

تنوع کانالی در دندان های مولر اول و دوم فك پایین در شهر
اصفهانمحسن هاشمینی*، حسین اصغرتبار افروزی¹

* دکتر سید محسن هاشمینی

(استادیار)، گروه
اندودنتیکس، دانشکده
دندان پزشکی، دانشگاه
علوم پزشکی اصفهان،
خیابان هزارجریب،
اصفهان.

hasheminia@dnt.mui.ac.ir

1: دندان پزشك.

این مقاله در تاریخ
84/4/27 به دفتر جله
رسیده، در تاریخ
85/3/10 اصلاح شده و در
تاریخ 85/5/30 تأیید
گردیده است.جمله دانشکده دندان پزشکی
اصفهان

1385؛ 2 (2): 46 تا 47

هدف اصلی در درمان ریشه ، تمیز نمودن بیومکانیکی
حفره پالپ و مجرای ریشه و آماده نمودن این فضا
برای پذیرش مواد پرکننده ، و به دنبال آن ،
ایجاد سیل کامل ناحیه آپیکال و کرونال در سه
بعد، به منظور قطع ارتباط فضاي داخلی دندان
با نسوج اطراف آن می باشد. بنابراین، عدم
آگاهی از آناتومی و فرم کانال می تواند موجب
بروز اشتباهاتی در تشخیص و طرح درمان گردیده
و کل فرایند درمان را با شکست مواجه نماید . به
علاوه، چون دو بعدی بودن رادیوگرافی، که به
عنوان یکی از ابزارهای تشخیصی در اعمال
اندودنتیک استفاده می شود، دارای محدودیت هایی
می باشد، داشتن آمارهای صحیح از تعداد و اشکال
مختلف کانال های ریشه و درصد احتمال حضور
کانال های اضافی می تواند باعث موفقیت بالاتر
درمان ریشه گردد [1 تا 3].

برای انجام این مطالعه توصیفی - تحلیلی، تعداد
160 دندان مولر اول و دوم فك پایین کشیده شده ،
به صورت نمونه گیری آسان از مراکز درمانی و
مطب های شهر اصفهان بدون در نظر گرفتن سن و جنس
جمع آوری گردید . پس از ایجاد حفره دسترسی مناسب،
کانال دندان ها توسط جوهر هندی رنگ آمیزی و سپس
توسط اسید نیتريك 10 درصد دکلسیفیه شد . در
مرحله بعد، دندان ها دهیدراته و سپس توسط متیل
سالیسیلات شفاف گردید . نهایتاً، دندان ها برای
تعیین تعداد ریشه و نوع فرم کانال در هر ریشه
براساس طبقه بندی Weine مورد مطالعه قرار گرفت .
به علاوه، دندان های مولر اول به روش تهیه مقطع
عرضی نیز، فرم کانال آنها بررسی شد [2 و 4].
از تعداد 80 دندان مولر اول مورد بررسی ، 79
دندان (98/75 درصد) دو ریشه ای و يك دندان
(1/25 درصد) سه ریشه ای بودند . بررسی تعداد
کانال ها نشان داد که 5 دندان (6/25 درصد) دو
کاناله، 51 دندان (63/75 درصد) سه کاناله و
24 دندان (30 درصد) چهار کاناله بودند (جدول
1).

کاناله، 2 دندان (2/5 درصد) چهار کاناله و 8 دندان (6/25 درصد) به فرم C-shaped بودند (جدول 1).

لازم به ذکر است که از 8 دندان تک ریشه ای 5 دندان (6/25 درصد) به فرم C-shaped و 3 دندان تک ریشه ای و از نوع I بودند. براساس نتایج به دست آمده از این بررسی، علاوه بر تفاوت آماری که عمدتاً ناشی از تفاوت نژادی و خصوصیات منطقه ای مطالعات انجام گرفته است، می توان به تنوع کانالی کم در ریشه دیستال این دندان ها اشاره نمود. درصد بالاتر کانال های دارای دو اوریفیس با یک فورامن اپیکال در ریشه مزیاال در مطالعه حاضر و سایر مطالعات انجام گرفته می تواند دلیل کاهش شکست درمان ریشه، علی رغم دقت نکردن به تنوعات دیگر کانال در این ریشه باشد. این تحقیق نیز تأکید دارد دندانپزشک علاوه بر یافته های موجود در کلیش ه رادیوگرافیک، آمار تنوع کانال در منطقه خود به منظور افزایش موفقیت درمان، با دقت بیشتری در جستجوی کانال های اضافی باشد.

از تعداد 80 دندان مولر دوم مورد بررسی، 72 دندان (90 درصد) دو ریشه ای و 8 دندان (10 درصد) یک ریشه ای بودند. تعداد کانال ها نشان داد که 3 دندان (3/75 درصد) یک کاناله، 24 دندان (30 درصد) دو کاناله، 46 دندان (57/5 درصد) سه

جدول 1: توزیع فراوانی تنوع کانال در دندان های مولر اول و دوم فك
پایین بر اساس طبقه بندی *Weine*

نوع IV	نوع III	نوع II	نوع I	دندان	روش
				مولر اول	شفاف سازی
				دائمی فك	
				پایین	
2(%2/53)	25(%31/65)	40(%50/63)	12(%15/19)	مزیا	
-	4(%5/06)	8(%10/12)	67(%84/82)	دیستال	
				مولر اول	تهیه مقطع
				دائمی فك	
				پایین	
-	37(%46/83)	41(%51/90)	1(%1/27)	مزیا	
1(%1/27)	6(%7/59)	25(%31/65)	47(%59/49)	دیستال	
				مولر دوم	شفاف سازی
				دائمی فك	
				پایین	
1(%1/39)	14(%19/44)	34(%47/22)	23(%31/95)	مزیا	
1(%1/39)	2(%2/87)	5(%6/95)	64(%88/88)	دیستال	

منابع

1. Ingle JL, Backland LK. Endodontics. 4th ed. Hamilton. London: BC Decker Inc. 2002.
2. Weine FS. Endodontic thrapy. 5th ed. St Louis: Mosby Co. 1996.
3. Walton RE, Torabinejad M. Principles and pratice of endodontics. 3rd ed. Philadelphia: WB Saunders Co. 2002.
4. Vertucci FJ. Root canal anatomy of the human permanent teeth. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1984; 58(5): 589-99.