

بررسی دشواری‌های پس از تحویل پروتز پارسیل متحرک در دانشکده‌ی دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز در سال تحصیلی ۱۳۸۱ تا ۱۳۸۲

دکتر فریده بحرانی* - دکتر میترا فرزین** - دکتر علی اکبر سنایی توکلی***

چکیده

هدف: هدف از انجام این پژوهش، بررسی دشواری‌های بیماران پس از تحویل پروتز پارسیل کرم کبالت در مدت دو ترم در بخش پروتز متحرک دانشکده‌ی دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز، در سال ۱۳۸۱ تا ۱۳۸۲ می‌باشد.

مواد و روش: شمار ۵۰ نفر از بیماران، به شیوه‌ی تصادفی انتخاب شدند. این بیماران، سالم و بدون مشکلات سیستمیک بودند. دنچر آنها، به وسیله‌ی دانشجویان ترم آخر ساخته شده بود. آنها در دو نوبت، یک روز پس از اصلاحات لازم و یک هفته پس از تحویل، به وسیله‌ی پرسشنامه بررسی شدند. واکنش بیماران نسبت به پرسش‌های مطرح شده، ارزیابی گردید.

یافته‌ها: یافته‌های آماری نشان داد که، وقوع زخم و زدگی در عمق وستیبول و جای ریج‌های برج‌مانده، از بیشترین درصد برخوردار بود (۷۲ درصد)، که پس از یک هفته، به ۱۲ درصد کاهش یافت. کمبود گیر به هنگام غذا خوردن و اکسنتریک، ۴۴ درصد بود، که پس از تصحیح اکلوزن، یک هفته پس از آن، به ۱۵ درصد کاهش یافت. وجود حالت تهوع و دشواری در گفتار، ۴۴ درصد بود، که پس از یک هفته، تا چهار درصد کاهش داشت. تحریکات آسیب‌های دهانی، مانند آفت و تبخال، از درصدی پایین برخوردار بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به همه‌ی نکات مورد بررسی، این نتیجه به دست آمد، که دقت کافی بر روی همه‌ی مراحل ساخت پروتزهای پارسیل کرم کبالت، به ویژه مراحل قالب‌گیری و تنظیم اکلوزن، از اهمیتی ویژه برخوردار است.

واژگان کلیدی: دشواری‌های پس از تحویل - پروتز پارسیل متحرک - زخم دنچر

* مربی گروه پروتز متحرک دانشکده‌ی دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

** استادیار گروه پروتز متحرک دانشکده‌ی دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

*** دندانپزشک

برای ساختن پروتز بهتر، دانستن معایب و محاسن پروتز دارای اهمیت است. از آنجا که، جا گرفتن پروتز در دهان، تغییراتی ویژه در بافت‌های نرم و سخت ایجاد می‌کند، بنابراین لازمه‌ی یک کار خوب، آن است که، پس از تحویل پروتز به بیمار، درمان پایان یافته نشود و نتیجه‌ی کار پیگیری شود. از نظر جسمانی، بیمار به پروتزی نیاز دارد، که افزون بر سازگاری کامل بر بافت‌های دهانی، زیبایی از دست رفته را نیز به وی بازگرداند. چنانچه ساخت پروتز بر پایه‌ی نیازهای فیزیولوژیک بیمار انجام پذیرفته، بیمار می‌تواند برای سالیان دراز از پروتز دلخواه خود، به گونه‌ای درخور، بهرمنند شود. برای فراهم آوردن نیازهای فیزیولوژیک، پروتز بایستی بتواند نقش تکیه گاه و حمایت از بافت‌های نرم، سخت و ماهیچه‌های فکی-دهانی را با پایین‌ترین آسیب فراهم کند^(۱ و ۲). در غیر این صورت، بیمار برای جوییدن، به عنوان نخستین فرایند گوارشی، دشواری خواهد داشت و این خود، پی‌آمدهایی جبران ناپذیر را به دنبال خواهد آورد. بررسی‌های انجام شده نشان می‌دهد که، بیشتر شکایت‌ها به موارد زیر مربوط می‌شود: زخم در زیر پایه پروتز، کمبود گیر در حالات مرکزی و غذا خوردن و ناتوانی در جوییدن و نمای نامناسب، وجود تهوع، نارسایی در گفتار، فشار زیر پیوند دهنده‌ی اصلی و کلاسه‌ها، طراحی نادرست اسکلت فلزی، گسترش ناکافی پایه پروتز، یکنواخت نبودن فشار اکلوزن^(۱ و ۲ و ۳).

به دلیل ناهمخوانی پایه و گسترش ناکافی، پروتز حرکت می‌کند و به هنگام انجام حرکات مضغی، بافت زیرین را زخم می‌کند^(۱). برای درمان این ناراحتی، بایستی دنچر تعویض و یا اگر دشواری به بیس آکریلی مربوط است، در پروتزهای انتهایی آزاد، به کمک آستر کردن بیس و یا مواد بهسازی نسجی دنچر را تحمل‌پذیر کرد. به دلیل گسترش بیشتر از اندازه‌ی سد پستی به گونه‌ای که، به بافت متحرک کام نرم تجاوز کرده باشد، زخم در سد کامی پستی ایجاد شده و تهوع و دشواری در گفتار به وجود می‌آید، در این

مورد، باید لبه را کوتاه کرد^(۲) و از آنجا که تصحیح و اصلاح اشکالات مربوط به زیبایی پس از تحویل دنچر، بسیار دشوار است، بهتر است هر تلاشی در این زمینه در مرحله‌ی به دهان گذاشتن آزمایش دنچر، انجام شود^(۳).

با وجود همه‌ی تلاشی که دندانپزشک برای به دست آوردن خرسندی بیمار می‌کند، همیشه بیمارانی هستند، که هنگام گذاشتن دنچر، از ظاهر خود ناخرسند هستند. پس، نباید بیمار به دلیل این ناسازگاری سرزنش شود. چرا که، برای او دشوار است که، بتواند درباره‌ی همه‌ی جزئیات ظاهری دنچر اظهار نظر کند^(۲). طراحی پروتزهای پارسیل برای کسانی که درگیر مشکلات پریو هستند، پی‌آمدهای ویژه‌ی خود به جا می‌گذارد^(۴)، اگر درمانگر به این امر آگاه نباشد و ملاحظات ویژه را در نظر نگیرد و به فرایندهای گوناگون، که باعث افزایش نیروهای اهرمی بر روی دندان‌های پایه و اسکان تجمع پلاک می‌گردد، بی‌توجه باشد، ناراحتی لثه افزایش پیدا می‌یابد.

اثر اصلاح سطوح فلزی پروتز در کنترل میکرولیکیج پروتز کرم کبالت^(۵)، میکرولیکیج در جای اتصال فلز به آکریل، ممکن است باعث گیر مواد غذایی، تغییر رنگ و یا تخریب ساختار آکریل گردد^(۶). پس به این ناحیه، به عنوان جایی حساس، بایستی توجه شود. در استفاده از پروتزهای کرم کبالت، زخم‌های مخاطی ناشایع، اما تجمع پلاک، التهاب لثه، تحلیل لثه، به ویژه در نواحی مجاور دنچر، شایع است^(۷). پس، این الزام وجود دارد که، پیش از تحویل پروتز به بیمار، اقدام‌های بهداشتی و پیشگیری، مانند جرم‌گیری و دوره‌های بازدید منظم، به بیمار داده شود^(۸ و ۹).

ساتیو (Satio) و همکاران، گزارش کرده‌اند، که کمترین دشواری‌های مورد بررسی آنها، در طراحی کلاسه‌ها و بیشترین، به اشکالات دنچر بیس و پیوند دهنده‌ی اصلی مربوط بوده است^(۱۰).

هدف از انجام این پژوهش، بررسی دشواری‌های پس از تحویل پروتز به بیمار و آرایه‌ی راهکارهایی برای رفع آنها و پیشنهاد برای جلوگیری از به وجود آمدن چنین دشواری‌هایی بود.

مواد و روش

در این بررسی توصیفی، ۵۰ بیمار (۲۹ زن و ۲۱ مرد) مراجعه کننده به بخش پروتز متحرک دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز برگزیده شدند. این بیماران، دارای پروتز متحرک کرم کبالت با انتهای آزاد یک طرفه یا دو طرفه که پروتز آنها، به وسیله دانشجویان سال ششم در سال تحصیلی ۱۳۸۱ تا ۱۳۸۲ و زیر نظر استادان بخش پروتز متحرک، دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز طراحی شده و در آزمایشگاه دانشکده ساخته شده، با میانگین سنی بین ۴۵ تا ۶۰ سال برگزیده شدند. از این میان، ۱۸ مورد، کلاس یک فک پایین، ۱۵ مورد، کلاس دو فک پایین و ۱۱ مورد، کلاس یک فک بالا و شش مورد کلاس دو فک بالا بودند. در بررسی بالینی و آزمایشگاهی، بیماران مورد بررسی، سالم و بدون هر گونه ناراحتی‌های سیستمیک بودند. بیماران در دو نوبت، یک روز پس از اصلاحات لازم و یک هفته پس از تحویل دنچر، به وسیله پرسشنامه‌ای، که شامل نه پرسش بود، ارزیابی شدند. واکنش بیماران نسبت به پرسش‌های مطرح شده، بررسی شد. پس از گرفتن پاسخ مورد نظر، یافته‌ها به شیوه آماری بررسی شدند. روش آمارگیری، به گونه‌ی مراجعه پیوسته بود. شمار افراد در نمونه برگزیده شده، همان نماینده جمعیت آماری بودند. شمار بیمارانی که دارای یک یا چند مشکل از موارد یاد شده در پرسشنامه بودند، به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شدند. نوع مشکل آنها، با بهره‌جویی از فرمول زیر، به صورت احتمال به فرایند درصد تعریف شدند:

$$P(A) = \frac{N(A)}{N(S)} \times 100$$

S= همه‌ی افراد انتخابی
P= احتمال وجود دشواری
A= شمار افراد دارای دشواری

یافته‌ها

در مورد پرسش ایجاد زخم در جای ریج‌های برجا مانده و درد ناشی از لمس و تورم، شمار افرادی که، یک روز پس از تحویل پاسخ مثبت دادند، ۳۶ نفر

بودند، که ۷۲ درصد از بیماران را در بر می‌گرفت. یک هفته پس از تحویل، این ناراحتی در حدود ۱۲ درصد کاهش یافت، که این کاهش، برابر با ۱/۶ بیماران مورد بررسی را تشکیل می‌داد (جدول شماره ۱).

در مورد کمبود گیر در حالات اکسنتریک و غذا خوردن، شمار افرادی که، یک روز پس از تحویل پروتز، به این پرسش، پاسخ مثبت دادند، ۲۲ نفر بودند، که ۴۴ درصد از همه‌ی افراد را در برداشت. این مشکل، یک هفته پس از تحویل، به ۱۵ درصد کاهش یافت. در مورد تهوع و نارسایی در گفتار، یک روز پس از تحویل دنچر، شمار ۲۲ نفر از بیماران به این پرسش پاسخ مثبت دادند، که ۴۴ درصد از همه‌ی افراد را در بر می‌گرفت. پس از یک هفته، این ناراحتی به ۴ درصد کاهش یافت. پس از مطرح شدن این پرسش درباره‌ی، عدم هماهنگی رنگ و شکل دندان‌های مصنوعی و طبیعی، در افرادی که، یک روز پس از تحویل، بررسی شدند، هشت نفر به این پرسش، پاسخ مثبت دادند، که ۱۶ درصد از همه‌ی افراد را در برداشت. یک هفته پس از آن، کاهش چندان‌ی را نشان نمی‌داد (۱۴ درصد). درباره‌ی اشکال در زیبایی دنچر و کلاسپ‌ها، شمار پاسخ مثبت به این پرسش، یک روز پس از تحویل، ۱۶ نفر بودند، که ۳۲ درصد از همه را در بر می‌گرفت و این اشکال، پس از یک هفته، کاهش چشمگیر نداشت (۲۴ درصد). البته، یادآوری می‌شود که، همه‌ی پروتزهای مورد بررسی، پروتزهای جایگزین کننده‌ی دندان‌های خلفی (کلاس یک، دو) بودند. شمار افرادی که به پرسش درباره‌ی، ایجاد زخم در زیر پیوند دهنده‌ی اصلی و کلاسپ‌ها، یک روز پس از تحویل پاسخ مثبت دادند، ۱۶ نفر بودند، که ۳۲ درصد از همه‌ی افراد است. این ناراحتی، پس از یک هفته، به ۱۶ درصد کاهش یافت. شمار افرادی که، به این پرسش درباره‌ی تحریک آسیب‌های دهانی پس از استفاده از دنچر (مانند آفت تب‌خال) در یک روز پس از تحویل پاسخ مثبت دادند، دوفنر بودند که چهار درصد کل رادر بر داشت و یک هفته پس از تحویل، کاملاً از میان رفت. در مورد طراحی نادرست اسکلت فلزی گسترش ناکافی پایه پروتز، موردی مشاهده نگردید.

گونه‌ی ناراحتی	شمار افراد دارای ناراحتی (نفر)	یک روز پس از تحویل (درصد)	یک هفته پس از آن (درصد)
۱- ایجاد درد و زخم در جای ریج‌های برج‌مانده	۳۶	۷۲	۱۲
۲- کمبود گیر در حالات اکستنتریک و غذا خوردن	۲۲	۴۴	۱۵
۳- وجود حالت تهوع و دشواری در گفتار	۲۲	۴۴	۴
۴- ناهماهنگی رنگ و شکل دندان‌های طبیعی و مصنوعی	۸	۱۶	۱۴
۵- اشکال در زیبایی دنچر	۱۶	۳۲	۲۴
۶- ایجاد درد، زخم در زیر پیوند دهنده‌ی اصلی	۱۶	۳۲	۱۶
۷- تحریک آسیب‌های دهانی	۲	۴	۰
۸- طراحی نادرست اسکلت فلزی	۰	۰	۰
۹- گسترش ناکافی دنچر بیس	۰	۰	۰

جدول شماره‌ی ۱

بحث

ایجاد زخم و زدگی در این بررسی، در حدود ۷۲ درصد از بیماران را در برمی‌گرفت، که درصدی بالا را نشان می‌دهد. همان‌گونه که، ساتیو و همکاران^(۱۰) گزارش کرده‌اند، ایجاد زخم و زدگی بیشترین مشکلی است، که بیماران استفاده کننده از پروتزهای کروم کبالت با آن روبه رو هستند. در این بررسی، در حدود ۷۲ درصد از بیماران با این مشکل روبه رو بودند، که علت آن، بلندی بیشتر از اندازه‌ی لبه‌های دنچر و ضخامت نامناسب در ناحیه‌ی فرنوم‌ها بود. این آسیب‌ها، از نظر اندازه، کوچک و در حدود یک تا دو میلی‌متر بوده و این زخم در برآمدگی ناچیز بود. در پروتزهای انتهای آزاد فک پایین، مخاط پوشاننده‌ی دو خط مایل داخلی و خارجی معمولاً شل هستند و حرکت دنچر باعث تحریک مخاط زیرین می‌شود^(۸). جای آسیب‌ها به کمک نشانه‌گذاری با مواد کوپینگ آشکار و به پروتز منتقل شدند و سپس، این نقاط آزاد (رلیف) شدند و در بررسی دوم بیماران، که یک هفته پس از آن انجام شد، این ناراحتی در حدود ۱۲ درصد کاهش یافته بود، که بررسی و اصلاح شدند. بیشترین زدگی‌ها در این بررسی‌ها، همان‌گونه که مک گرگور و هارت ول نیز بیان کرده‌اند^(۷،۲)، در ناحیه‌ی شیب لینگوالی ریج فک پایین مشاهده شد. ای‌تلیوم سطحی، حالت جدا شدن از روی ریج را داشت، که بر

اثر فشار بر روی این ناحیه بوده، مخاط جونده‌ی سست، بستری نامناسب را برای بیس آکریلی پروتز به وجود می‌آورد، که به دنبال آن، بر ثبات پروتز اثر گذاشته و به دلیل افزایش حرکت نامناسب دنچر بر روی این بستر نامناسب، فرایند التهابی و به دنبال آن، زخم و زدگی زیر پروتز رخ می‌دهد^(۷،۱۰). در پروتز پارسیل، شکل اکلوزالی دندان‌های مصنوعی باید در ارتباط با اکلوزن پیشین دندان‌های برج‌مانده هماهنگ گردد. در این بررسی، ناراحتی‌های ناشی از ناهماهنگی اکلوزن، که باعث کاهش گیر در حرکات جانبی و غذا خوردن بیمار می‌شود، ۴۴ درصد بود، که درصدی چشمگیر است. همان‌گونه که، مک گرگور و هانسن نیز پیشنهاد کرده‌اند^(۴،۲)، در اینجا باید به چند نکته به هنگام ساخت پروتز پارسیل توجه کرد: اصلاح ناهماهنگی اکلوزن یا بازسازی جای دندان‌های طبیعی بیمار، پیش از ساخت پروتز پارسیل و انجام مراحل ثبت، ثبت Co و CR درست بیماران و اصلاح اختلالات اکلوزنی ناشی از پخت دنچر.

درصد ناراحتی‌های ناشی از اکلوزن در هفته‌ی پس از تحویل، به مراتب کاهش یافته، که این، خود به روحیه‌ی آموزش پذیری و سازگاری بیماری و تدابیری ارتباط دارد، که دندانپزشک می‌اندیشد^(۱). در پروتزهای انتهای آزاد، مواردی مانند ناهمخوانی پایه پروتز و گسترش ناکافی آن و یا طراحی نادرست

بازوهای نگه دارنده و به ویژه نگه دارنده‌ی مستقیم، دلایلی برای گیر ناکافی در حرکات غیر مرکزی هستند^(۱)، که این موارد و اشکالات، در بررسی کنونی دیده نشد. تهوع و نارسای در گفتار، به دلیل شکل و طرح پیوند دهنده‌های اصلی و فرعی و گسترش بیشتر از اندازه‌ی پروتز است^(۲)، که با نازک کردن آکریل یا فلز اتصال دهنده‌ی اصلی در ناحیه‌ی روگا و تغییر کانتور نواحی آکریلی، وضعیت گفتار و تهوع بیمار بهبود می‌یابد. در بررسی کنونی، ۱۸ نفر از پروتزهای پارسیل فک بالا استفاده می‌کردند، که ۳۶ درصد آنها، یک روز پس از تحویل حالت تهوع داشتند. یک هفته بعد از حذف عیب‌های پروتزها، تهوع در بیماران دیده نشد و دشواری‌های گفتاری اندکی برجا مانده بود، که آن هم، با گذشت زمان و تمرین بیماران برطرف می‌شود^(۳). ایجاد زخم و فشار در زیر پیوند دهنده‌های اصلی و کلاسپ‌ها، یک روز پس از تحویل، ۳۲ درصد بوده است، که علت آن را می‌توان در مراحل قالب‌گیری و انجام رلیف و بلوک اوت به هنگام ساخت اسکلت فلزی جست و جو کرد. ثبت دقیق بافتی در قالب‌گیری ثانویه به کمک تری اختصاصی، دقت را در قالب‌گیری پروتز افزایش می‌دهد^(۳). همچنین، با دقت بر روی انجام دقیق مراحل رلیف و بلوک اوت، پیش از ساخت اسکلت پروتز پارسیل، می‌توان از ایجاد زخم زیر کلاسپ‌ها و پیوند دهنده‌های اصلی کاست^(۱). در باره‌ی ناهماهنگی رنگ و شکل دندان‌های طبیعی و مصنوعی، با توجه به این که، بیماران مورد بررسی، همگی دارای دینچرهای جایگزین کننده‌ی دندان‌های پستی بودند، اما باز هم در حدود ۱۶ درصد ناخرسند بودند، که پس از یک هفته، به ۱۴ درصد کاهش یافته بود، که آن را هم می‌توان به عادت کردن بیماران نسبت داد. همچنین، اشکال در زیبایی دینچرها، ۳۲ درصد بود، که پس از یک هفته، به ۲۴ درصد کاهش یافت که آن را می‌توان به انجام پرداخت بهتر و ایجاد کانتور مناسب‌تر در جلسه‌ی نخست بررسی نسبت داد و باید توجه داشت که، هیچ یک از بیماران از پروتزهای جایگزین کننده‌ی دندان‌های جلو استفاده

نمی‌کردند، که در غیر این صورت، درصد این ناراحتی‌ها بالاتر بود.

نتیجه‌گیری

۱- بیشترین ناراحتی‌ها، زدگی در زیر دینچر بیس در نقاط گوناگون دهانی است، که برای کاهش آن، باید به مراحل قالب‌گیری توجه بیشتری کرد.

۲- ناراحتی‌های مربوط به گیر در اندازه‌های چشمگیر نیست، با این همه امید می‌رود، بررسی کنونی راهی برای انگیزش و دست کم معرفی منبعی برای بررسی و درمان این ناراحتی‌ها باشد.

۳- برای مشکلی مانند ناهماهنگی رنگ و شکل دندان‌های مصنوعی، در مقایسه با گونه‌ی دندان‌های طبیعی خود بیمار، چنانچه پیش از ساخت پروتز پارسیل، دقت لازم انجام نشود، پس از تحویل هم، کار چندان مهمی در از میان بردن ناراحتی مورد نظر نمی‌توان انجام داد. بنابراین در همین جا پیشنهاد می‌شود که، وجود انواع دندان با اندازه و رنگ‌های گوناگون، می‌تواند در انتخاب دندان مناسب اهمیت داشته باشد. ساخت و دقت در انجام مناسب مدلاژ و پرداخت پایه آکریلی پروتزها از اهمیتی ویژه برخوردار است.

۴- حالت تهوع و دشواری در گفتار پس از یک هفته کاهش چشمگیر داشته و برای پیشگیری از ایجاد حالت تهوع، بهتر است شکل پیوند دهنده‌ی اصلی و فرعی و گستردگی انتهای دینچر بر روی سد کامی خلفی تکیه نکند و به کانتور پیوند دهنده‌های اصلی در فک بالا و پایین دقت کرد، تا بر گفتار بیماران اثر نگذارد، که این خود، به دقت در انجام مراحل موم گذاری و پرداخت اسکلت فلزی بستگی دارد. با توجه به همه‌ی نکات مورد بررسی، چنین نتیجه گرفته می‌شود، که دقت کافی بر روی همه‌ی مراحل ساخت پروتزهای پارسیل کروم کبالت از اهمیتی ویژه برخوردار است.

References

1. McGivey G, Macracken S. Removable partial prosthodontics. 10th Ed. Mosby, 2000;153-173.
2. MacGergor A. Roy clinical dental prosthetics. 3th Ed. 1989;246-252.
3. Ellinger Charles W. Synopsis of complete dentures. Philadelphia: Lea and Febiger, 1975;69-79.
4. Hansen C, Clear K, Lamar SD. Removable partial denture designs considerations where periodontally compromised teeth exist. Int J Period Rest Dent. 1997 ;17:88-93.
5. Sharp B, Morton D, Clark AZ. Effectiveness of metal surface treatment in controlling microleakage of the acrylic resin framework interface. J Prosthet Dent. 2000;84:614-22.
6. Yeung A, Chow E, Clark R. Oral health status of patients 5-6 years after placement of cobalt-chromium removable dentures. J Oral Rehabil. 2000; 27:183-9.
7. Hartwell Charles M. Syllabus of complete dentures. 4th.Ed. Philadelphia: Lea and Febiger, 1986;391-400.
8. Boucher O. Swenson's complete denture. 6thEd. St.Louis, Mosby, 1970;525, 259.
9. Grundstarm L, Ilnert K, et al. An 8-year follow up of removal partial denture treatment performed by the public dental health service in a Swedish country Swed. J Dent. 2001;25:75-9.
10. Satio M, Natani K, et al. Complication and failure in removal partial denture: A clinical evaluation. J Oral Rehabil. 2002; 29:627-33.

Abstract

Evaluation of Post Complications after Delivery of Removal Partial Denture in Shiraz, School of Dentistry, Shiraz University of Medical Sciences, 2002-2003

F. Bahrani, DMD

Instructor of Prosthodontic, School of Dentistry, Shiraz University of Medical Sciences.

M. Farzin, DMD, MScD

Assistant Professor of Prosthodontic, School of Dentistry, Shiraz University of Medical Sciences.

AA.Sanaei Tavakoli, DMD

Dentist

Aim: This research was conducted in the academic year 2002-2003 in the Department of Prosthodontics of School of Dentistry, Shiraz University of Medical Sciences to investigate patients post complications after delivery of R.P.D.

Materials and Method: 50 Patients who were psychologically healthy and without systemic diseases were selected. The dentures were made and delivered by sixth year dental students. They were evaluated twice using questionnaires one day and one week after the delivery of their dentures. Responses of patients to the proposed questions were evaluated.

Results: Statistical analysis of the data showed that denture soreness on residual ridge and vestibule was maximum (72%), which was reduced to 12% after one week. Lack of retention in centric and eccentric was 44%, which was reduced to 15% one week later. Gag reflex and speaking inability was reduced from 44% to 4% in one week. Herpis and apthous lesion were low.

Conclusion: It is recommended that more precise attention be given to impression stages and occlusion adjustment while making R.P.D.

Key words: Post complication, Removal partial denture, Denture soreness.