

## بررسی و مقایسه ریزنشست (میکرولیکیج) آمالگام سینا

دکتر کاظم خسروی

دکتر پروانه بهرامی اسفرجانی

### خلاصه

آمالگام سینا (Cinaally) ساخت کارخانه شهید دکتر فقیهی که از نظر نوع آلیاژ در گروه آلیاژهای با مس بالا قرار دارد و شکل ذرات آن Fine - Cut می‌باشد، از نظر ریزنشست (Microleakage) با استفاده از ماده رادیوایزوپ (CES3) Ca<sup>45</sup>Amershan (England) مورد آزمایش قرار گرفت و با آمالگام Sybraloy ساخت کارخانه Sybron/Kerr که از نوع آلیاژهای با مس بالا بوده و شکل ذرات آن کرووی می‌باشد و بعنوان یک آلیاژ آمالگام استاندارد شناخته شده است مقایسه گردید. بررسی نتایج بدست آمده مؤید این مطلب است که در زمانهای ۲۴ ساعت، یکماه و دوماه تفاوت معنی داری از نظر آماری در میزان ریزنشست (Microleakage) این دو نوع آمالگام وجود ندارد.

### بررسی و مقایسه ریزنشست آمالگام سینا و سبیرالوی

ریزنشست (Microleakage): عبور باکتریها، مایعات، مواد شیمیائی، مولکولها و یونها از فضای بین دندان و ترمیم انجام شده، ریزنشست نامیده می‌شود. (۱)

یک ماده ترمیمی ایده‌آل بایستی با ساختمان دندان اتصال فیزیکی و شیمیائی داشته باشد و امروزه سعی اکثر تحقیقات در این مورد در این جهت می‌باشد. گرچه هنوز نتیجه مطلوب بدست نیامده است.

اکثر موادی که توانایی چسبندگی با ساختمان دندان را دارند از گروه پلی‌آکرلیک‌اسید می‌باشند و در سایر مواد دیگر ترمیمی یک فضامیکروسکوپی یا فضای بین سطحی (Interfacial Space) همیشه بین ترمیم و حفره تهیه شده وجود خواهد داشت. (۲)

این حقیقت که ترمیم‌ها اجازه نفوذ مواد را به دیواره حفره می‌دهند سالهای زیادی است که شناخته شده است. کورنلیس وان سولینگن (Kornelis Van Sollingen) در سال ۱۶۹۰، اظهار داشت که 'مواد رزینی و فلزی نمی‌توانند کاملاً از نفوذ

رطوبت جلوگیری کنند' دو قرن بعد جی - وی - بلاک (J - W - Black) در تحقیقات خود مربوط به آمالگام بر نیاز به یک ماده قابل انبساط جهت سیل (Seal) حفره تاکید کرد، او تشخیص داد که 'لایه‌های آلوده باقیمانده، دیواره حفره را می‌پوشاند و اینکه حتی اگر درز غیرقابل نفوذی برای آب باشد، الکل و اسیدها می‌توانند به جاییکه آب نتوانسته، وارد شوند.' (۳)

ریزنشست آمالگام در ساعات اولیه و یا حتی روزهای و هفته‌های اول ترمیم شدید بوده ولی با گذشت زمان کاهش می‌یابد، که احتمالاً مربوط به رسوب محصولات ناشی از خوردگی آمالگام در فضای بین ترمیم دندان است که راه ورود مواد مضر را می‌بندد. (۴ و ۵ و ۶ و ۷)

عوامل موثر در ریزنشست:

- ۱ - فضای بین سطحی (Interfacial Space)
- ۲ - خواص نامطلوب فیزیکی مواد ترمیمی
- ۳ - تکنیک‌های نامناسب و غلط در کاربرد مواد ترمیمی

## فضای بین سطحی

حرارتی خاصی دارد. مواد ترمیمی نیز هر کدام ضریب انبساط حرارتی خاص خود را دارند. اگر این مقدار برای دندان و ماده ترمیمی مشابه باشد ریزشست حداقل است ولی متاسفانه چنین ماده‌ای در حال حاضر در دسترس نیست. ضریب انبساط حرارت دندان (مقطع تاج)  $11 \times 10^{-6} C^{-1}$  و ضریب انبساط حرارتی آمالگام  $22-28 \times 10^{-6} C^{-1}$  است. (۱)

با توجه به تفاوت زیادی که دیده می‌شود در تغییرات حرارتی، آمالگام بیش از مینا و عاج اطراف منقبض و منبسط می‌شود و با توجه به تمایل مایعات به نفوذ در لبه‌ها (Margins).

انقباض و انبساط متناوب ترمیم مثل یک پمپ یا مکش عمل کرده و مایعات را به فضای بین دندانی و ترمیم می‌کشاند. تمام مواد ترمیمی دارای ضریب انبساط حرارتی متفاوتی با ساختمان دندان هستند. (۸)

## تکنیک ترمیم

تکنیک‌های ترمیمی نامناسب می‌تواند سبب عدم تطابق کافی ماده با ساختمان دندان و کاهش خواص فیزیکی شوند (۱) اهمیت این مساله بر جی، وی، بلاک پوشیده نمانده بود و با استفاده از تئوری پوسیدگی میلر (Miller) وی را به تهیه خطرات بر طبق اصول علمی جهت اجتناب از پوسیدگی لبه‌ای عودکننده راهنمایی کرد. (۳) روشهای نامناسب کاربرد مواد و وسایل در دندان نیز اثر دارد زیرا دندان در طی مراحل تهیه حفره بسیار حساس است. برای مثال استفاده از فرزهای مضر و نامناسب، رعایت نکردن اصول علمی تهیه حفره و غیره. (۱)

## تکنیک فشردن (Condensation)

نحوه فشردن کردن نیز در نشت تاثیر دارد. با اعمال نیروی فشردن در یک میلیمتری دیواره‌های حفره نشت لبه‌ای (Marginal leakage) زیادی بوجود خواهد آمد. جهت کاهش

فاصله‌ای اجتناب‌ناپذیر بین ساختمان دندان و ماده ترمیم یا بیس (Base) و لاینر (Liner) است. میزان این فضا و فعالیت باکتریایی که در آن رخ می‌دهد در ریزشست دخالت دارند و سبب عود پوسیدگی می‌شوند. با توجه به اندازه باکتریها فضایی بین ۲ تا ۲۰ میکرون جهت نفوذ باکتریها و محصولاتشان لازم است. البته فضای کمتر از ۵۰ میکرون نمی‌تواند سبب پوسیدگی شود. اما این فاصله در پایین‌ترین حد دقت دید ما بوده و برای دندانپزشک تشخیص کلینیکی آن مشکل است.

## خواص نامطلوب فیزیکی مواد ترمیمی

از میان این خواص انحلال و ضریب انبساط حرارتی ماده ترمیمی در عدم موفقیت آن در تطابق با دیواره حفره تهیه شده در دندان مهمترینند.

## انحلال

انحلال یک ماده به عوامل زیر بستگی دارد:

۱ - چسبندگی مواد غذایی

۲ - بهداشت دهان

۳ - مقدار و دفعات مصرف کربوهیدراتها.

این عوامل می‌توانند سبب تخریب و فساد سریع نواحی از ماده ترمیمی بخصوص در قسمت سرویکال (Cervical) که به آسانی توسط بزاق شسته نمی‌شوند و در مناطق تجمع ذرات غذا و پلاک میکروبی شوند.

## ضریب انبساط حرارتی Coefficient of thermal Expansion

این عامل نیز نقش مهمی را در ریزشست ایفا می‌کند. دندانی که در تبادل دینامیک با مایعات دهان است ضریب انبساط

ریزش بایستی کندانسور را بصورت ورتیکالی در طول دیواره حفره و یا نسبت به دیواره زاویه دار قرار داد و نیرو را بسمت دیواره‌ها اعمال کرد. در دو صورت اخیر نشت تفاوت چندانی ندارد و مساله مهم اعمال نیروها بطرف دیواره حفره می‌باشد.

### برنیش کردن بعد از فشردن آمالگام

سبب ریزش می‌شود اما نمی‌تواند آنرا متوقف کرده و یا ریزش حاصله از عوامل کاربرد (Manipulation) ناقص را جبران کند. در حقیقت افزایش پلاستی سیتی و فشار کاندنس کردن بیش از برنیش کردن در کاهش ریزش موثرند. کلاً برای کاهش ریزش بایستی مراحل کاربرد بدون نقص و ایده‌آل صورت گیرد. (۹)

نشت برای آمالگام‌های دندانی قطعاً در ارتباط با شکل ذرات (کروی - تراشه‌ای - مخلوط) و یا ترکیب آنها (با مس بالا یا با مس پایین) نمی‌باشد بلکه یک ارتباط مثبت بین تغییرات ابعادی و نشت لبه‌ای وجود دارد زیرا آمالگام‌های منقبض شونده (Contracting) بیش از نوع متعادل (Balanced) و منبسط شونده (Expanding) دچار ریزش می‌شوند. یک آمالگام با انقباض زیاد بیشتر مستعد نشت لبه‌ای است تا آنها که انقباض کم یا انبساط کمی داشته و یا متعادل هستند. یافته‌های اولیو (olio) در سال ۱۹۷۶ این مساله را تایید می‌کند، او دریافت: که در آزمایشات میکروسپیک کیفیت تطابق آمالگام با دیواره‌های حفره همچنانکه آمالگام از نوع منبسط شونده ( $+10 \text{ mm/cm}^{-1}$ ) به متعادل ( $0 \text{ mm/cm}^{-1}$ ) و کمی منقبض شونده ( $-10 \text{ mm/cm}^{-1}$ ) و بسیار منقبض شونده ( $-20 \text{ mm/cm}^{-1}$ ) می‌رسد کاهش می‌یابد. (۱۰)

چنانچه گفته شد ریزش با گذشت زمان کاهش می‌یابد که در رابطه با محصولات ناشی از خوردگی است که در فضای بین دندان و ترمیم ایجاد شده و نشت می‌کند و راه را بر ورود مواد مضر می‌بندد. فازگامادو (کمپلکس قلع - جیوه که در طی

عمل ملقمه‌سازی ایجاد می‌شود) در ایجاد این سیل بسیار مهم است. پس این سوال مطرح می‌شود که توانایی آلیاژهای با مس بالا که نسبت به نوع Conventional فاز گاما دو کمتری داشته‌و یا فاقد آن هستند در برابر ریزش چه مقدار بوده و آیا کاهش می‌یابد و یا نحوه آن به چه صورت است؟ تحقیقات متعددی در این زمینه صورت گرفته است که همگی نتایج مشابهی را اعلام می‌کنند و آن اینکه مقاومت افزایش‌یافته آمالگام با مس بالا نسبت به خوردگی نقش تعیین‌کننده‌ای در سیل لبه‌ای (Marginal seal) ندارد البته در زمان کوتاه آلیاژهای کروی با مس بالا ریزش کمتری نسبت به آلیاژهای Conventional با فاز گاما دو نشان داده‌اند. این مساله نشان می‌دهد که فقدان فازگاما دو سبب افزایش ریزش ترمیم نمی‌شود.

ایمز (Eames)، مک نامارا (Mac Namara)، دوپورون و همکاران (Duporon et all) گزارش دادند که آلیاژهای کروی با مس بالا استحکام فشاری بالاتر - مقاومت بیشتر به خوردگی و خزش ایستائی (Static creep) کمتری نسبت به آلیاژهای آمالگام (Conventional) حاوی فاز گاما دو دارند بخاطر این برتریها در خصوصیات فیزیکی و یافته‌های ما در مورد کاهش ریزش، معتقدیم که آلیاژهای با مس بالا مواد ترمیمی برتری هستند. اما حتی با یک آلیاژ برتر جانشینی برای تبعیت از اصول طراحی حفره و کاربرد دقیق مواد ترمیمی وجود ندارد. (۶ و ۱۱) در یک مطالعه آزمایشگاهی دیگر نشان داده شده است که شماری ریزش (Micro leakage pattern) آلیاژ آمالگام با مس بالا اساساً شبیه به شمای ریزش ایجاد شده بوسیله آمالگام‌های Conventional است. (۴)

در یک سری از یافته‌های آزمایشگاهی اعلام شده است که ترمیم‌های انجام‌شده با آلیاژهای بدون روی، بیشتر از ترمیم‌های انجام‌شده با آلیاژهای حاوی روی دچار تخریب لبه‌ای می‌شوند، استحکام فشاری بیشتر، جاری شدن (Flow) و ثبات ابعادی بهتر در آمالگام‌های حاوی روی مشاهده شده است. (۱۲)

## روشهای تحقیق ریزنشست

} استفاده از فشار هوا رنگها باکتریها رادیویزوتوپها	۱- مشاهده مستقیم (Visualization)
	۲- استفاده از مواد نفوذکننده
	(Diffusers) و نشانگر (tracers)

**رادیویزوتوپها:** در سال ۱۹۵۱،  $Ca^{45}$  توسط آرمسترنگ (Armstrong) و سیمون (Simon) برای نشان دادن نفوذ لبه‌ای در اطراف ترمیم‌های آکرلیک استفاده شده. ایزوتوپها یا Tracers عمیق‌تر نفوذ کرده، بنابراین استفاده از آنها امکان تعیین مقادیر کم نشست را فراهم می‌سازد و روش دقیقی است. وین رایب (Wain Wright) در همان سال تنوع ایزوتوپهای مورد استفاده را توسعه داد و مشکلات این روش را نیز شرح داد. لارسن (Larsen) و کرانفورد (Cranford) در سال ۱۹۵۶ نیز کارهایی در این زمینه با آمالگام انجام دادند. گوینگ (Going) و همکارانش (۱۹۶۴-۱۹۶۰) تحقیقات وسیعی را با تعداد زیادی رادیویزوتوپ بر مواد ترمیمی انجام دادند. رادیویزوتوپهای استفاده شده شامل  $^{55}Mn$ ،  $^{131}I$ ،  $^{35}S$ ،  $^{22}Na$  و  $Ca^{45}$  می‌باشد. در این میان  $Ca^{45}$  بیشتر مورد استفاده قرار می‌گیرد که بخاطر انرژی کمتر اشعه  $\beta$  و غیرقابل نفوذ بودن آن به مینا نمی‌باشد. همچنین بخاطر نداشتن اشعه گاما اتورادیوگراف (Autoradiograph) بهتری را خواهیم داشت. این روش بقدری در تعیین ریزنشست حساس است که هیچ سیستم غیرقابل نشستی را نمی‌توان یافت. در این روش محدودیت‌هایی در رابطه با اندازه مولکولی، تغییرات یونی، میل ترکیب شیمیایی نشانگر با مواد ترمیمی و ساختمان دندان وجود دارد. از معایب دیگر آن گرانی، پیچیده بودن مراحل کار، نیاز به تجهیزات و پرسنل خاص می‌باشد.

## مواد و روش تحقیق

۶۰ دندان پرمولر و کائین کشیده شده عاری از پوسیدگی و

ترکهای مینائی یا اشکالات تکاملی را بوسیله Scaler و مسواک تمیز کرده و در سرم فیزیولوژی نگهداری شد. (۱۳) در سطوح با کال آنها با استفاده از توربین همراه با آب و فرزفیشور کار باید شماره ۲۷۱ حفرات کلاس پنج (۵ و ۷ و ۱۱ و ۱۴) با طول ۴ میلیمتر و عرض ۲ میلیمتر و عمق ۲ میلیمتر در  $\frac{1}{4}$  میانی دندان (۱۴) تراش دادیم. بعد از هر پنج تراش، فرز عوض شد. سپس جهت پرکردن دندانها با آمالگام‌های مورد آزمایش ابتدا حفرات را به مدت ۱۵ ثانیه با یوار آب شسته و به مدت ۱۰ ثانیه با یوار هوا خشک نمودیم (۷) آمالگامها طبق زمان مشخص شده از سوی کارخانه تولیدکننده بطور مکانیکی مخلوط شدند ۳۰۰ دندان از دندانها با آمالگام سینا (آمالگام سینا - شهید دکتر فقیهی) و ۳۰ عدد دیگر با آمالگام سیرالوی (سیرالوی - سیرون - کر - آمریکا) پر شدند.

برای داشتن دقت مطلوب‌تر در نحوه کاندنس کردن سعی شد گروه‌های آزمایشی به گروه‌های کوچکتری تقسیم شوند و هر روز ۱۰ دندان با آمالگام مورد نظر پرشد، با رعایت زمان مورد لزوم آزمایشات بعدی بر روی آنها صورت گرفت. آمالگامها در حفرات بطریقه، لترالی و ورتیکالی یک شدند (۷) سعی شد نیروی کاندنس کردن تمام دندانها یکسان اعمال شود. به منظور یکسان نمودن شرایط کار تمامی مراحل در هر دو گروه آزمایشی توسط یک نفر انجام شد. (۵) حفرات بصورت اورفیلد پر شد و با کار و رکانتور صحیح به پرکردگی داده نشد. بعد از ۱۵ دقیقه با کشیدن رول پنبه به سطح پرکردگی تا حد قابل قبولی از برطرف شدن Over lapping در سطوح مجاور حفره اطمینان حاصل شد. ۲۰ دقیقه بعد از کاندنس کردن پرکردگیها را برنیش کردیم.

گروه‌های مختلف دندانهای پر شده را در بشرهای جداگانه حاوی سرم فیزیولوژی (۱۱) قرار داده و بر روی بشرها بر چسب‌هایی متصل نمودیم که روی آنها نوع آمالگامی که

۴.  $Ca^{45}$  جزو مواد بنای منفی‌دهنده بوده، انرژی اشعه بنای منفی ساطع شده از آن ۷۵ Kev است. نیمه عمر این ماده ۱۶۴ روز می‌باشد.

برش تاج دندانها ریشه دندانها را در قالبهای مومی مکعب شکلی که قبلاً آماده شده بود قرار داده و با آکریلی Self-Cure اطراف آنها را پرکردیم (۱۱) پس از سخت شدن آکریل، تاج دندانها را با یک دیسک الماسی دو طرفه نازک برش بوکولینگوالی دادیم بطوریکه برش از وسط ترمیم رد شود (۴ و ۶ و ۷) سپس دو نیم دندان را با آب و ماده تمیزکننده شستشو دادیم (۵ و ۶ و ۷ و ۱۱) سپس در تاریکخانه دو نیم هر دندان را جهت تهیه اتورادیوگراف از سمت برش داده شده روی یک فیلم رادیوگرافی دندانای اولترا سپید باز شده (۷ و ۱۶) قرار دادیم و در طرف دیگر فیلم یک لام شیشه‌ای میکروسکوپ را گذاشته آنها را با چسب به هم ثابت کردیم (۷). سپس نمونه‌های آماده شده را جداگانه در پوشش‌های غیرقابل نفوذ برای نور قرار داده و در یک جعبه عایق نور برای مدت هفده ساعت (۴ و ۵ و ۶ و ۱۱ و ۱۵) قرار داد. و سپس فیلم‌ها را در شرایط یکسان ظاهر کردیم.

### بحث و نتیجه‌گیری

برای روشن تر شدن میزان نفوذ رادیوایزوتوپ در بین پرکردگی و دیواره دندان از کدهای مختلفی برحسب میزان نفوذ، استفاده شد که بدین ترتیب می‌باشد:

A : بدون نشست

B : (نشست کم) نفوذ ماده رادیوایزوتوپ به فضای بین دندان و

ترمیم آمالگام در Cavo Surface angle

C : (نشست متوسط) نفوذ ماده رادیوایزوتوپ به فضای بین

دندانی و ترمیم آمالگام در طول دیواره جینجیوالی و

انسیزیالی یا اکلوژالی، بدون نفوذ به دیواره اگزیزال

D : (نشست زیاد) نفوذ ماده رادیوایزوتوپ به دیواره اگزیزال (۵ و ۱۵)

دندان با آن پر شده و تاریخ پرکردگی نوشته شده بود. سپس این بشرها را در حمام آب گرم که روی حرارت ۳۷ درجه سانتیگراد تنظیم بود گذاشتیم (۷ و ۱۳) سرم فیزیولوژی هر هفته یکبار تعویض شد.

بعد از گذشت زمانهای مورد نظر یعنی ۲۴ ساعت (۴ و ۱۳)

یک ماه (۱۱) و دو ماه هر مرتبه ۲۰ دندان، از هر یک از آمالگام‌ها را مورد بررسی قرار دادیم.



دندانهای مورد آزمایش را از سرم فیزیولوژی خارج نموده با

پوار هوا خشک کردیم. قبل از گذاشتن دندانها در محلول رادیو ایزوتوپ بایستی اقداماتی جهت جلوگیری از نفوذ رادیوایزوتوپ به قسمت‌های مختلف دندان و از جمله پالپ انجام می‌دادیم. بدین قرار: که ابتدا با دقت ایکس ریشه‌ها را با موم چسب سیل نموده (۶ و ۱۱) و سپس قسمت‌های مختلف دندان، بجز حاشیه یک میلیمتری اطراف پرکردگی (۷) را با دو لایه لاک ناخن (۱۱ و ۱۶) پوشاندیم. لاک‌ها را با دو رنگ متفاوت انتخاب کردیم تا مطمئن شویم در هر قسمت از دندان دو لایه لاک بر روی هم قرار گرفته‌اند. (۱۱)

سپس محلول رادیوایزوتوپ  $Ca^{45}$  به فرم کلرید کلسیم را با غلظت  $0.1 \text{ mCi/ml}$  (۴ و ۵ و ۶ و ۷ و ۱۳ و ۱۱ و ۱۶) تهیه نموده و نمونه‌ها را در محلول قرار دادیم. پس از گذشت ۲ ساعت دندانها را از محلول رادیوایزوتوپ در آورده ابتدا با استون و سپس با آب و صابون شستشو دادیم تا لاک و موم چسب از دندان‌ها پاک شود (۱۱ و ۱۶) سپس به منظور سهولت کار هنگام

• واحد پرتودهی کوری (Ci) برابر است با  $3.7 \times 10^{10}$  واپاشی در ثانیه. واحد کوری کمیت نسبتاً بزرگی برای پزشکی هسته‌ای است. معمولاً اجزاء واحد کوری از قبیل میلی کوری (mCi) و میکروکوری ( $\mu\text{Ci}$ ) منبسطند.



جدول ۱- ریزش ديواره جينجيوالی نمونه‌های آزمایش شده

	دوماهه	يك ماهه	۲۴ ساعته
ماده ترمیمی	A B C D	A B C D	A B C D
آمالگام سینا	۰ ۱ ۷ ۲ ۰	۰ ۱ ۴ ۵ ۰	۰ ۳ ۶ ۱
آمالگام سیرالوی	۰ ۴ ۳ ۴ ۰	۰ ۱ ۴ ۴ ۰	۰ ۴ ۶ ۰
P valve			
A+B , C+D	۰/۳۰۸	۰/۵۴۱	۰/۳۵۳

جدول ۲- ریزش ديواره اکلووالی نمونه‌های آزمایش شده

	دوماهه	يك ماهه	۲۴ ساعته
ماده ترمیمی	A B C D	A B C D	A B C D
آمالگام سینا	۰ ۳ ۶ ۱ ۰	۰ ۱ ۴ ۵ ۰	۰ ۲ ۷ ۱
آمالگام سیرالوی	۰ ۴ ۴ ۲ ۰	۰ ۲ ۴ ۳ ۰	۰ ۱ ۸ ۱
P Valve			
A+B , C+D	۰/۱۰۵	۰/۸۰۴	۰/۳۰۲

آمالگام‌های عرضه شده با بازار اکثر محققین دست به اندازه‌گیری این معیار کلینیکی مهم می‌زنند. پس آمالگام‌هایی موفق‌ترند که کمترین میزان ریزش را نشان دهند.

جهت بررسی ریزش رووها و مواد مختلفی تاکنون مورد استفاده قرار گرفته است. گوانینگ (Going) و همکارانش در طی تحقیق خود نشان دادند که تکنیک استفاده از رادیوایزوتوپ بسیار حساس می‌باشد (۱ و ۷) مطالعات متعددی در رابطه با اندازه‌گیری ریزش در آمالگام‌های مختلف دندان و از جمله سیرالوی تاکنون انجام شده است. هاوس (House/R.C) و همکارانش (۱۱) در سال ۱۹۸۰ بررسی مشابهی را بر روی چند آمالگام کروی با مس بالا و از جمله سیرالوی در زمانهای یک هفته، یک ماه و سه ماه انجام دادند و در نتایج آزمایشاتشان ذکر شده است که ۴۰ درصد از تمامی ترمیم‌های انجام شده با آمالگام سیرالوی نشت نوع D داشته‌اند (۱۲) ترمیم از ۳۰ ترمیم) و آمالگام‌های با مس بالای دیگر بین ۲۷ درصد (tytin) تا ۳۰ درصد (Capraloy) نشت نوع D داشته‌اند.

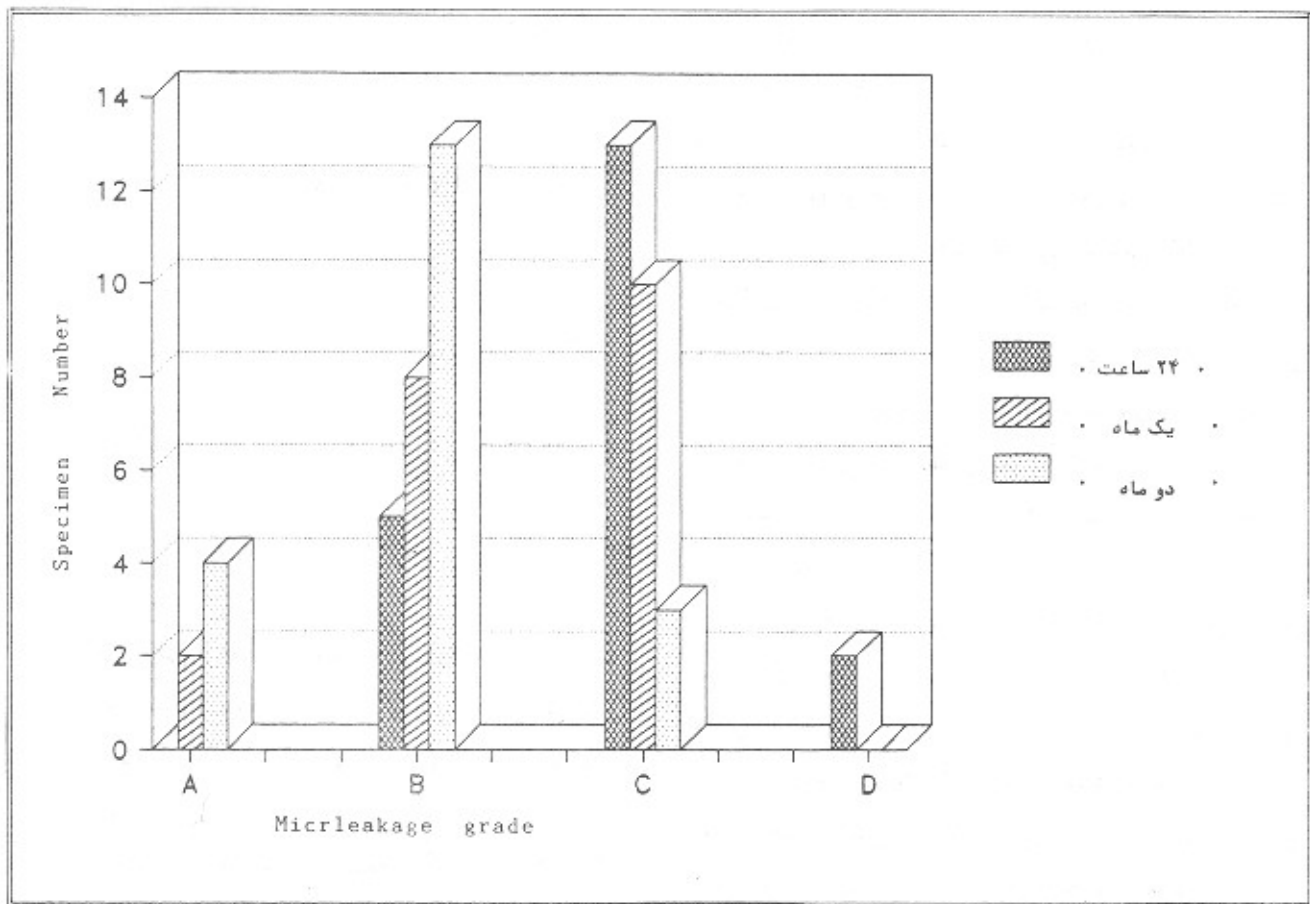
نتایج آزمایشات انجام شده بر روی آمالگام سینا و سیرالوی در جداول شماره ۱ و ۲ آمده است جهت بررسی دقیق‌تر ارقام بدست آمده. نتایج حاصله را به دو گروه بدون نشت و نشت کم (A+B) نشت متوسط و شدید (C+D) تقسیم نموده و مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار دادیم (آزمون فشر) در بررسی ریزش ديواره جينجيوالی نمونه‌های ۲۴ ساعته آمالگام سینا مشاهده شد که تعداد نمونه‌های بدون نشت یا نشت کم (A+B=۳) به مراتب کمتر از تعداد نمونه‌های با نشت متوسط و شدید (C+D=۷) می‌باشد (جدول ۱) در مورد آمالگام سیرالوی نیز با تفاوت کمی همین نتیجه بدست آمده (A+B=۴ و C+D=۶) سپس ریزش ديواره جينجيوالی نمونه‌های این دو آمالگام در ۲۴ ساعت اول مشابه یکدیگر می‌باشد (P=۰/۳۵۳) نمودار شماره ۱ در آزمایشات یکماهه، بررسی میزان ریزش ديواره جينجيوالی

ریزشش یکی از عواملی است که در موفقیت یک ترمیم موثر است و معمولاً بعنوان یک عامل مخرب عمل می‌کند و می‌تواند سبب ایجاد پوسیدگی‌های ثانویه و نکرور پالپ شود. ریزشش می‌تواند تحت تاثیر عواملی نظیر جذب مویرگی، شکستگی لبه‌ای و تغییرات بین سطحی قرار گیرد. احتمالاً بیشترین عامل موثر می‌تواند انقباض و انبساط متناوب ماده ترمیمی تحت تاثیر تغییرات حرارتی باشد. (۱۷)

امروزه بیشتر ترمیم‌ها با آمالگام انجام می‌شود که می‌تواند بدلیل تمایل ترمیم‌های آمالگام به نشت لبه‌ای کمتر باشد. پس یکی از دلایل موفقیت کلینیکی آمالگام توانایی آن در به حداقل رساندن ریزشش است. (۴ و ۵) میزان نشت یکی از معیارهایی است که توسط آن محقق می‌تواند ارزش و دوام مواد ترمیمی را در حفره دهان پیشگوئی کند. (۱) بمنظور ارزیابی کلینیکی

می‌باشد. در هر دو آمالگام در این زمان نشت نوع D مشاهده نشد. P. Value بدست آمده از این نمونه‌ها (۰/۵۴۱) می‌باشد که با توجه به میزان P به مشابهت بیشتر این دو در این زمان پی می‌بریم (نمودار ۱).

ترمیم‌های انجام شده با آمالگام سینا نشان داده است که مجموعه تعداد نمونه‌های بدون نشت و نشت کم ( $A+B=5$ ) برابر تعداد نمونه‌های با نشت متوسط می‌باشد ( $C=5$ ). در مورد آمالگام سبیرالوی در این آزمایش تعداد نمونه‌های بدون نشت و نشت کم ( $A+B=5$ ) و نشت متوسط ( $C=4$ )



نمودار ۱ - بررسی و مقایسه تغییرات درجه ریزش در نمونه‌های ۲۴ ساعته، یک ماهه و دو ماهه آمالگام سینا

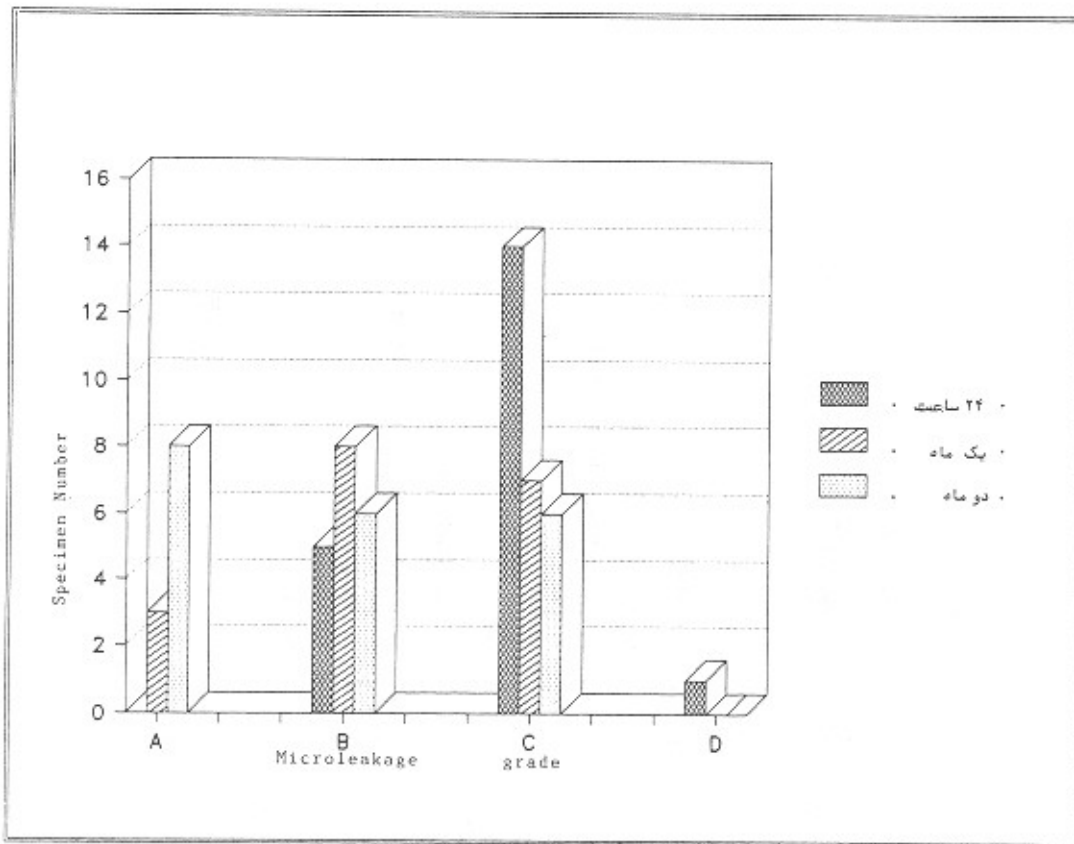
آمالگام سبیرالوی مجموع نمونه‌های بدون نشت و نشت کم ( $A+B=6$ ) بیشتر از تعداد نمونه‌های با نشت متوسط ( $C=4$ ) بوده و  $D=0$  می‌باشد (نمودار ۲) در این زمان هم‌گرچه تفاوت‌هایی در پراکندگی نمونه‌ها در درجات مختلف نشت بین نمونه‌های دو آمالگام دیده می‌شود ولی مشابهت آنها مثبت

بررسی ریزش دیواره جینجیوالی نمونه‌های دو ماهه آمالگام سینا

نمونه‌های بدون نشت و نشت کم ( $A+B=8$ ) به مراتب بیش از تعداد نمونه‌های با نشت متوسط بوده ( $D=0$  و  $C=2$ ). بررسی ریزش دیواره جینجیوالی نمونه‌های دو ماهه

یعنی در اینجا نیز تعداد نمونه‌های بدون نشت و نشت کم ( $A+B=2$ ) به مراتب کمتر از تعداد نمونه‌های با نشت متوسط و شدید ( $C+D=8$ ) می‌باشد. بررسی ریزش دیواره اکلوزالی نمونه‌های ۲۴ ساعته آمالگام سیرالوی این نتایج را به ما می‌دهد:  $C+D=9$  و  $A+B=1$  پس در هر دو گروه آزمایش اکثریت نمونه‌ها درجات بالا از نشت را نشان داده‌اند  $P=0/302$ . همچنین در هر دو گروه دیواره اکلوزالی نتیجه بدتری نسبت به دیواره جینجیوالی داشته است.

شده است ( $P = 0/308$ ) اما تا کمتر از مشابهت آنها در زمانهای ۲۴ ساعت و یکماه است. در نمونه‌های دو ماهه نتایج آمالگام سینا بهتر می‌باشد. زیرا پراکندگی تعداد نمونه‌ها در گروه‌های A و B به مراتب بیش از C و D می‌باشد. علت آن شاید زمان شروع خوردگی در نوع آمالگام سینا است که در رابطه با شکل ذرات و میزان تشکیل فازهای مقاوم به خوردگی در آن باشد. بررسی ریزش دیواره اکلوزالی نمونه‌های ۲۴ ساعته آمالگام سینا نتایج تقریباً مشابهی را دیواره جینجیوالی دارد.



نمودار ۲- بررسی و مقایسه تغییرات درجه ریزش در نمونه‌های ۲۴ ساعته، یک ماهه و دو ماهه آمالگام سیرالوی

(نمونه‌های یکماهه آمالگام سینا) بدست آوردیم. در مورد آمالگام سیرالوی وضعیت کمی فرق می‌کند و دیواره اکلوزالی نتیجه بدتری را نسبت به دیواره جینجیوالی در همین نمونه‌ها نشان می‌دهد  $A+B=6$  و  $C=3$  و  $D=0$

بررسی ریزش اکلوزالی نمونه‌های یک ماهه آمالگام سینا نمونه‌های بدون نشت و نشت کم ( $A+B=5$ ) برابر با تعداد نمونه‌های با نشت متوسط بوده  $C=5$  و  $D=0$  می‌باشد. یعنی مشابه همان نتیجه‌ای که از دیواره جینجیوالی همین نمونه‌ها



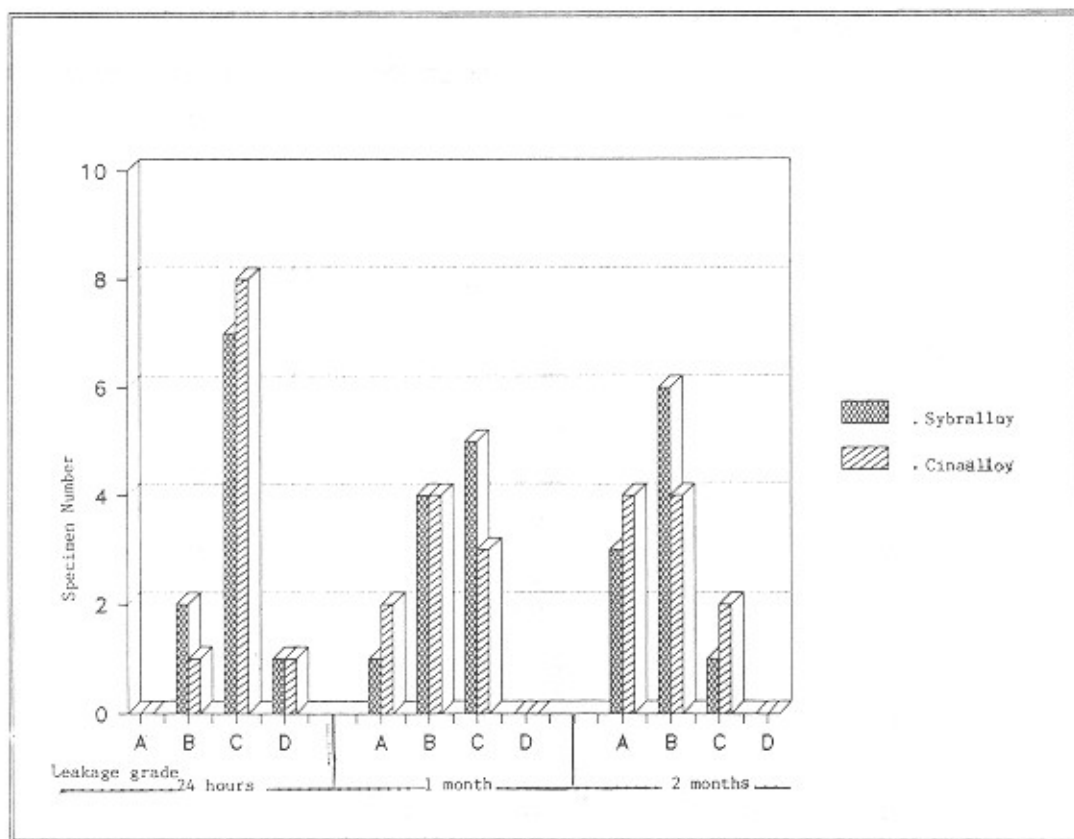
### بررسی ریزنشست دیواره اکلوزالی نمونه‌های دوماهه آمالگام سینا

تعداد نمونه‌های بدون نشست و نشست کم ( $A+B=9$ ) به مراتب بیشتر از نشست متوسط ( $C=1$ ) می‌باشد.

نشست نوع D نیز مشاهده نشد. در مورد آمالگام سیرالوی هم تقریباً همین نتیجه بدست آمده است  $A+B=8$  و  $C=2$

$D=0$  در این نمونه‌ها  $0/105$  می‌باشد (نمودار ۳).

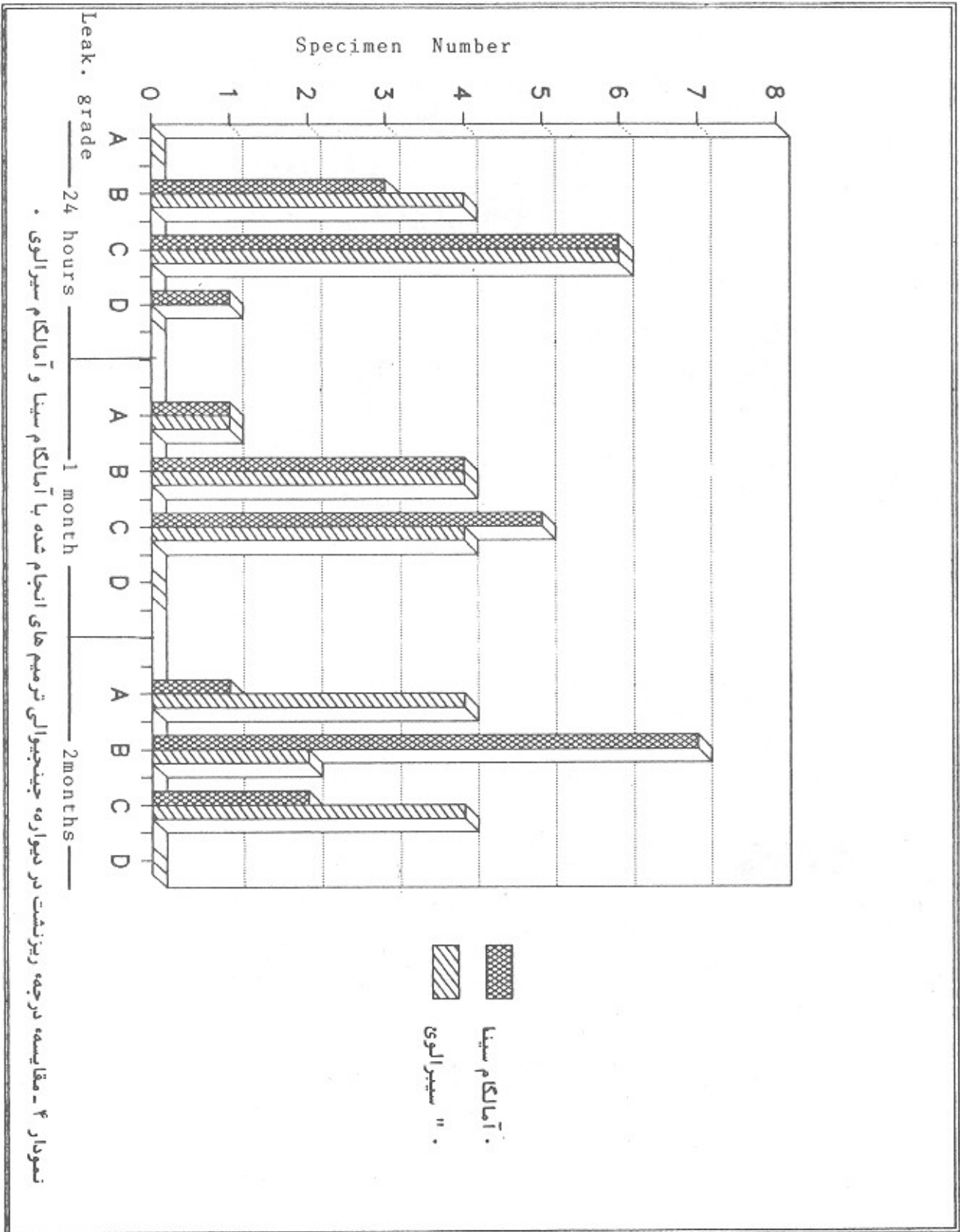
معمولاً شدت نشست در دیواره جینجیوالی حفرات کلاس پنج بیشتر از دیواره اکلوزالی گزارش می‌شود (۷) ولی در این آزمایش نتوانستیم به نتیجه قطعی در این زمینه دست یابیم و شاید به این دلیل است که ترمیم‌ها در  $\frac{1}{3}$  میانی دندانها انجام شده در نتیجه جهت منشورهای مینائی در دیواره‌های اکلوزالی

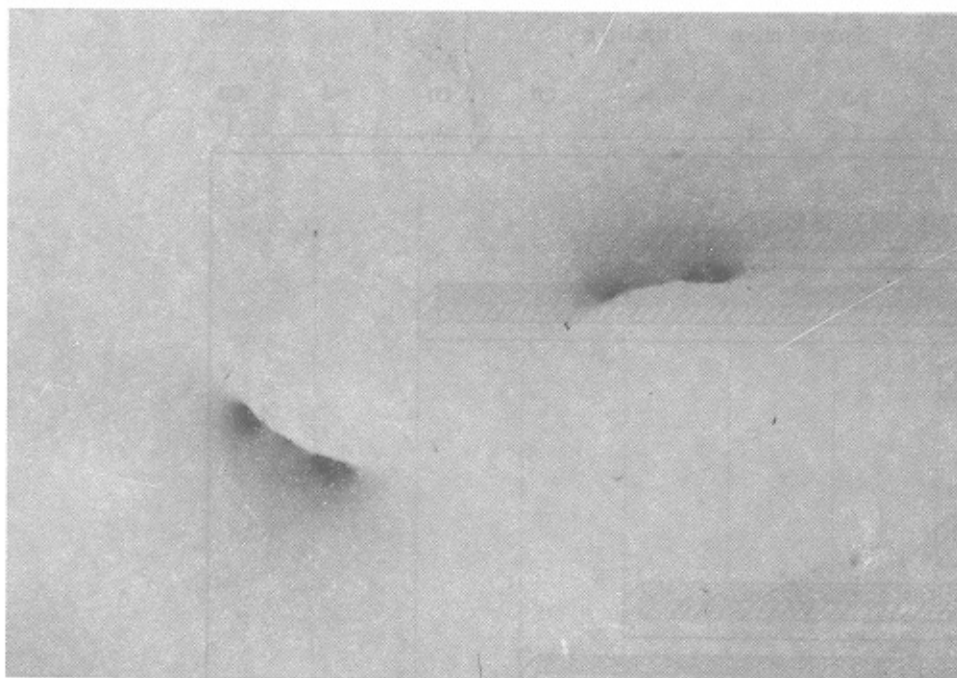


نمودار ۳- مقایسه درجه ریزنشست در نمونه‌های ترمیم شده با Sybralloy و Cinaalloy (دیواره اکلوزالی)

دلیل این کاهش را می‌توان کامل شدن ترکیب پودر و جیوه در تشکیل فازهای مختلف آمالگام و رسیدن به مرحله ثبات ابعادی دانست (۲) و در طولانی مدت آنرا با رسوب محصولات خوردگی بین دندان و ترمیم انجام شده مرتبط می‌دانند. (۴) در این تحقیق ریزنشست آمالگام سیرالوی و سینا مورد بررسی قرار گرفت بررسی سایر خواص نیز لازم است.

و جینجیوالی مشابه بود. چنین نتیجه‌ای در همه موارد بدست نیامد. از بررسی نتایج بدست آمده می‌توان دریافت که در هر دو گروه آزمایش حداکثر نشست در ۲۴ ساعت اول بعد از ترمیم دیده می‌شود. که می‌توان آنرا با انقباض و انبساطی که در ساعت اولیه ترمیم در آمالگام رخ می‌دهد مرتبط دانست (۲ و ۸) همچنین ریزنشست با گذشت زمان کاهش یافته است (۱۸ و ۲۰ و ۵)

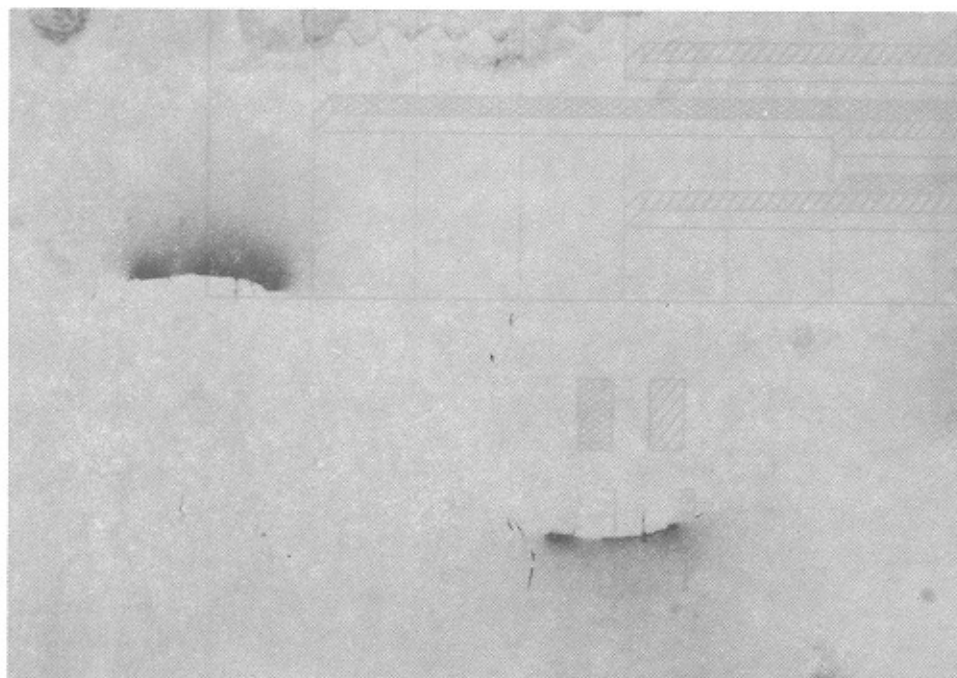




نوع نشست دیواره اکلوژالی C

نوع نشست دیواره جینجیوالی C

تصویر ۱ - اتورادیوگراف ۱ ماهه آمالگام سینا



نوع نشست دیواره اکلوژالی B

نوع نشست دیواره جینجیوالی C

تصویر ۲ - اتورادیوگراف ۲ ماهه سیرالوی

## SUMMARY

The relation between Dental caries and the milk that child feed by it is the subject of this study.

Amalgam continues to be the most widely used material in dentistry (17). It is used in at least 75% of all single - tooth restorations(1). Its continuous popularity all over the world is attributed to a number of factors.

Among the most important of these are relative ease of manipulation, cost, time required for insertion, and clinical longevity (17).

The other reason for this popularity is the tendency of the amalgam restoration to minimize marginal leakage (1,2).The reason for the diminished leakage has been attributed, in part, to the deposition of corrosion products from the amalgam into the space between the restoration and tooth(2).

Dental amalgam are combinations of mercury with silver, copper, tin , and possibly zinc or other metals in dilute concentrations(17).

One of the most important clinical properties of dental amalgam is microleakage.

Microleakage- the passage of bacteria, fluids, chemical substances, molecules and ions between the tooth and its restoration(3). Microleakage at the restoration tooth interface has long been identified as a cause of secondary caries and postoperative sensitivity(7).

Factors contributing to microleakage include the interfacial space/inadequate physical properties of the restorative material, and improper restorative technique or procedures. Microleakage is Used as a criterion by which dentists and researchers can predict the performance of restorative materials in the oral environment(3).

The purpose of this research is to evaluate the in vitro microleakage of Cinaalloy, a high - copper amalgam with fine - cut particles that is producing by the shahid Dr. Faghihi factory, and Sybraloy, a standard spherical high - copper amalgam, that is producing by sybron/kerr factory.

This avaluation was made by  $^{45}\text{Ca}$  (CES3 Amersham England) isotope solution in the form of calcium chloride. The specimens were evaluated at 24 hours, one month, two months after condensation. The results of the statical analysis for differences in microleakage of each restorative material and the differences within materials at each time interval at the 5% level of significance, showed that no significant difference in microleakage is observed in the two amalgams.

## REFERENCES

1. Baure, J.G ; Henson, J.L. 1989. Microleakage: A measure of the Performance of direct filling materials. Operative Dent. 9: 2-9.
2. Phillips, R.W. 1982. Skinner's science of dental materials. 58.59, 302-343. 490-491
3. Smith, D.C; Williams, D.F. 1982. Biocompatibility of dental materials. P:5.
4. Andrews, J.T; Hembree, J.H. 1978. Microleakage of several amalgam systems: An animal study. J.P.D. oct; 40:418-421.
5. Andrews, J.T; Hembree, J.H. 1975. In vivo evaluation of marginal leakage of corrosion - resistant amalgam alloy. J.Dent child oct; 42(5) 367-370.
6. Boyer, D.B; Torney, D.L. 1979. Microleakage of amalgam restorations with high - copper content. JADA. August; 99:199-202.
7. Bradley, E.L; Gottlieb, E.W. et al. 1985. Microleakage of conventional and high copper amalgam restoration. J.P.D. 53:355-360.
8. Leinfelder, K.F; Lemonds, J.E. 1988. Clinical restorative materials and techniques. 1-42,58,71.
9. Mahler, D.B; Nelson, L.W. 1984. Factors affecting the marginal leakage of amalgam. JADA. 108: 51-54
10. Fanian, F; Hadavi, F; Asgar, k. 1983. Marginal leakage of dental amalgam, J. operative Dent. 8:11-17
11. Hause, R.C; Patterson, M.W. [etal] 1980. An evaluation of marginal leakage of spherical high - copper amalgam J.P.D. 44:432-425.
12. Wilson, C.J; Rugge, G. 1963. Clinical study of dental amalgam. JADA. June; 66:31-38.
13. Hembree, J.H; Andrews, J.T. 1973. Microleakage of several class V anterior restorative materials: a laboratory study JADA. August; 97:179-183.
14. Swart, M.L; Phillips, R.W. [etal]. 1974. A comparison of in vivo and in vitro micro leakage of dental Restoration. JADA. March; 88:592-602.
15. Welsh, E.L; Nuckles, D.B; Hembree, J.H. 1984. Microleakage of direct gold restorations An in vitro study, J.P.D. 51: 33-35.
16. Murray, G.A; Yates, J.L. [et all] Effect of four cavity varnishes and fluoride solution on microleakage of dental amalgam restoration.
17. Bullard, R.H; Leinfelder, K.F; Russel, C.M. 1988. Effect of coefficient of thermal expansion on microleakage. JADA. June; 116:871-814.
18. Phillips, R.W. 1984. Elements of dental materials. Sanders, p.: 6-11, 201-207, 343, 345.