

چکیده مراجع دندانپزشکی

CDR درمان پروتزی بیمارانی بی دندان

زارب ۲۰۱۳ (بوچر)

به کوشش:

دکتر سالومه هاشمی

متخصص پروتزهای دندانی

دکتر سید امین موسوی

دستیار ارشد پروتزهای دندانی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

پیشگفتار

خلاصه و خلاصه نویسی یکی از ملزومات اجتناب ناپذیر دنیای علم مدرن است. در واقع سرعت انتشار اطلاعات و تولید علم آنچنان زیاد است که انتشار مناسب و بهنگام آن را با دشواری مواجه ساخته است. لاجرم باید به نوعی گزینش دست زد که چکیده سازی یکی از بهترین راههاست. تلاش در این کتاب بر این بوده است که با حفظ کامل امانت داری مطالب را به صورت خلاصه و با متنی روان و به دور از حاشیه پردازی به گونه ای جمع اوری شود که مطالعه ی آن در کمترین زمان و با بیشترین بازدهی همراه باشد، در ضمن سعی گردیده است تمامی مطالبی که دانستن آنها برای دانشجویان گرامی برای شرکت در امتحان دستیاری الزامی می باشد، به شیوه ای قابل فهم ارائه گردد ولی مبرهن است که کتاب خالی از اشکال نمی باشد و امیدواریم در چاپ های بعدی، با راهنمایی های شما دوستان، این ایرادات نیز برطرف گردد.

در اینجا لازم می دانیم از زحمات خانم **دکتر سیده مرضیه موسوی** که زحمت ویراستاری کتاب را کشیده اند کمال تشکر را نماییم.

دکتر سالومه هاشمی

دکتر سید امین موسوی

تایستان ۹۲

s_aminmosavi88@yahoo.com

فهرست مندرجات

۵	فصل ۱
۱۱	فصل ۲
۱۵	فصل ۳
۱۹	فصل ۴
۲۵	فصل ۵
۳۵	فصل ۶
۴۳	فصل ۷
۷۱	فصل ۸
۸۱	فصل ۹
۹۱	فصل ۱۰
۱۰۱	فصل ۱۱
۱۰۷	فصل ۱۲
۱۱۷	فصل ۱۳
۱۲۱	فصل ۱۴
۱۲۷	فصل ۱۵
۱۳۳	فصل ۱۶
۱۳۷	فصل ۱۷
۱۴۵	فصل ۱۸
۱۴۷	فصل ۱۹
۱۵۵	فصل ۲۰
۱۵۹	فصل ۲۱
۱۶۱	فصل ۲۲
۱۶۵	فصل ۲۳

حالت بی دندانی

✓ بی دندانی پارسیل احتمالاً در کوتاه مدت افزایش می‌یابد.

✓ علی‌رغم کاهش موارد بی‌دندانی، تقاضا برای دنچر کامل همچنان بالا خواهد بود.

✓ دندانهای طبیعی توسط مساحتی معادل 45 cm^2 از PDL ساپورت می‌شود.

✓ فانکشن‌های اصل پرودونشیوم: ۱- حمایت و انطباق موقعیت دندان ۲- حس کردن بیمار (فانکشن غیرمستقل یا ثانویه)

✓ نیروهای اکولوزال فیزیولوژیک به طور طبیعی منقطع، ریتمیک و دینامیک است که به وسیله مکانسیم‌های عصبی-عضلانی کنترل می‌شود.

✓ شدیدترین نیروهای وارده به دندان طی جویدن و بلع ایجاد می‌گردد که جهت آنها به طور کلی عمودی است.

✓ بلع حدود ۵۰۰ بار در روز اتفاق می‌افتد و طی ۲۴ ساعت، دندانها تنها در حدود ۱۷/۵ دقیقاً تحت نیروهای فانکشنال ناشی از جویدن و بلع قرار می‌گیرند که بیشتر از نیمی از آن مربوط به بلع است.

✓ زبان در هنگام فعالیت نیروی بیشتری از بافت‌های باکولیالی وارد می‌کند البته در هنگام استراحت شدت این نیروها ممکن است یکسان باشد.

✓ شدت و مدت افزایش نیرو و فاصله زمانی بین ضربه‌ها بستگی دارد به:

۱- افراد مختلف ۲- قوام غذا ۳- مدت جویدن ۴- وضعیت دندانی

✓ به علت تیلت مزایالی دندانها، نیروهای اعمال شده به



- باریلین و رییس عوامل فیزیکی بهبود می‌یابد
 - با تحلیل ریج، نقش عضلات درگیر افزایش می‌یابد
 - Mascular احتمالاً با کاهش نیروهای فیزیکی همراه است.

- عناصر اولیه الکوژن:
 ۱- دندانها ۲- سیستم عصبی-عضلانی ۳- ساختارهای کرانیوفاسیال

• مراحل رشد، نمو و سازش یابی الکوژن

۱- Developing dentition

- داده‌های حسی فراوان
 - سازش پذیری دندان، آلوتولی، کرانیوفاسیال
 - تکامل مهارتهای حرکتی و یادگیری های عصبی-عضلانی

۲- Healthy adult dentition

- سازش پذیری دندان (سایش، رویش، مهاجرت)
 - سازشهای استخوان از نوع ترمیمی است
 - رفلکهای حمایتی فرا گرفته شده

۳- deteriorating adult dentition

- بی دندان پارسیل
 - بیماریهای پریدنتال
 - کاهش رفلکهای سازشی دندان و تحلیل پاتولوژیک استخوان
 - خطر ناسازگاری با استفاده از دنچر

۴- The edentulous state

- تحلیل ریج باقیمانده
 - به مخاطره افتادن سازش پذیری رفلکسی
 - افزایش عادات پارافانکشنال
 ✓ علاوه بر مکانیک، بافت شناسی و فیزیولوژی هم در درمان بیماران بی دندان نقش اساسی دارند.

دندانها مؤلفه‌های افقی نیز ایجاد می‌کند که دندان را به طرف مزیاال و باکال یا لینگوال خم می‌کند.

✓ تفاوت اصلی در ساختار ساپورت وضعیت با دندان و بی دندان عمدتاً مربوط به وجود یا عدم وجود PDL است.

نکته: مساحت متوسط مخاط جهت ساپورت دنچر $22/96\text{cm}^2$ در ماگزیلا و $12/25\text{cm}^2$ در مندیبل است.

نیروهای مضغی در دندانهای طبیعی حدود ۲۰۰ نیوتن و برای پروتز کامل ۸۰-۶۰ نیوتن می‌باشد در حقیقت حداکثر نیروی مضغی برای دندانهای مصنوعی ۵ تا ۶ برابر کمتر از دندانهای طبیعی است.

✓ تحمل و قابلیت انطباق مخاط در اثر بیماری های زیر کاهش می‌یابد:

۱- آنمی ۲- سوء تغذیه ۳- دیابت ۴- فشارخون بالا

✓ از دست دادن دندانها و PDL باعث از بین رفتن حس پروپریوسپتو و تغییر در الگوی اعمال نیروی وارده به آلوتول از نیروی کششی به فشاری که دائماً از جهات افقی و عمودی وارد می‌شود خواهد بود.

✓ تحلیل در قسمت قدام فک پایین سریعتر اتفاق می‌افتد و از فردی به فردی دیگر میزان تحلیل متفاوت است.

✓ حرکات فانکشنال پروتزهای کامل ممکن است عاملی برای تحلیل ریج باقیمانده باشند.

• فاکتورهای مؤثر درگیر پروتز کامل

الف) عوامل فیزیکی
 ۱- حداکثر گسترش بین دنچر
 ۲- حداکثر تماس نزدیک بیس دنچر و Basal seat
 ب) عوامل عضلانی
 - عضلات بوکستیا تور، اوربیکولاراریس، عضلات داخلی و خارجی زبان

تفاوت‌های میان افراد دارای دندان طبیعی و مصنوعی:

- ۱- مکانیسم اتکای مخاط در مقابل پرئودنتالی
- ۲- حرکت دندانهای مصنوعی هنگام جویدن
- ۳- تغییرات پیشرونده در سطح فک بالا و پایین
- ۴- اختلاف در محرک‌های فیزیکی سیستم حسی - حرکتی

✓ رابطه‌ی میان پارافانکشن و تحلیل وسیع باقیمانده بررسی نشده است ولی فرض است که می‌توان پارافانکشن را عامل احتمالی مهمی که به تحلیل وسیع کمک می‌کند، دانست.

✓ شکایت از زخم شدن زبان، اغلب مربوط به عادات فشردن زبان به دندان مصنوعی می‌باشد.

✓ رشد و بازسازی اسکلت استخوانی در بزرگسالی نیز ادامه دارد و با بالا رفتن سن در افراد دندان‌دار ارتفاع صورت افزایش می‌یابد ولی در افراد بی‌دندان ارتفاع صورت کاهش می‌یابد.

✓ در افراد دارای دنچر، مقدار متوسط تحلیل قسمت قدامی مندیبل ۴ برابر تحلیل در زائیده‌ی ماگزایلا است.

تکنه: VDR همیشه ثابت نمی‌ماند و با گذشت زمان می‌تواند تغییر کند.
(شکل ۶-۱ A و B)

علت CR در دندانهای مصنوعی: اکلوژن دندانهای مصنوعی باید با نیروهای ناشی از بلع سازگار باشد تا از تماس اکلوژال ناهماهنگ که می‌تواند به نشستگاه آسیب وارد سازند جلوگیری شود.

✓ VDO بیشتر حاصل یکسری اطلاعات کلینیکی می‌باشد.

✓ عمل مضغ همراه با خیس کردن غذا موجب تسهیل بلع می‌شود به علاوه هضم کربوهیدرات تا ۶۰٪ در معده به علت آمیلاز بزاق است.

✓ کاهش کارایی مضغ تا ۲۵٪، هنوز هم برای هضم غذا کافی است.

✓ مضغ برای خوب حس کردن طعم غذا لازم است.

✓ الگوی حرکت مندیبل در فرد بی‌دندان دارای دنچر و با دندان طبیعی مشابه است.

✓ عمده‌ی عمل جویدن در منطقه‌ی پرمولر و مولر صورت می‌گیرد و طرف راست و چپ به اندازه هم مورد استفاده قرار می‌گیرد.

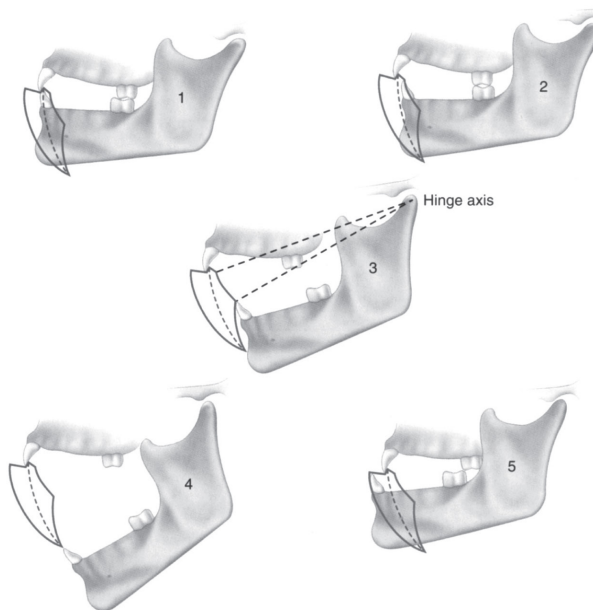
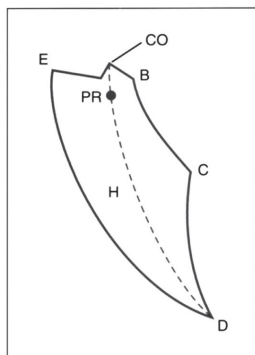
✓ موقعیت لقمه‌ی غذایی در طی مضغ بستگی به قوام غذا دارد، هرچه لقمه غذا سفت‌تر باشد فرد تمایل دارد از ناحیه پرمولر برای جویدن استفاده کند.

تکنه: علت اصلی شکایت بیماران دارای دنچر از آزردهی مخاط، clenching است.

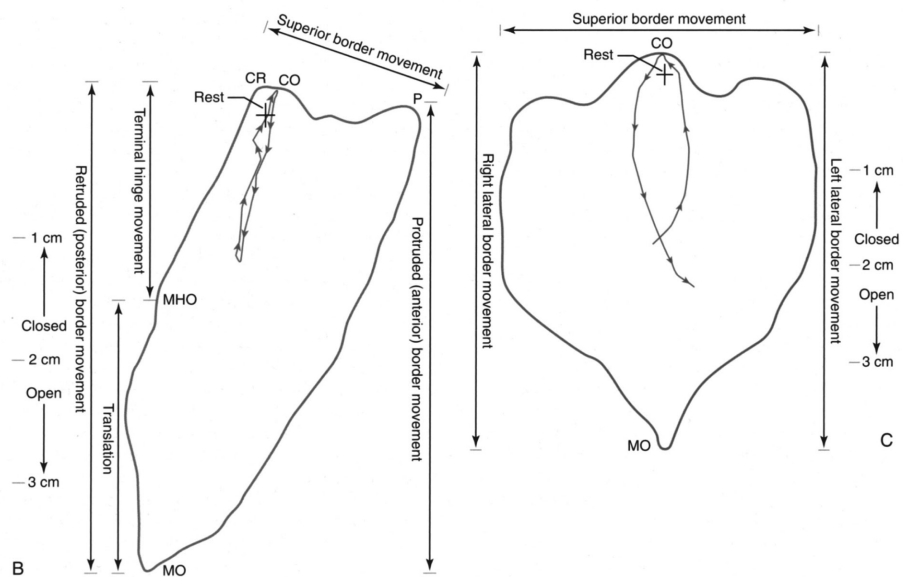
✓ در پارافانکشن، نیروها عمدتاً افقی و عمودی، طولانی و احتمالاً خیلی زیاد و هم در طول روز و هم در طول شب و در جویدن نیروها عمدتاً عمودی، منقطع و سبک و فقط در هنگام روز است.

✓ صرفنظر از شکل دندانها و آرایش آنها، فراوانی تماس بین دندانها در طرف غیر مضغی بیشتر از مضغی است.

✓ وقتی سطح مخاط بی‌حس می‌شود کنترل دنچرها، توسط فعالیت عضلانی کاهش می‌یابد.



A



(شکل ۱-۶ و A و B)

✓ امروزه افراد بی‌دندان با دو انتخاب مواجهند:

- پروتزهای معمولی کامل

- پروتزهای متکی بر ایمپلنت

پروتزهای متکی بر ایمپلنت بسیاری از مشکلات مربوط به

از دست دادن دندانها را تا حدودی جبران می‌کند.

✓ بلع رفلکسی در شکل‌گیری دندانهای طبیعی نقش مهمی دارد.

✓ بیماری دژنراتیو مفصل، بیش از آنکه بیماری واقعی باشد، نوعی فرآیند تدریجی است.

روشهای معالجه بیماران دژنراتیو مفصل عبارتند از:

۱- معالجه تقویتی و دارویی مناسب

۲- رعایت اصول صحیح پروتز دندانی (Soft-liner نیز

به عنوان یک راه مکمل می‌تواند استفاده شود)

۳- استراحت

TABLE 1-1 CALCULATION OF TOTAL TIME DURING 24 HOURS WHEN DIRECT FUNCTIONAL OCCLUSAL FORCE IS APPLIED TO THE PERIODONTAL TISSUES

Chewing	
Actual chewing time per meal	450 sec
Four meals per day	1800 sec
One chewing stroke per sec	1800 strokes
Duration of each stroke	0.3 sec
Total chewing forces per day	540 sec (9 min)
Swallowing	
<i>Meals</i>	
Duration of one deglutition	1 sec
During chewing, three deglutitions per min, one third with occlusal force	30 sec (0.5 min)
<i>Between Meals</i>	
Daytime: 25/hr (16 hr)	400 sec (6.6 min)
Nighttime: 10/hr (8 hr)	80 sec (1.3 min)
Total	1050 sec = 17.5 min

From Graf H: *Bruxism*, Dent Clin North Am 13(3):659-665, 1969.

تکنه: تغییرات مورفولوژی که در حالت بی‌دندانی روی می‌دهند.

۱- عمیق شدن شیار نازولیبال

۲- از دست دادن زاویه لیبودنتال

۳- کاهش زاویه لیبال افقی

۴- باریک شدن لب‌ها

۵- افزایش زاویه کولوملافلتروم

۶- ظاهر پروگناتیک

✓ کنترل ایده‌آل دست‌دندان نیازمند هماهنگی بین ایمپالس‌های تولید شده توسط الکترورسپتورها و پروپریورسپتورها است که به وسیله اندازه، شکل، وضعیت، فشار و تحرک پروتزها متأثر می‌شوند.

✓ **Habituation:** کاهش تدریجی پاسخ‌های داده شده به محرک‌های مداوم و یا مکرر

✓ عدم سازگاری بعضی بیماران با پروتز خود علی‌رغم کفایت مهارت‌های حرفه‌ای، تاکتیک‌ها و ملاحظات انسانی به آنها لقب بیماران ناسازگار داده می‌شود (maladaptive)

✓ کاهش وزن، افزایش سن و سایش شدید دندانی می‌تواند تغییرات صورتی مشابه از دست دادن دندانها ایجاد کند.

سلامت سیستمیک و ملاحظات تغذیه‌ای برای بیماران بی‌دندان

Box 2-1 Oral-Systemic Considerations That May Influence an Adaptive Prosthodontic Experience

1. Mucosal conditions
 - a. Vesiculoerosive
 - i. Oral lichen planus
 - ii. Erythema multiforme
 - iii. Mucous membrane pemphigoid/pemphigus
 - b. Systemic lupus erythematosus
 - c. Burning mouth syndrome
2. Oral movement disorders
3. Salivary dysfunction
 - a. Xerostomia/hyposalivation
 - b. Sjögren's syndrome
4. Diabetes
5. Nutrition

✓ شایعترین بیماریهای وزیکولواروزیو که مقاومت مخاط دهان را در برابر فشارهای مکانیکی دست دندان کاهش می‌دهد عبارتند از: لیکن پلان، پمفیگوئید (MMP) و اریتم مالتی فرم

✓ لیکن پلان و پمفیگوئید ماهیت اتوایمیون دارند و EM معمولاً یک عامل ویروسی یا باکتریایی دخیل است در مواردی درمان با استروئید کارساز است درمان این بیماران با پروتز کامل ضعیف‌ترین پروگنوز را دارد و پروتزهای ثابت متکی بر ایمپلنت در این بیماران ارجح است.

• لوپرس آریتما توز (SLE)

✓ در زنان بیشتر از مردان و جزء Type III واکنش‌های افزایش حساسیت می‌باشد (مثل EBV)
✓ با دوره‌هایی از فعالیت و عدم فعالیت همراه است (سایر سیستم‌ها نظیر پوست، خون، عضلانی - اسکلتی نیز درگیر می‌شود)

✓ شرایط التهاب زیر مخاط به همراه ضایعات اروزیو داخل دهانی بر بافت‌های ساپورت کننده‌ی دنچر، تحمیل می‌شود.

✓ درمان با ایمپلنت از اولویت برخوردار است و نیز باید توجه کرد که این بیماران از داروهای ضد انعقادی استفاده می‌کنند.



Box 2-2 Documented Possible Causes of Burning Mouth Syndrome

Local Factors

Mechanical irritation
Allergy
Infection
Oral habits and parafunctions
Myofascial pain

Systemic Factors

Vitamin deficiency
Iron deficiency anemia
Xerostomia
Menopause
Diabetes
Parkinson's disease
Medication

Psychogenic Factors

Depression
Anxiety
Psychosocial stressors

• سندرم سوزش دهان (BMS)

✓ به صورت کلینیکی و معمولاً براساس گفته‌های بیمار تشخیص داده می‌شود تا علائم پاتولوژیک
✓ بیماران و خصوصاً زنان یائسه یک احساس درد و سوزش در مخاط دهان دارند.
✓ زبان شایعترین محل هست ولی ممکن است در لبها، مخاط باکال و یا کف دهان هم بروز کند.
✓ BMS ممکن است در ارتباط با سندرم شوگرن یا درمانهای رادیوتراپی در ناحیه سرو گردن باشد اما بیشترین شیوع آن در ارتباط با درمانهای ضدافسردگی و داروهای است که جریان بزاق را تحت تأثیر قرار می‌دهند.

عوامل اتیولوژیک BMS:

- ۱- لوکال: کاندیدیازیس، زبان جغرافیایی، آلرژی به مواد دندان
- ۲- سیستمیک: کمبودهای تغذیه‌ای نظیر B_{۱۲}، آهن، عدم تعادل هورمونها، آنمی و دیابت
- ۳- سایکولوژیک: اضطراب و افسردگی
- ۴- نورونیک: اختلال در اعصاب محیطی و اختلال در سطح دوپامین

نکته: سوزش دهان ناشی از بیماریهای سیستمیک یا فاکتورهای موضعی را از BMS، از روی شیوع همراهی BMS با اختلالات احساسی (emotional) می‌توان افتراق داد.

✓ تغییرات بزاق BMS شامل خشکی دهان، افزایش ویسکوزیته و تغییرات چشایی

✓ درمان BMS معمولاً علامتی است اگر چه داروهای مختلف در دسترس است ولی آموزش و تشویق بیمار بهترین راه برای افزایش کیفیت زندگی بیمار است.

• اختلالات حرکتی دهان

✓ این اختلالات شامل هیپرکینتیک (براکسیم، دیستونی، دیسکنزیا) و یا هیپوکینتیک (مثل پارکینسون) که باعث کاهش توانایی در کنترل حرکات عضلات می‌شود.
✓ درد، کاهش فانکشن و دپرسیون هم ممکن است رخ دهد.
✓ بیماران با دیسکنزی دهانی ممکن است دیسکنزی سیستمیک هم داشته باشند مثل پارکینسون یا سندرم تورت یا هانتینگتون)
✓ ساخت پروتز متحرک در این بیماران باید با در نظر گرفتن محدودیتها و قابلیت تطابق این بیماران صورت بپذیرد.

• دیسفانکشن بزاقی

✓ بزاق نقش مهمی در سلامت و فانکشن دهان دارد.
✓ نقش بزاق
۱- آماده سازی برای مضغ و بلع
۲- نقش در حس چشایی و کمک به تکلم
۳- حفاظت از مخاط دهان در برابر خشک شدن، نفوذ میکروب و زخم شدن دارد.
۴- خاصیت لوبریکانت بزاق باعث تسهیل استفاده از دنچر می‌شود.

مناسب به وسیله یک پروتز کامل فانکشنال می‌توان تأثیر سینرژیک در تحریک غدد بزاقی ایجاد کرد که باعث افزایش لوبریکشن و محافظتاز مخاط دهان می‌شود در چنین شرایطی، با بازسازی پروتزی مناسب می‌تواند کمبود بزاق را نیز درمان کند.

• دیابت

✓ رتینوپاتی، نوروپاتی و نفروپاتی جزء عوارض این بیماری است
 ✓ اختلالات میکروواسکولار در دهان است شامل کمبود بزاق، موکوزیت، OLP و کاندیدیازیس می‌باشد، این بیماران پتانسیل ترسیمی ضعیفی دارند.
 ✓ دیابت کنترل‌نشده برای درمان پروتزی نیست
 ✓ موقعیت قراردادی ایمپلنت در بیماران دارای دیابت کنترل شده و سالم برابر است ولی کنترل نامناسب دیابت ریسک شکست ایمپلنت را افزایش می‌دهد.

• تغذیه و نقش شرایط دندانی در غذا خوردن

✓ سیستم دندانی سالم و دست نخورده لزوماً به معنای حفظ سلامت تغذیه‌ای نمی‌باشد.
 ✓ ناقص بودن فانکشن جویدن نمی‌تواند باعث از دست دادن تغذیه‌ای که اثرات فیزیولوژیک هم دارد، شود در نتیجه این موضوع که درمان بیماران بی‌دندان باعث بهبود وضعیت تغذیه‌ای آن‌ها می‌شود نمی‌تواند توجیه پذیر باشد.
 ✓ سوء تغذیه اتیولوژی مالتی فاکتوریال دارد و عواملی نظیر سن، وضعیت اقتصادی- اجتماعی سلامت کلی، سطح سواد بیمار در آن تأثیر دارد.
 ✓ بهبود توانایی جویدن باعث بهبود کیفیت زندگی بیمار می‌شود که موضوع اصلی درمانهای بیمار محور است.
 ✓ توانایی مضغ در دست دندان کامل ۲۰٪ شرایط بی‌دندانی است. که البته استفاده از پروتز متکی بر ایمپلنت به طور قابل توجهی فانکشن ماضغه را بهبود می‌بخشد.

• سندرم شوگرن

✓ شایعترین سندرم مرتبط با خشکی دهان است
 ✓ ۹۰٪ در زنان و معمولاً بین سنین ۵۰-۴۰ سالگی
 ✓ تشخیص براساس خشکی دهان و چشم (زروسومیا و زروفالمیا) و با یافتن ارتشاح لنفوسیتها به غدد بزاقی فرعی لب و وجود اتو آنتی بادی LA/SSB و RO/SSA تشخیص قطعی می‌شود.
 ✓ بزرگی مزمن یا دوره‌ای غدد بزاقی، درد و سوزش و خشکی و girth شدن چشمها افزایش پوسیدگی و ... از دیگر علائم می‌باشند.
 ✓ کاهش حس چشایی و بویایی، عضلات ضعیف، دردناک، درد مفصل، خشکی مجاری بینی و حلق، سرددها، مشکلات ماضغه، پوست خشک و راشها، زبان ترک خورده، یبوست، خشکی واژن
 ✓ تشخیص قطعی ممکن است ۵-۹ سال طول بکشد لذا باید به افرادی که جریان بزاقشان کاهش می‌یابد حساس باشیم و به پزشک مربوطه ارجاع بدهیم.
 ✓ الگوی «Ban-Aid» در ترمیم پوسیدگی‌ها مربوط به سندرم شوگرن است.

• افزایش بزاق / کاهش بزاق

✓ افزایش بزاق در ارتباط با بیماری پارکینسون، سندرم داون، اوتیسم، فلج مغزی و (ALS) Amyotrophic lateral sclerosis و نیز در اثر جایگذاری دنچر می‌تواند اتفاق بیافتد
 ✓ افزایش براساس نوع پارسیل یا کامل، بار اول یا چندین بار ربطی ندارد.
 ✓ کاهش بزاق و خشکی دهان همراه آن استفاده از پروتزهای متحرک را با مشکل مواجه می‌کنند کلاً بافت‌های خشک جهت ساپورت دنچر متحرک مناسب نیستند
 ✓ درمان ایمپلنت در موارد خشکی دهان پروگنوز بهتری دارد.

✓ البته با درمان پروتز مناسب و تأمین نیروی اکلوژالی

مواد معدنی تقویت شده‌اند.

✓ افرادی که نسبت به لاکتوز عدم تحمل دارند محصولات SOY مفید خواهد بود.

✓ افراد استفاده کننده از دنچر به هر دو مشکلات سیستمیک، دهانی و تغذیه‌ای مستعد هستند.

Box 2-3 Nutrition Guidelines for Patients Undergoing Removable Prosthodontic Treatment

- Eat a variety of foods.
- Build diet around complex carbohydrates (fruits, vegetables, whole grain breads, and enriched cereals).
- Eat at least five servings of fruits and vegetables daily.
- Select fish, poultry, lean meat, eggs, or dried peas and beans every day.
- Consume four servings of calcium-rich foods daily.
- Limit intake of bakery products high in fat and simple sugars.
- Limit intake of prepared and processed foods high in sodium and fat.
- Drink several glasses of water, juice, or milk daily.

Box 2-4 Risk Factors for Malnutrition in Patients with Dentures

- Eating less than two meals per day
- Difficulty chewing and swallowing
- Unplanned weight gain or loss of more than 10 lb in the last 6 months
- Undergoing chemotherapy or radiation therapy
- Alcohol or drug abuse
- Unable to shop for, cook for, or feed oneself
- Specific prosthodontically related determinants:
 - Oral lesions (glossitis, cheilosis, or lingual discomfort)
 - Loose denture or sore spots under denture
 - Severely resorbed mandible with consequent inability to wear lower denture

• ملاحظات تغذیه‌ای در بیماران تحت درمان پروتز قرار گرفته

✓ کیفیت رژیم غذایی بیماران استفاده کننده از دنچر با مشاوره‌ای تغذیه‌ای بهبود می‌یابد در نتیجه ارتباط طولانی مدت بین بیمار و دندانپزشک باید برقرار باشد.

✓ بیمار استفاده کننده از دنچر باید از تنوع غذایی برخوردار باشد.

• اگر بیمار شرایط زیر را داشته باشد باید توصیه‌ها و ارزیابی رژیمی در درمان بیمار گنجانده شود:

۱- سن بیشتر از ۷۵ سال

۲- در آمد کم

۳- ارتباط اجتماعی پایین

۴- از دست دادن وزن

۵- استفاده روزانه از دارو

۶- احتیاج به دریافت کمک جهت مراقبت‌های روزانه

• مراقبت‌های تغذیه‌ای برای بیماران استفاده کننده از دنچر:

۱- گرفتن تاریخچه‌ی تغذیه‌ای در طول دوره ۳ تا ۵ روزه

۲- ارزیابی رژیم غذایی و بررسی خطرات تغذیه‌ای

۳- تعلیم به بیمار در مورد رژیم غذایی که سلامت مخاط دهان و کل بدن را ساپورت می‌کند.

۴- راهنمایی بیمار برای ایجاد اهدافی که رژیم غذایی را بهبود می‌بخشد.

۵- Follow up بیمار به طوری که عادات غذایی جدید بیمار، حمایت شود.

✓ رژیم تغذیه‌ای برای بیمار استفاده کننده از دنچر شامل خوردن غذاهای پروتئینی، لبنی، میوه‌ها، سبزیجات، دانه و حبوبات و محدود کردن خوردن نمک، چربی و شکر.

✓ برای بیمارانی که نمی‌توانند نیازهای تغذیه‌ای را به طور کامل برطرف کنند مکمل‌های غذایی در دسترس است که از لحاظ کالری و پروتئین غنی بوده و با ویتامین‌ها و

بیمار مسن بی دندانی

✓ جمعیت جهانی با سرعت بی سابقه‌ای در حال مسن شدن است.

✓ در بعضی جاها به دلیل شیوع AIDS این روند افزایشی آهسته است.

✓ زنان اصولاً طول عمر بیشتری دارند.

✓ شیوع بی دندانی رو به کاهش است. امروزه حدود تا نیمی از جمعیت ۶۵ سال و بالاتر بی دندان هستند.

✓ مردان مسن نسبت به زنان مسن بیشتر متمایل هستند که دندان داشته باشند چون در زنان زشت دندانها باعث می شود که زودتر اقدام به کشیدن آنها بکنند.

✓ از دست داد دندان طبیعی در افراد کم درآمد بیشتر دیده می شود (۵۱٪) در مقایسه با افراد پردرآمد که از دست دادن دندان طبیعی جمعیت (۲۹٪) آنها است.

✓ کاهش بی دندانی در آمریکا در هر دهه ۱۰٪ بوده است. البته تعداد افراد بی دندان به طور خاص، افزایش نشان می دهد که به دلیل افزایش کلی افراد مسن است. علاوه بر این افراد با درآمد کم بیشتر مستعد از دست دادن دندان هستند.

✓ افراد مسن معمولاً قدرت تطابق ضعیفی به دنجرهای جدید دارند و به همین دلیل بندرت تمایل پیدا می کنند پروتز قدیمی خود را جایگزین کنند.

✓ خطر سرطان دهانی در بین استفاده کنندگان از دنجر و به خصوص آنهایی که الکل و سیگار مصرف می کنند بیشتر است.

● اثر سن بر دهان بدون دندان

الف) مخاط

۱- استوماتیت: به ویژه در مردان مسنی که از دخانیات یا



الکل استفاده می‌کنند.

۲- کانسر دهان یا ضایعات پیش سرطانی: به ویژه در شبه قاره هند و بخش‌های دیگر آسیا این مشکل در نژادهای آفریقایی مقیم آمریکا نسبت به سایر نژادهای این کشور بیشتر دیده می‌شود و پروگنوز آن هم بدتر است (علت آن بیشتر وضعیت اجتماعی-اقتصادی است تا ژن یا فرهنگ)

۳- تأثیر بیشتر کارسینوزن‌های خارجی (نیکوتین و الکل): به دلیل آتروفی، افزایش فیبرهای الاستین و کاهش Turn over سلول‌ها و از افزایش میتوز که خطر کانسر را بیشتر می‌کند.

(ب) استخوان

- تراکم استخوانی در میانسالی حداکثر میزان می‌باشد و در مردان بیشتر از زنان است و به تدریج با افزایش سن به دلیل (a) کاهش کارایی استئوبلاست‌ها (b) کاهش تولید استروژن و کاهش جذب روده‌ای کلسیم کاهش می‌یابد.

- Turn over و متابولیسم استخوان تحت تأثیر موارد زیر است:

۱- ورزش ۲- ژن ۳- هورمون ۴- تغذیه

- در میانسالی هم در زنان و هم مردان تحلیل استخوان از تشکیل آن جلو می‌افتد و فک‌ها نیز بیشتر متخلخل می‌شود عملی که مستقل از جنس است و بیشتر ناشی از تغییرات متابولیکی است نه تغییرات فانکشنال

- استئوپروز (کاهش استخوان تراکولار) بر دو نوع است: (Type I) Post menopausal: اغلب یک دهه یا بیشتر پس از یائسگی رخ می‌دهد و معمولاً با شکستگی استخوان لگن یا ساعد مشخص می‌شود. تحلیل ریح باقیمانده از تظاهرات این نوع است ولی رابطه‌ی این دو هنوز ثابت نشده است.

(Type II) Senile یا ایدیوپاتیک: در هر سنی و به میزان برابر مردان و زنان را می‌تواند درگیر کند، می‌تواند به علت هایپرپاراتیروئیدسم ایجاد شود.

نکته: درمان با استروژن و بی فسفونات با سایر درمانهای استئوپروز بر دانسیته‌ی فک مانند سایر استخوانها مؤثر است ولی میزان این اثر متفاوت است.

(ج) بزاق

- اعمال بزاق عبارتند از: لوبریکشن، بافرشیمیایی که نقش اصلی در راحتی و فانکشن دهان دارد دارا بودن الکترولیت‌ها، گلیکوپروتئین‌ها و آنزیمها که مخاط را لوبریکه وازتروما محافظت می‌کند. کمک در حس چشایی و کمک در گیر دنچر (توسط غدد فرعی کام)

- ارتباط کیفیت یا کمیت بزاق با سن دقیقاً مشخص نیست چون اغلب افراد مسن از داروهای متعددی استفاده می‌کنند که همگی می‌توانند موجب کاهش بزاق شود. اثرات جانبی داروها اغلب بر غدد تحت فکی بیشتر بوده و با تداخل داروها تشدید می‌شود. مشکلاتی نظیر سندرم شوگرن، مصرف الکل و دخانیات، استرس و افسردگی نیز می‌تواند تشریح بزاق را کاهش دهد.

عارضه جانبی داروهای دیجیتال، ضدافسردگی و آرام‌بخشها کاهش بزاق غدد فرعی کام است.

اثر کاهش مقدار بزاق در حس چشایی:

۱- احساس طعم فلزی یا شوری در غذا

۲- حساسیت به غذاهای ترش و تلخ

۳- کاهش حس شیرینی

راههای افزایش بزاق موکوسی از کام:

۱- نوشیدن ۲ لیوان آب

۲- جویدن شدید (آدامس)

۳- ورزش

۴- استفاده از استروژن یا پیلوکارپین

نکته: کاهش کیفیت بزاق از نظر بالینی خیلی واضح نیست و در موارد عدم تحمل دنچر و مصرف داروهای متعدد باید به آن مشکوک شد.

• حرکات فکی در سنین پیری

۱- آهسته بودن جویدن، عدم تغییر کل مدت سیکل

نکته: حس چشایی با اعصاب ۶ و ۹ و ۱۰ مغزی ادراک می‌شود و می‌تواند در اثر تومور ویروس (فلج Bell یا هریس زوستر) یا تروما (آسیب مجموعه یا شستشوی گوش) دچار اختلال شود. البته آسیب به یک قسمت چشایی با افزایش حساسیت در جای دیگر جبران می‌شود.

تغذیه:

– در مطالعه روی حیوانات رابطه‌ی بین تغذیه و طول عمر مشخص شده است، اما این قضیه در انسان ثابت نشده است. در افراد مسن به دلایلی مانند استرس‌های اجتماعی و اقتصادی، مصرف داروها با شرایط دندانی خطر ایجاد اختلالات تغذیه‌ای بیشتر است.

– سطوح اسکوربیک و رتینول پلاسما در افراد مسن بی دندان کنترل است و اثر آنها بر پوست و بینایی دیده می‌شود.

– تحقیقات ناکافی بودن کالری‌ها یا کلسیم و ضعیف بودن جذب ویتامین‌های (A و B و C) و مواد معدنی در افراد مسن

• اثر افزایش سن بر پوست

– افزایش سن می‌تواند موجب چین و چروک، Puffiness و پیگمانتاسیون شود البته تغییرات پوستی همگی نشانه‌ی دژنراسیون نیستند برای مثال:

۱- تعداد کمتر سلولهای لانگرهانس در پوست می‌تواند مانع پاسخ‌های ایمنولوژیکی، مطلوب شود.

۲- خالدار شدن (Mottling) پوست را در برابر نور خورشید حفاظت می‌کند.

۳- نمای چرمی در افراد مسنی که در مقابل آفتاب کار می‌کنند در اثر رشد و افزایش ضخامت اپیدرم با ملانوسیت‌های بزرگ ایجاد می‌شود. (Solar Lentigine)

۴- با از دست رفتن لایه‌های چربی و حل شدن کلاژن و الاستین با آنزیم‌ها، درم نازک شده و پوست چربی ایجاد می‌شود.

نکته: با افزایش سن، فرورفتگی و Pout لب بالا کم

جویدن، کوتاه شدن جابجایی عمودی فکین
۲- کاهش هماهنگی Chewing stroke برای بستن در MI

۳- کاهش هماهنگی حرکات و ضعف عضلانی
۴- ۵۰٪ کاهش تون عضلانی که باعث ضربه‌های کوتاه‌تر در جویدن و طولانی شدن زمان جویدن می‌شود.

– حرکات مندیبل تحت تأثیر ساقه‌های مغزی و پروپریوسپتورهای عضلات، مفاصل و مخاط می‌باشد.

با افزایش سن:

۱- عمل مرکزی ایمپاسهای عصبی، فعالیت فیبرهای عضله‌ی مخطط کند شده و توانایی تصمیم‌گیری کاهش می‌یابد.

۲- کاهش در تعداد واحدهای فانکشنال موکوز و فیبرهای سریع عضله

۳- کاهش در سطح مقطع عضلات ماستر و تریگوئید داخلی

– درد در بلع در برخی افراد مسن با قامت خمیده به علت رشد استئوفیت یا Spurs در قسمت فوقانی نخاع مجاور فارتکس اتفاق می‌افتد.

– تغییر قابل توجه در بلع گاهی به علت پاتوز مانند پارکینسون یا فلج رخ می‌دهد.

بویایی و چشایی

– رسپتور حس چشایی معمولاً همراه لامسه (Texture غذا) و بویایی ادراک می‌شود و هر طعم رسپتور خاص خود را دارد لذا گاهی تنها یک حس دچار اختلال می‌شود. با افزایش سن (به ویژه در آلزایمر) حس چشایی کاهش می‌یابد و تمایل به مصرف برخی طعم‌ها مثل شوری و شیرینی بیشتر می‌شود. البته در سنین پایین‌تر اختلال در حس چشایی باید کاملاً بررسی شود چون ممکن است نشانه‌ی عفونت دستگاه تنفس فوقانی یا اختلالات عصبی باشد.

شده و فیلتروم صاف می‌شود. شیارهای نازولیبیال عمیق می‌شود. و قسمت میانی صورت افت می‌کند. آتروفی چربی زیر جلدی و Buccal pad ها موجب گودی گونه می‌شود و به تدریج لب بالا بر دندانهای فک بالا افتادگی پیدا می‌کند (Cheiloptosis)

- Cheiloptosis با کاهش VD و در غیاب دندانها بیشتر نمایان می‌شود.

• اثر افزایش سن روی دندانها

- رنگ دندانهای طبیعی از هیوی زرد تا نارنجی تغییر می‌کند.
- تغییر کروما و گاهی هیو، ظاهر ناصاف و متمایل به قهوه‌ای دندانها در اثر از دست رفتن مینا و رنگ گرفتگی عاج اتفاق می‌افتد.
- داروها به ویژه آنهایی که فلزات سنگینی دارند باعث بیشتر شدن کروما می‌شوند.

• ملاحظات ظاهر افراد در سن بالا

- مرد مسن و جا افتاده نسبت به زن مقبول تر است و کمتر هم در طلب بهبود ظاهر خود است.

عوارض استفاده از پروتز کامل

- زنان مسن نسبت به ظاهر خود حساس ترند.

✓ عوامل دخیل در واکنشهای مخاطی:

۱- تحریکات مکانیکی دنچرها

۲- تجمع پلاک میکروبی بر روی دنچرها

۳- واکنشهای الرژیک نسبت به ترکیب مواد سازندهی دنچر

✓ تشکیل پلیکل باعث تغییر ترکیب شیمیایی سطحی مواد پروتزی می شود و در نتیجه تأثیر سطح پروتز در تجمع پلاک کم اهمیت می شود.

✓ عوامل موثر در تشکیل پلاک در سطح دنچر: خصوصیات سطح ماده پروتز، طرح پروتز، سلامت مخاط مجاور، ترکیب بزاق، سرعت ترشح بزاق، بهداشت دهان و عادات فرد در استفاده از دنچر بستگی دارد.

✓ کروژن گالوانیک در اثر حضور همزمان چند ماده در دهان ایجاد می شود و تغییرات پلاک میکروبی کوفاکتور این پدیده می باشند و عوارض آن عبارتند از: سندرم سوزش دهان لیکن پلان و اختلال در حس چشایی

✓ تحریک مکانیکی موجب افزایش نفوذپذیری مخاط به آلرژن ها می شود.

✓ Yeast ها می توانند از متیل متاکریلات به عنوان منبع کربن استفاده کنند و باعث تجزیه شیمیایی رزین دنچر شوند. (Box ۲-۴ و Box ۱-۴)

• Traumatic ulcers and cheek biting

✓ فلنج های بلند اگر تشخیص داده نشوند وریلیف نشوند زخم تروماتیک ایجاد می شود که اثر منفی روی ثبات و هارمونی اکلوزال دنچر خواهد داشت

✓ زخم تروماتیک یا Sore spots در عرض چند روز ظاهر می شود که با غشای نکروتیک خاکستری پوشیده شده که دارای هاله ی آماسی است این حالت عمدتاً در اثر فلنج های



✓ سپس در لابراتوار کست اصلی تهیه می شود و آکریل گذاری و پخت آکریل انجام می گیرد.

جلسه ی سوم:

✓ تحویل دنچر پخته شده

(شکلهای A-I شکل ۳-۲۳)

