مقایسه کلینیکی رادیوگرافی خارج دهانی همراه با فیلم معمولی پری ایپکال با روش داخل دهانی در تخمین طول کارکرد دندان های مول در اندودانتیکس

چکیده
مقایسه تخمین طول کارکرد کالک دندان برای آماده سازی و پوککردن کالک ریشه، یکی از مهم ترین مراحل در اندودانتیکس است. به طور معمول این تخمین با رادیوگرافی داخل دهان انجام می‌شود. این به منظور جلب اطمینان کافی در نحوه پرداخته به مدت مقرر برای پری‌پاره‌سازی است که در اینجا می‌توان به فیلم رادیوگرافی خارج دهانی اشاره کرد که این فیلم برای بیماران استفاده می‌شود. به کارگیری این تکنیک داخل دهانی توانسته و مقایسه کلینیکی آن به شکلی که در این مطالعه نشان داده شد که تخمین طول کارکرد دندان‌های مول به وسیله فیلم رادیوگرافی خارج دهانی تحقیقات داده شده، بهتر از استفاده از طریق عکس‌برداری XCP و اصولاً دو شیوه با روش داخل دهانی می‌تواند در تحقیقات این پروژه استفاده شود.

کلید واژه‌ها: پرکارگری دندان/ داخل دهان/ دندان‌های مول/ اندودانتیکس

مقدمه
پرکارگری دندان/ داخل دهان/ دندان‌های مول/ اندودانتیکس

Downloaded from journal.gums.ac.ir at 9:18 IRST on Sunday December 30th 2018
دکتر شیوا صادقی - دکتر فاطمه اسمی

فیلم معمولی برای ایبکال در خارج از دهان بیمار قرار داده می شود به گزارش آنها این روش برای هنگام تهیه فیلم های تشخیصی در بیمارانی که تحمل تغییرات فیلم با سنسور را در داخل دهان ندارند، ساده و مناسب است(7). بعلاوه از این تکنیک به رغم وجود رابدارم در محل دندان، که در تمام مراحل درمان اندودانتیک بکار می رود، می توان استفاده کرد. چون تاکنون هیچ مقایسه بالینی بین این تکنیک و روش داخل دهانی (برای ایبکال) برای تخمین طول کارکردی کاتالاها انجام نشده و از سوی دیگر تعداد بیمارانی که از تهیه فیلم در داخل دهان عاجزند از این مورد ضرورت می یابد.

مواد و روش‌ها

1- نحوه انتخاب نمونه‌ها:

به طور تصادفی از 33 دندان مولار بالا و پایین بیماران بر روی دندان لوله با آگاهی کامل و گرفتن رضایت نامه کنی به پروار درمان رشته مراجعه کرده بودند. رابدارگری نهایی شد. بیماران به پوشش سریع مجهز شدند اما به دلیل موجود نبودن گردنبند سریع، اتوماتیک و ناهنجاری تخصصی دوره‌ای شود. سپس تیوب اشعه X را در ارتفاع حلقه تغییرشد. سپس تیوب اشعه xcp گذاشت و به روش موثر رابدارگری شد.

2- نحوه رابدارگری خارج دهان:

بر اساس مطالعه آزمایشی (Pilot) مدیت تابش اشعه در 70 kVp و اختلاف پتانسیل در نظر گرفته شد. سپس فیلم را در خارج از دهان قرار داده و سپس قبل از شانه. سپس تابش که برای تهیه رابدارگری از فک پایین بیمار، در حالت نشسته و سر کاملاً عریض، دهان بیمار را تا چشمه های قابل با دندان‌های مقابل داخل داشتند با کرده و فیلم را با رول پنه روز صورت بیمار به گونه‌ای قرار دادیم که
لبه فوتوانی فیلم کمی بالاتر از سطح اکلوزن دندان‌ها قرار گرفت و نسبت به دندان مورد نظر کمی مزیاتی باشد. سپس تیپ را با زاویه عمودی متوسط ۱۵-۲۰ درجه‌ای ۷۵ درجه و زاویه افقی ۳۰ درجه‌ای تنظیم کردم به نحوی که بردار تحقیق تیپ به فاصله دو انگشت بالین نر از زاویه سندرم قرار می‌گرفت (تصویر ۱).

برای تیپ تهیه، تصویر از مولدهای فک بالا نیز سر بهمراه عموردی بر سطح افقی قرار دادم (Up right position) و به‌شکل عمودی از دو نظر خوراکی که به دهان را تا آخرین حد ممکن با کند. فیلم را پیدا کردم پنجه روی گونه بیمار طوری قرار دادم که پرده فوقانی فیلم در امتیاز قوس گونه اندکی مزیل باشد از بیمار خواستم که فیلم را با انگشت خود نگهدارد تیپ با زاویه عمودی مبنای ۱۵-۱۰ درجه تهیه نمی‌کند به نحوی که بردار تحت‌اندازه تیپ در امتیاز و کمپین‌تر از بردار تحت‌اندازه متدل قرار گیرد و اشعه به راحتی از فضایی بین دو فک عبور کند (تصویر ۲).

تصویر ۲: طرز تهیه رادیوگرافی خارج دهانی در فک بالا

نتایج

در روش رادیوگرافی داخل دهانی، بین قرانه‌های اول و دوم طول کار کردند. تمام رشد‌های دهان‌های مولار بالا و پاپس در هر دو فاصله تیپ می‌شود مدتی از ایکس رادیوگرافی مثبت‌گی می‌شود (پیوسته به) (P<0.01)

در روش رادیوگرافی خارج دهانی نیز به صورت مشابه به جز در رشد دپلاست هالاز می‌پردازند (P<0.01) و

فیلم‌ها در شرایط پکسی در تاریخ‌خانه دستی با استفاده از مواد ظهور و ثبوت تازه آماده شدند. برای تهیه محلول ظهور Industries Co. طبق دستور کارخانه‌سازی انگلیسی از نسبت ۱ آب خالص به محلول ظهور و برای تهیه محلول ثبوت از نسبت ۱ آب

مجله دندکشی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان؛ دوره شانزدهم، شماره ۱، بهار ۱۳۸۶

۱۷
پژوهش در تامین ریشه‌ها به جز ریشه‌های بالاتر و
میزان مقایسه تخمین طول کارکرد ریشه‌ها در فاصله
نیم و یک میلی‌متری از ایکس رادیوگرافی در دو

جدول 1: میزان تخمین طول کارکرد دندانی دندان‌های مولار در دو روش گرافی داخ و خارج دهان در فاصله یک میلی‌متری از آیکس

<table>
<thead>
<tr>
<th>P Value</th>
<th>میزان طول کارکرد در روش داخل دهان (SD)</th>
<th>میزان طول کارکرد در روش خارج دهان (SD)</th>
<th>نام ریشه</th>
<th>دندان‌های مولار</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>NS</td>
<td>0.627</td>
<td>0.627</td>
<td>مزیوبکال</td>
<td>فوکانی</td>
</tr>
<tr>
<td>NS</td>
<td>0.627</td>
<td>0.627</td>
<td>مزیوبکال</td>
<td>پالاتال</td>
</tr>
<tr>
<td>NS</td>
<td>0.627</td>
<td>0.627</td>
<td>مزیوبکال</td>
<td>تحقنی</td>
</tr>
<tr>
<td>NS</td>
<td>0.627</td>
<td>0.627</td>
<td>مزیوبکال</td>
<td>دیستنال</td>
</tr>
</tbody>
</table>

جدول 2: میزان تخمین طول کارکرد دندان‌های مولار در دو روش گرافی داخل و خارج دهان در فاصله یک میلی‌متری از آیکس

<table>
<thead>
<tr>
<th>P Value</th>
<th>میزان طول کارکرد در روش داخل دهان (SD)</th>
<th>میزان طول کارکرد در روش خارج دهان (SD)</th>
<th>نام ریشه</th>
<th>دندان‌های مولار</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>NS</td>
<td>0.627</td>
<td>0.627</td>
<td>مزیوبکال</td>
<td>فوکانی</td>
</tr>
<tr>
<td>NS</td>
<td>0.627</td>
<td>0.627</td>
<td>مزیوبکال</td>
<td>پالاتال</td>
</tr>
<tr>
<td>NS</td>
<td>0.627</td>
<td>0.627</td>
<td>مزیوبکال</td>
<td>تحقنی</td>
</tr>
<tr>
<td>NS</td>
<td>0.627</td>
<td>0.627</td>
<td>مزیوبکال</td>
<td>دیستنال</td>
</tr>
</tbody>
</table>

پژوهش در منطقه 69 کانال دندان‌های مولار با دو روش رادیوگرافی داخل و خارج دهان برای تخمین طول کارکرد دندان بررسی شد که 33/3٪ آنها مربوط به دندان‌های مولار فوکانی و 40/6٪ مربوط به دندان‌های مولار پالاتال بودند. طول کارکرد دندان در دو فاصله یک و یک میلی‌متری از ایکس رادیوگرافی تخمین زده شد و در هر ریشه هر رادیوگرافی دو پارامتر توسط یک فرد قرنطین کننده اختلاف بین بسته‌بندی تخمین می‌شود. تعیین میزان آن با روشنایی در نظر گرفته شد.

بهن و تابعه گیری

در این مطالعه 99 کانال دندان‌های مولار با دو روش رادیوگرافی داخل و خارج دهان برای تخمین طول کارکرد دندان بررسی شد که 33/3٪ آنها مربوط به دندان‌های مولار فوکانی و 40/6٪ مربوط به دندان‌های مولار پالاتال بودند. طول کارکرد دندان در دو فاصله یک و یک میلی‌متری از ایکس رادیوگرافی تخمین زده شد و در هر ریشه هر رادیوگرافی دو پارامتر توسط یک فرد قرنطین کننده اختلاف بین بسته‌بندی تخمین می‌شود. تعیین میزان آن با روشنایی در نظر گرفته شد.

در روش رادیوگرافی داخل دهان، تا قرنطین دو عدد قرارن بین حداقل 0.100٪ (ریش پالاتال) و بالا در دو فاصله یک و یک میلی‌متری، و حداقل 0.800٪ (ریش مزیوبکال) در فاصله یک میلی‌متری متفاوت شد.

در روش رادیوگرافی خارج دهان، تا قرنطین دو عدد قرارن بین حداقل 0.900٪ (ریش دیستنال) و بالا در دو فاصله یک و یک میلی‌متری، و حداقل 0.500٪ (ریش مزیوبکال) در فاصله یک میلی‌متری متفاوت شد.

توافق در تخمین طول کارکرد در دو روش بین قرنطین های اول و دوم به حداقل 0.250٪ (ریش پالاتال در فاصله یک میلی‌متری) و حداقل 0.500٪ (ریش دیستنال) در فاصله یک میلی‌متری متفاوت بود.

مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان/ دوره شانزدهم/ شماره ۹۱/ بهار ۱۳۸۶
مقایسه کلینیکی رادیوگرافی خارج دهانی همزمان با فیلم معمولی پری اپیکال با روش داخل دهانی...

نیم و یک میلی متری از اپکس رادیوگرافی در روش داخل دهانی همخوانی با همبستگی وجود داشته که تکنیک داخل دهانی در عین برخوردی از تکنیک مسیر رادیوگرافی است که بررسی درصد توافت‌های بین دو قرنطینه حداقل آنها در روش‌های مزیب‌کاندن‌های مولری فوتی در فاصله بین میلی‌متری از اپکس رادیوگرافی دندان‌های در قرنطین رادیوگرافی‌ها میده. در این روش چون بود همخوانی فقط در یک رشته وجود داشته، نشانگر آنست که احتیاط‌های اپکس ریشه در رادیوگرافی کامل و واضح بود و در تجربه ۸۰ قرنطینه نتوانسته است آن را بیان‌سازد. در روش خارج دهانی از تعداد ۱۳ مولری فقط در ۵ مورد آپکس ریشه پالاتال در رادیوگرافی‌های دیده می‌شود که نشانگر آنست که انجام این تکنیک برای مولرهای بالا دشوارتر بوده و نیاز به تجربه بیشتر دارد.

نتیجه گیری توافق. انتقال ملاحظه‌نویسی بین دو قرنطینه در روش خارج دهانی به نسبت داخل دهانی است که برای بیاننده علائم بیماری بررسی نیست. این مسئله به صورت آماری با فرض نقص، ضریب اطمینان بیشتری برای این روش توصیه‌برداری بدست آید. یکی از بودن این درصد توافت‌های موجود مطرح کننده ۳ احتمال باشد: ۱- بودن بیان‌ساز دقت روش خارج دهانی به نسبت داخل دهانی، ۲- تجربه ناکافی در روش خارج دهانی و ۳- تبیه ابتدایی از روش رادیوگرافی داخل دهانی برای نوع خارج دهانی.

در مجموع به حریز پالاتال و دست‌بکار مولرهای بالا. بین مقدار تخمین طول کارکرد ریشه‌های دندان‌های مولری در روش رادیوگرافی...


Clinical Comparison between Extra Oral Radiography

Technique with Conventional Periapical Film and Intra Oral

Method on Working Length Estimation in Molars Teeth in

Endodontics

Sadeghi Sh. (DMD, MSD), Esmi F. (DDS)

Abstract

Introduction: Working length estimation is one of the important factors for biochemical preparation and obturation of root canal system. Some patients were unable to film toleration (in intra oral technique) or were Sensitive in (digital radiographic technique).

Objective: The goal of this study was comparison kind of extra oral radiographic technique (that Conventional P.A Film was out of mouth) for patient who were unable in film toleration in intraoral technique with intraoral method in estimation of working length of molar teeth in endodontics.

Materials and Methods: In this descriptive cross sectional study, two images with conventional P.A film were provided from 33 volunteer patients that their molars teeth followed by RCT and were in primary file step. First image was taken by intra oral method and parallel technique, (XCP) second image was taken by extra oral method. Then, length of canal was estimated, twice in 0.5 and 1 mm from the radiographic apex, randomize by an endodontist in two weeks period. Data was analyzed with SPSS statistical software and Pearson correlation test was send to compare two variables effect on working length Estimation in molar teeth.

Results: As the results, working length estimation of molar teeth in both extra and intra oral radiographic method was correlated (p<0.001, r>0.59). Also agreement percentage of working length estimation were different in both intra and extra oral radiographic method (at least 25% in palatal root from 0.5 mm to apex up to 75% distal root from 1mm to apex).

Conclusion: Extra oral radiographic technique with conventional periapical film could be effective in patients who were unable to tolerate or sensitive to film.

Key words: Molar/ Radiography, Dental/ Root canal therapy