پروتزها در اكلوژن نباشند 47

III) عدم ثبات پروتز هنگام بريدن غذا 48

**3ـ بررسي آزردگي‌هاي بافت مخاطي توسط پروتز 48**

ـ آزردگي در بافتهاي دهان توسط پروتز 49

ـ اشكال، علائم و نشانه‌هاي آزردگي‌هاي مخاط تحمل كننده فشار 49

ـ علائم و آزردگي‌هاي مخاط بستر پروتز كامل 50

ـ نواحي ايجاد آزردگي در بافتهاي دهان 52

ـ گاز گرفتن لب، گونه و زبان 63

ـ ضايعات مخاط دهان ناشي از پروتز كامل 64

**4ـ بررسي مشكلات مربوط به فانكشن 67**

الف ـ اشكال در بلع 67

ب ـ حالت تهوع 68

ج ـ صداي بهم خوردم دندانها (Clicking) 70

د ـ خستگي عضلات جونده 71

ح ـ ضايعات و درد در T.m.j. 71

\* احساس كلي ناجور بودن پروتز (در صورتيكه دردي وجود ندارد) 71

**5ـ بررسي مشكلات مربوط به زيبائي 72**

\* زيبايي 72

1ـ برجستگي (پري زيربيني) 73

2ـ فرورفتگي قسمت مياني لب و شيار بين لبي (فيلتروم) 73

3ـ لب بالا فرو رفته (تو افتاده) است 73

4ـ مقدار زيادي از دندانها ديده مي‌شوند 74

5ـ مصنوعي بنظر رسيدن پروتز (نماي مصنوعي) 74

6ـ مقدار كمي از دندانها در معرض ديد هستند 74

7ـ عدم تقارن صورت 74

8ـ رنگ دندانها 74

**6ـ بررسي مشكلات مربوط به تكلم 75**

I ـ اشكال در اداي حروف لينگو ـ آلوئولار مانند (س) 76

IIـ اشكال در اداي حروف لبي (ب م پ) 77

III ـ صداهاي «ف» و «و» مشخص نيستند 77

IV ـ اشكال در اداي حروف زباني ـ كامي (د (ز) ـ ت) 77

**7 ـ بررسي مشكلات ناشي از عدم راحتي پروتز و علل آن 78**

1) نواحي زخم شده 79

2) درد 79

3) احساس سوزش در 24 ساعت اول يا در طول 2 هفته اول 80

4) احساس سوزش در زبان – كام و گلو 81

5) قرمزي نسوج زير پروتز يا استوماتيت ناشي از پروتز 82

6) قرمز آتشين بودن تمامي نواحي مجاور پروتز همراه زبان و گونه 83

7) جمع شدن غذا زير پروتز 84

8) ارتباط بين پروتز، بزاق و ناراحتي هاي ايجاد شده در دهان (برسي كميت و كيفيت بزاق) 84

9) اختلال در گيرنده هاي حسي 85

10) آزردگي در عضلات 85

**فصل سوم**

**مروری بر مقالات 86**

**نتیجه و خلاصه 108**

مقدمه

بشر همواره در اين آرزو بوده كه تا حد امكان به نحوي از انحاء از دست رفتن دندانهاي خود را جبران نموده و از اين طريق مشكلات مضغي و زيبايي خود را جبران نمايد و در اين راستا سعي و كوشش فراواني نموده است كه ادامه آن تلاشها به نسل امروزي سپرده شده و حق اين است كه ما نيز تمام تلاش و توانائي‌هاي خود را در راه تكامل اين علم بكار بريم.

امروزه پيشرفت در جنبه‌هاي مختلف پزشكي و امكانات رفاهي بيشتر منجر به افزايش سن متوسط مردم گشته است، از طرفي علي‌رغم پيشرفتهاي غيرقابل انكاري كه در علم دندانپزشكي در جهت نگهداري و حفظ دندانهاي طبيعي بعمل مي‌آيد، افراد جامعه در سنين پايين‌ترين دندانهاي خود را از دست مي‌دهند و همين دو موضوع يعني افزايش متوسط سن و از دست دادن دندانها در سنين پايين‌تر سبب شده است تا روز به روز بر تعداد افراديكه از پروتزهاي كامل استفاده مي‌كنند افزوده گردد.

انتقال از مرحله داشتن دندانهاي طبيعي به مرحله بي‌دنداني كامل، دوراني است بس حساس و ناشناخته براي بيماران و بايد دانست، غالباً افرادي كه دندانهاي خود را از دست مي‌دهند از نظر جسمي از سلامت كامل برخوردار نمي‌باشند و استخوانهاي خود را از دست مي‌دهند از نظر جسمي از سلامت كامل برخوردار نمي‌باشند و استخوانهاي فكين آنها تراكم لازم را ندارند. از طرفي واكنشهاي ترميمي در اينگونه افراد نقصان پيدا كرده است. در اين بيماران به جاي الياف پريودونت، مخاط نقش نگهداري و پشتيباني دندانهاي مصنوعي را بعهده مي‌گيرد، كه بايد براي بيماران توضيح داده شود، زيرا آنان انتظار دارند كه پروتز كامل همچون دندانهاي طبيعي عمل كند كه مشكلي است مزيد بر مشكلات ديگر.

در برخورد با بيماران بي‌دندان بايستي با معاينه دقيق، بررسي حالات جسماني و رواني بيمار و با توجه به خواسته‌هاي بجا و نابجاي بيمار طرح درمان مناسبي تعيين كرد و با تكنيكي صحيح و اصولي اقدام به درمان كرد، البته با پيش‌بيني نتايج احتمالي درمان و در نظر گرفتن تمام شرايط مساعد و نامساعد محيط دهان بيمار.

حفره دهان محيطي است كه اعمال مختلفي را انجام مي‌دهد و درمان با پروتز صرفاً يك درمان ساده نسجي و ساختماني نيست، بلكه بايستي با جايگزين كردن دندانهاي از دست رفته حالات تشريحي، فانكشنهاي طبيعي و فيزيولوژيك اين ناحيه از بدن را تا حد امكان احياء و بازسازي كرد.

در برخي از موارد با وجود اينكه عمل كننده نهايت سعي خود را در بكار بردن اصول لازم در ساختن پروتز كامل ايده‌آل مي‌نمايد، معهذا چه در ضمن كار و چه پس از قرار دادن پروتز در دهان بيمار با مشكلاتي مواجه مي‌گردد كه به سختي مي‌تواند به علت اصلي آن پي ببرد و با اظهار ناراحتي و شكايت بيمار روبرو مي‌شود و علي رغم اصلاحات متعددي كه انجام مي‌دهد باز مشكلات بيمار پاربرجا مي‌ماند.

اشكالات و ناراحتي‌هايي كه بعد از قرار دادن پروتز كامل در دهان بيمار ايجاد مي‌شود متنوع هستند، در ضمن واكنش بيماران نيز در مقابل آنها مختلف است، كه بستگي به وضع سلامت عمومي جسمي و رواني، وضعيت حفره دهان و طرز تفكر و شخصيت آنان دارد. بعضي از بيماران در برابر كوچكترين آزردگي و تحريك خارجي عكس‌العمل‌هاي شديدي از خود نشان مي‌دهند و بعضي با داشتن شخصيتي قوي و كنترل عصبي خوب حتي زخم‌هاي شديد پروتز را بدون شكايت تحمل مي‌كنند كه هر دو اينها براي بيمار مفيد نيستند.

دندانپزشك بايد با آگاهي بر علوم آناتومي، پاتولوژي، روانشناسي و داشتن مهارتهاي لازم، عكس‌العمل‌هاي بافت نرم را در حالت طبيعي و پاتولوژيك تشخيص داده و بتواند يك اشكال موضعي را از مشكلات عمومي جسمي و رواني بيمار تميز دهد.

**فصل اول**

**مروري بر مقوله تشخيص و طرح درمان، و مروري بر آناتومي محيط دهان**

## 1ـ تشخيص و طرح درمان

موفقيت يا شكست درمان با پروتز كامل قبل از شروع به عمل قابل پيش‌بيني است. اكثر ناراحتي‌هاي بيماران در اثر آماده نكردن بيمار از نظر جسمي و مشكلات دهاني، روحي و عدم شناخت صحيح آنها از ماهيت پروتز كامل است. براي دستيابي به موفقيت و داشتن طرح درماني دقيق و درست، در ابتدا بايد تشخيصي درست داشته باشيم.

هدف از نگارش اين بخش مطرح كردن برخي مشكلات ايجاد شده توسط پروتز است كه به علت عدم تشخيص صحيح و طرح درمان مناسب مي‌باشد. در اين قسمت بطور خلاصه مروري خواهيم داشت بر مقوله تشخيص و طرح درمان.

## روشهاي تشخيص:

1ـ گرفتن Observation كه شامل تاريخچه پزشكي و دندانپزشكي بيمار است.

2ـ معاينه داخل دهاني كه شامل بررسي نسوج ساپورت كننده، روابط فكين و ضايعات پاتولوژيك مي‌باشد.

3ـ كستهاي تشخيصي براي بررسي روابط فكين.

4ـ راديوگرافي براي بررسي آنوماليها (اجسام خارجي، ريشه دندان، دندان نهفته، علائم پاتولوژيك) همچنين بررسي محل كانال منديبول و سوراخ چانه‌اي و ضخامت نسبي نسج زير مخاطي كه استخوان را در نواحي بي‌دندان پوشانده است. (25)

**نكات مهم و مؤثر در تشخيص:**

**1ـ سن:** با بالا رفتن سن قدرت تطابق با موقعيت‌هاي جديد و يادگيري مهارتهاي لازم نقصان پيدا مي‌كند همچنين تونسيته بافتها كاهش مي‌يابند، كه مسائل مربوط به چيدن دندانها در افراد مسن را مشكلتر مي‌كنند و همچنان كه قبلاً گفته شد با بالا رفتن سن واكنشهاي دفاعي و ترميم بدن نيز كاهش يافته و باعث تضعيف استخوان فكين مي‌شود.

**2ـ سلامت عمومي (جسمي ـ رواني):** گرفتن ابزرواسيون و ارزيابي سلامت عمومي بيمار بايستي در همان جلسه اول انجام گيرد تا از بروز مشكلات بعدي پيشگيري شده و درمان با آگاهي بيشتري ادامه يابد.

**3ـ آموزش اجتماعي و انتظارات بيماران:** ميزان تحصيلات، آموزش اجتماعي و نحوه زندگي بيمار بسيار مهم هستند و قبل از شروع به كار بايستي از انتظارات بيمار مطلع شد. بدين معني كه مهمترين خواسته بيمار از تهيه پروتز چيست؟ قدرت جوندگي، تكلم يا زيبايي، البته تمامي خواسته‌هاي بيمار براي ما ملاك عمل نيستند و پزشك بايستي با در نظر گرفتن تمامي اين مسائل پروتز را طوري طراحي كند كه فرم و وضعيت دهان با بقيه صورت هماهنگي لازم را داشته باشد.

**4ـ ساپورت و ضخامت لبها:** اگر بافتهاي اطراف دهان چروك داشته باشد بايستي با ساپورت مناسب لبها اين چروكها حذف شوند. البته چروكهايي كه در رابطه با بالا رفتن سن و در كل صورت بيمار ديده مي‌شود كلاً حذف نخواهند شد.

از نظر ضخامت لبها: اگر لبها نازك باشند كوچكترين تغيير جزئي در موقعيت لبيولينگوالي دندانها باعث تغيير شكل ظاهري لب مي‌گردد اما در لبهاي با ضخامت زياد مي‌توان بدون ايجاد تغييرات ظاهري مشخص، شكل قوس و محل قرار دادن دندانها را تغيير داد.

**5ـ تونيسيته بافتها و عضلات:** دو عامل در اين مسئله دخيل هستند: 1) سن 2) سلامت عمومي

هر قدر تونيسيته عضلات و بافتها كم باشد احياي آن در نتيجه بازسازي زيبايي و احياي ظاهري جوانتر، مشكل و گاه ناممكن مي‌شود.

**6ـ ارتفاع عمومي صورت (V.D.):** فاصله بين فكين را در هنگام صحبت كردن مي‌توان مورد بررسي قرار داد.

**7ـ سلامت محيط دهان و وضعيت مخاط (رنگ ـ قوام):** ضايعات مخاط كه اطلاعات مفيدي به ما مي‌دهند.

**8ـ ناحية بيس فك بالا و فك پايين:** حالت ايده آل براي بيس، داشتن لايه‌هاي تقريباً يكنواخت از بافت نرم است كه محكم و اندكي داراي خاصيت ارتجاعي باشد. اگر اين لايه نازك باشد تحت فشار پروتز زخمي مي‌شود و اگر ضخيم باشد تحت فشار مضغي تغيير مكان مي‌دهد كه باعث عدم ثبات پروتز مي‌شود.

**9ـ جنبه‌هاي بيومكانيك:** تعدادي از عوامل بيومكانيكي روي روشهاي مورد استفاده و دشواري‌هايي كه در تهيه پروتز كامل پيش مي‌آيند تأثير مي‌گذارند. اين عوامل را بايد شناخت اگرچه براي حذف علل اين مشكلات كار زيادي نمي‌توان كرد. اين عوامل عبارتند از:

ـ روابط و شكل ريجهاي باقيمانده: الگوي تحليل فكين بر روابط آنها مؤثر است و با كوچك شدن آنها روابط آنها نيز تغيير مي‌كند، پس ميزان تحليل ريجها نيز بر روابط آنها مؤثر است، از طرفي شكل ريج (كانتور مقطع عرضي) بر نحوه قالب‌گيري مؤثر است. تحليل ريج باقيمانده پس از دست رفتن دندانها تغييرات شديدي در مقطع عرضي آن ايجاد مي‌كند. هنگامي كه دندانها تازه كشيده شده‌اند ريج پهن است اما بتدريج و به مرور زمان با تحليل آن ريج كوتاه‌تر و باريكتر مي‌شود. ريج ايده آل ريجي است با سطح فوقاني پهن، طرفين موازي و بلند. (شكل شماره 1)



**شكل شماره 1:**

از چپ براست 1) ريج باريك 2) ريج گرد 3) ريج مربعي و چهارگوش بهترين ريج براي افزايش ثبات ريج باقيمانده مربعي و چهارگوش است.

ـ شكل و اندازه قوسهاي ماگزيلا و منديبول: اندازه قوسها، سطح ساپورت كننده نهائي را تعيين مي‌كند و شكل قوس (از جهت اكلوژن) در تعيين فرم كلي دندانها مؤثر است.

ـ عدم هماهنگي در اندازه فكين: اين بيماران هنگاميكه دندانهاي طبيعي داشته‌اند دچار مال اكلوژن (كلاس II يا III) بوده‌اند. جايگزين دندانهاي مصنوعي بايد در محل دندانهاي طبيعي باشد، تغيير دادن اكلوژن ايده آل به اكلوژن يا اورجت زياد احتياج به زمان اضافي دارد.

ـ وضعيت عضلات گونه ـ لب ـ زبان: بر روي قالب‌گيري و توانائي و مهارت بيمار براي استفاده از پروتز مؤثرند.

ـ شكل كام: كام ايده آل كامي است كه عمقي متوسط داشته باشد و شيب ناحيه روگا در قسمت قدامي كاملاً مشخص باشد.

ـ كميت و كيفيت بزاق: براي گير و ثبات بهتر پروتز، بزاقي از نوع سروزي و به مقدار متوسط ايده آل است.

**3ـ مروري بر آناتومي محيط دهان (انساج ساپورت كننده، استخوان فكين، مخاط)**

دندانپزشك بايد كاملاً با آناتومي بافتهاي مورد اتكاء و احاطه كننده پروتز آشنائي داشته باشد. زيرا با دانستن آن به دو مقصود مي‌توان رسيد:

الف) تعيين محل انتخابي نيروهاي ناشي از بيس دست دندان، بر روي بافتهاي مورد اتكا.

ب) تعيين شكل و فرم لبه‌هاي پروتز كه بايستي با فانكشن نرمال عضلات احاطه كننده آن تداخلي نداشته و هماهنگي داشته باشند. (26)

البته در اينجا بحث اصلي بر سر آناتومي تشريحي نيست بلكه مورد نظر آناتومي فانكشنال است.