

گزارش یک مورد قالبگیری قطعه‌ای جهت بیمار با محدودیت در

بازکردن دهان

دکتر یوسف جهاننده*

* استادیار رشته پروتزهای دندانی - دانشکده دندانپزشکی - دانشگاه علوم پزشکی گیلان

چکیده

مقدمه: ساخت پروتزهای دندانی جهت بیماران با محدودیت در بازکردن دهان از مدت‌ها قبل برای دندانپزشکان کاری سخت و در بعضی مواقع غیرممکن بود. این بیماران بنا به دلایل مختلفی دچار این مشکل می‌شوند که شامل اسکلوودرما، سوختگی، جراحی ضایعات بدخیم صورت یا به شکلهای مادرزادی میباشد.

معرفی بیمار: در این مقاله بیماری که به علت سوختگی در ناحیه صورت دچار محدودیت در بازکردن دهان شده معرفی شده که توسط تکنیک قالبگیری قطعه‌ای، پروتز متحرک پارسیل کرم کبالت بالا و پایین برای بیمار ساخته شد.

روش کار به این شکل میباشد که ابتدا توسط ماده قالبگیری سیلیکونی تراکمی قالب اولیه تهیه شده و کست اولیه توسط گچ پلاستر ریخته میشود. سپس بر روی کست دوعدد تری قطعه‌ای اختصاص از جنس آکریل سرما سخت در دو طرف کست ساخته میشود و توسط هر کدام به تنهایی قالبگیری نهایی توسط ماده رابریس انجام میشود، سپس قالب اول را با گچ استون ریخته و بعد از سخت شدن خارج نموده تریم می‌کنیم. و کست تریم شده را داخل قالب دوم سمت مقابل گذاشته و مجدداً گچ استون ریخته میشود و دو نیمه گچ به یکدیگر متصل میشوند و کست نهایی آماده ساخت پروتز نهایی میشود.

نتیجه گیری نهایی: در انتها چنانچه بیمار قادر باشد که پروتز ساخته شده را در دهان بدون هیچگونه مشکلی استفاده نماید در حقیقت ما به هدف خودمان رسیده ایم.

کلید واژه ها: تری قطعه‌ای / محدودیت در بازکردن دهان / پروتز پارسیل متحرک کرم کبالت

مقدمه

که در اثر سوختگی صورت یا در اثر تصادفات دچار جراحات صورت شده اند یا به علت بدشکلیهای مادرزادی، عامل باز شدن دهان به علت ایجاد بافت سختی است به نام اسکار که در حقیقت یک نوع تغییر فیبروتیک در عضله میباشد. چنانچه اسکار در اثر سوختگی در صورت و گردن باشد باعث کشش عضلات به سمت پائین بخصوص در نواحی لب پائین و کناره های دهان می‌شود،

ساخت پروتزهای دندانی جهت بیماران با محدودیت در بازکردن دهان (میکروستومیا) از مدت‌ها قبل برای دندانپزشکان کاری سخت و در بعضی مواقع غیرممکن بوده است. بیماران که قادر نیستند دهانشان را به اندازه طبیعی باز کنند، بنا به دلایل مختلفی دچار این مشکل می‌شوند که عبارتند از بیمارانی که به علت برداشتن ضایعات بدخیم صورت دچار زخم شده اند، بیماران اسکلوودرما یا کسانی

جهت وصل کردن دو تکه تری اولیه به هم ارائه می‌دهد که پیشنهاد می‌نماید این تکنیک جهت فک مندیبولار بسیار مطلوب است اما جهت فک ماگزینا یکسری مشکلاتی را بوجود می‌آورد. Arcuri (۷) و همکاران یک تری قالبگیری قطعه‌ای جهت ساخت فک ماگزینا در بیماران با دندانانی را توضیح می‌دهد که در این نوع متد قالبگیری مقدماتی توسط تزریق ماده قالبگیری غیر قابل برگشت به داخل وستیبول فک بالا استفاده از بزرگترین تری قابل استفاده انجام شد. Moghadam, B.K (۸) نیز جهت قالبگیری مقدماتی در اینگونه بیماران تکنیکی را توضیح می‌دهد که در آن از تری‌های اولیه قالبگیری استفاده می‌نماید، بدین ترتیب که این تری‌ها را از وسط برش داده و از هر تری بطور جداگانه قالبگیری از فک به عمل می‌آورد و در میز لابراتوار قالبها را به هم مرتبط می‌نماید که البته مؤلف پیشنهاد می‌نماید این تکنیک جهت فک مندیبولار اشکالاتی را ایجاد می‌نماید. مقاله حاضر گزارش مورد یک بیمار با محدودیت باز کردن دهان به علت سوختگی صورت و تشکیل بافت اسکار در نواحی دور لب بوده که توسط تکنیک قالبگیری قطعه‌ای برای بیمار پروتز متحرک پارسیل کرم کبالت بالا و پایین ساخته شد.

معرفی بیمار

بیمار ۵۷ ساله که دچار سوختگی شدید توسط آب گرم در دوران بچگی در ناحیه صورت بخصوص نواحی سمت چپ شده و طی چندین مرحله درمان جراحی، متأسفانه به علت تشکیل بافت اسکار اطراف دهان دچار

همچنین عضله اوربیکولایزیس اوریس را به صورت حلقوی دچار انقباض می‌کند که عامل مهمی در باز نشدن دهان می‌باشد (۱). جهت درمان میکروستومیا از جراحی پلاستیک که شامل میکروسرجری است استفاده می‌شود. اما جراحی تنها درمان اینگونه بیماران نیست بلکه توسط وسایل خاص پروتزی نیز می‌توان به درمان آنها پرداخت، از جمله این وسایل ساخت یک اسپلینت برای تحت کشش قراردادن گوشه‌های دهان و عضلات فیروتیک می‌باشد که توسط Khan & Banis ارائه شده است که به عنوان پروتز منبسط کننده گوشه دهان از آن نام می‌برد که بنا به اظهارات نویسنده می‌تواند باعث باز شدن دهان بین ۲۵ تا ۳۰ میلی‌متر شود (۲). همچنین جهت کاهش میزان شدت میکروستومیا وسیله‌ای را Koumjian & Firtell ارائه دادند که توسط آن گوشه‌های دهان از هر دو طرف تحت فشار قرار می‌گیرد که شبیه هدگیرهای ارتودنسی می‌باشد (۳). جهت بیماران بی دندان کامل با مشکل میکروستومیا درمانهای مختلفی در مقالات به چشم می‌خورد که از آن جمله Laney یک تکنیک قالبگیری مقدماتی برای بیماران بی دندانانی جهت ریج ماگزیناری عنوان می‌کنند که در آن از ماده قالبگیری کامپانه استفاده می‌شود (۴). همچنین افرادی مثل Wahle (۵) و aylor & Manor (۶) هر کدام تکنیکهای خاصی را برای درمان بیماران بی‌دندانی کامل جهت ساخت پروتز کامل متحرک ارائه داده‌اند. جهت درمان بیماران بی‌دندانی و ساخت پروتز پارسیل متحرک نیز مقالاتی به چاپ رسیده که از آن جمله Luebke تکنیکی با استفاده از لگو (Lego) را

محدودیت در باز کردن دهان بوده به طوری که حداکثر میزان بازشدگی دهان حدود ۲۰ میلیمتر میباشد (شکل ۱). جهت درمان این بیمار به علت غیر قابل استفاده بودن تری‌های عادی (stock) ابتدا از ماده قالبگیری سیلیکونی قالب گرفته شده توسط گچ دندانپزشکی از نوع پلاستر ریخته می‌شود. بعد از سخت شدن گچ، قالب را خارج نموده و کست اولیه آماده می‌شود. سپس بر روی این کست دو عدد تری اختصاص قطعه‌ای از جنس آکریل سرماسخت ساخته می‌شود (شکل ۲ و ۳) باید دقت شود که دو تری حداقل در یک دندان با یکدیگر فصل مشترک داشته باشند.

پس از ساخت تری قطعه‌ای هر کدام به تنهایی بردرمولدینگ شده و قالبگیری نهایی توسط ماده قالبگیری رابریس انجام می‌شود. سپس ابتدا قالب نهایی اول توسط گچ دندانپزشکی از نوع استون ریخته می‌شود، بعد از سخت شدن گچ، کست را از قالب در می‌آوریم و لبه‌های آن را تریم می‌کنیم. در محل اشتراک این کست با قالب دیگر سعی می‌شود سطح تماس را بیشتر نمود و یکسری

از نوع تراکمی (پوتی) از دهان بیمار قالب اولیه گرفته می‌شود. این مواد به علت خاصیت ارتجاعی به راحتی از دهان خارج می‌شوند. می‌توان جهت رفع نقایص، قالب مورد نظر را توسط عمل Wash دقیقتر نمود.

شیار جهت گیر بیشتر ایجاد نمود. کست تریم شده را در داخل قالب نهایی دوم در نقاط آناتومیکی مشخص مثل دندانهای مجاور به عنوان راهنما قرار می‌دهیم (شکل ۴). سعی شود کاملاً کست در داخل قالب دارای ثبات باشد، سپس گچ بعدی را ریخته و صبر می‌کنیم تا سخت شود (شکل ۵)، بعد از این مرحله تری قطعه‌ای را خارج نموده و کست نهایی جهت ساخت پروتزپارسیل متحرک آماده می‌باشد.

پس از آماده شدن کست نهایی بقیه مراحل لابراتوری دقیقاً همانند روش معمول جهت بیماران نرمال بوده و هیچگونه تفاوتی وجود ندارد. در نهایت پس از واکس آپ و ریختگی، فریم پارسیل در دهان بیمار امتحان شده و پس از چیدن دندانها و پخت آکریل، پروتز پارسیل کرم کبالت تحویل بیمار می‌گردد (شکل ۶).

بحث و نتیجه گیری

ساخت تری های قطعه‌ای و قالبگیری از بیماران بی دندانی کامل به علت اینکه به راحتی می‌توان قالب مورد نظر را در داخل دهان به دو قطعه مجزا تقسیم نموده و مجدداً در میز لابراتوار به هم متصل نمود ، بسیار راحتتر از بیماران با دندان پارسیل میباشند که به علت نوع قالب گرفته شده در هرکدام از این بیماران است ، چون ماده قالبگیری جهت

بیماران بادندانی حتماً باید از نوع قابل ارتجاع رابریس باشد که جداکردن آن در داخل دهان کاری غیر ممکن است. لذا جهت این بیماران می‌بایستی دقت بیشتری بعمل آورد. با کوچکترین تغییر موقعیت بین کست اول و قالب دوم دقت عمل از بین رفته و نمی‌توان پروتز نهائی را ساخت، به همین علت Luebke (۷) که از تکنیک لگو (Lego) و تری می‌شود و علیرغم این موضوع تکنیک ارائه شده در این مقاله نیز در فک ماگزایلا بسیار راحت تر و با دقت بیشتری انجام می‌شود. که علتش فراهم بودن حمایت کافی تری توسط قسمت کام در قالب می‌باشد و کست نیمه اول در قالب دوم با ثبات بیشتری در محل خود قرار می‌گیرد.

در انتها چنانچه بیماری قادر باشد که پروتز ساخته شده را در دهان بدون هیچگونه مشکلی استفاده نماید و از دهان خود خارج نماید، در حقیقت ما به هدف خودمان رسیده‌ایم. پروتز ساخته شده باید قابل ریلاین کردن و باز سازی مجدد باشد.

عادی استفاده نمود. عنوان می‌کند که این تکنیک برای فک مندیبولار مفید می‌باشد و جهت فک ماگزایلا قابل اجرا، نیست. اما Moghadam (۹) تکنیکی را ارائه می‌دهد که جهت فک ماگزایلا مطلوب تر است در این تکنیک چون از تری های عادی (Stock) جهت قالبگیری اولیه استفاده میشود، برای فک پائین با وجود سطح اتکاء کم تکنیک جالبی نبوده و ساخت کست را دچار مشکل می‌کند. اما تکنیکی که در این مقاله بکار میرود به علت استفاده از تری قابل ارتجاعی سیلیکونی از فک پائین نیز می‌توان براحتی قالب گرفت و تری اختصاصی تکه‌ای ساخته

منابع

1. Edlich RF. Burns of the Head and Neck. *Otolaryngol Clin North Am* 1984; 17: 361-5.
2. Khan Z, Banis JC. Oral Commissure Expansion Prosthesis. *JPD* 1992;67(3): 388-95.
3. Koumjian JH, Fritell DN. A Prosthesis to Control Microstomia. *JPD* 1990; 64(4): 502-3.
4. Laney RW. *Diagnosis and Treatment In Prosthodontics*. Philadelphia: Leag and Febiger, 1983: 534.
5. Wahle J J. The Mandibular Swing Lock Complet Denture for Patients with Microstomia. *JPD* 1992; 683): 523-7.
6. Naylor WP, Manor RC. Fabrication of a Flexible Prosthesis for the Edentulous Scleroderma Patient with Microstomia. *J P D* 1983; 5(4) : 536 – 8.
7. Lubeke RJ. Sectional Impression Tray for Patients with Constricted Oral Opening . *JPD*1984; 52(1): 135-7.
8. Arcuri MR, Eike L, Deets K. Maxillary Sectional Impression Tray

Technique for Microstomia Patients.
Quintessence Dent Techno 1986; 10:
627-9.

9. Moghadam BK. Preliminary
Impression In Patients with Microstomia.
JPD 1992; 67 (1): 23- 5.

Sectional Impression for Patients with Microstomia

Jahandideh Y.

Abstract

Introduction: The Fabrication of dental prostheses for patients with Microstomia has been a problem for dentists for a long time. Microstomia often seen in patients who suffer from Scleroderma, burns, surgical removal of malignant lesions or congenital deformities.

Patient's Profile: This article describes a patient whose face was burned by hot water and it causes Microstomia. Partial removable prosthesis upper and lower by sectional Impertion technique was made for this patient. Initially, an impression of the mouth with conventional silicon, pour thin impression with dental Placter and at the end diagnostic cast was made, two sectional tray separately with acryl Cold cure, then was made the first final Impression with silicon rubber based.

This impression Poured and separate the cast from the impression when the stone has set then second final impression was made, position the Cast made from the first impression in this impression, pour impression containing the Cast in dental Stone. Separate the cost from the impression after the stone has set. The Completed cast was prepared.

Conclusion: If the patient will be comfort with this prosthesis we achieve to our aim.

Key word: Sectional tray/ Microstomia/ Removable partial prosthesis