

Shear Bond Strength of Metallic and Ceramic Brackets Bonded with Two-step and Three-step Light Cure Adhesives

Sepide Dadgar¹,
Mehran Armin¹,
Parastoo Namdar¹,
Jamshid Yazdani Charati²,
Zohre Koohi³

¹ Assistant Professor, Department of Orthodontics, Faculty of Dentistry, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

² Associate Professor, Department of Biostatistics, Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

³ Dental Surgeon, Faculty of Dentistry, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received November 16, 2019 ; Accepted February 18, 2020)

Abstract

Background and purpose: The bonding process is highly important in orthodontic treatment for its fast speed. The purpose of this study was to compare the shear bond strength of ceramic and metallic brackets between three stage (transbond™ XT) and two stage (GC ortho connect™) light cure composites.

Materials and methods: In this experimental study, 80 maxillary and mandibular first and second premolar teeth, extracted for the purpose of orthodontic treatment, were randomly divided into four groups (n=20 per group). All teeth were etched using 35% phosphoric acid. They were then bonded with metallic brackets with GC ortho connect™ composite (group I), and Transbond™ XT composite (group II), and ceramic brackets with GC ortho connect™ composite (group III) and Transbond™ XT composite (group IV). The shear bond strength of the brackets was measured by universal testing machine 24 hours after thermocycling and mounting procedures. The amount of resin remained on the tooth surface was determined by stereomicroscope. Data were analyzed by SPSS V22 applying Kruskal–Wallis one-way analysis of variance.

Results: The average shear bond strength in groups I, II, III, and IV were 18.71 ± 1.99 , 19.82 ± 8.75 , 18.4 ± 5.78 , and 18.5 ± 52.42 MPa, indicating no significant differences between the groups studied ($P > 0.05$). Also, we found no significant differences in adhesive remnant index (ARI) between all groups ($P = 0.641$).

Conclusion: The shear bond strength of GC ortho connect™ composite was similar to that of the Transbond™ XT composite in both metallic and ceramic brackets. Therefore, GC ortho connect™ can serve as a substitute for Transbond™ XT.

Keywords: shear bond strength, metallic bracket, ceramic bracket, orthodontic bonding

J Mazandaran Univ Med Sci 2019; 30 (183): 53-61 (Persian).

* **Corresponding Author:** Zohre Koohi - Faculty of Dentistry, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
(E-mail: zohre.koohi70@gmail.com)

مقایسه استحکام باند برشی براکت های فلزی و سرامیکی با دو نوع ادهزیو نوری سه مرحله ای و دوحله ای

سپیده دادگر^۱
مهران آرمین^۱
پرستو نامدار^۱
جمشید یزدانی چراتی^۲
زهره کوهی^۳

چکیده

سابقه و هدف: پروسه ی باندینگ و افزایش سرعت آن در درمان ارتودنسی از اهمیت زیادی برخوردار است. هدف از این مطالعه، مقایسه استحکام باند برشی براکت های فلزی و سرامیکی با دو نوع کامپوزیت نوری سه مرحله ای ترانس باند (Transbond XT) و دو مرحله ای (GC orthoconnect) می باشد.

مواد و روش ها: در این مطالعه آزمایشگاهی ۸۰ دندان پرمولر اول و دوم ماکزیلا و مندیبل که به هدف درمان ارتودنسی کشیده شدند، به صورت تصادفی به ۴ گروه مساوی تقسیم شدند. تمامی دندان ها با ژل اسید فسفریک ۳۵ درصد اچ شدند. سپس در گروه اول براکت های فلزی با کامپوزیت GC orthoconnect در گروه دوم براکت فلزی با کامپوزیت ترانس باند، در گروه سوم براکت سرامیکی با کامپوزیت GC و در گروه چهارم براکت سرامیکی با کامپوزیت ترانس باند، باند شدند. ۲۴ ساعت پس از ترموسایکلینگ و فرآیند مانت، استحکام باند برشی براکت ها با دستگاه universal testing machine اندازه گیری شد. میزان رزین باقیمانده در سطح دندان توسط استریومیکروسکوپ ارزیابی گردید. سپس داده ها توسط نرم افزار SPSS22 و تست های آماری واریانس و kruskal_Wallis مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: میانگین استحکام باند برشی (بر حسب mpa) در گروه اول ($18/71 \pm 1/99$)، در گروه دوم ($19/82 \pm 8/75$)، در گروه سوم ($18/4 \pm 5/78$) و در گروه چهارم ($18/52 \pm 5/42$) بود. استحکام باند برشی گروه ها اختلاف معنی داری نداشت ($P > 0/05$). اختلاف میزان ایندکس اثر چسبندگی گروه ها نیز معنی دار نبود ($P = 0/641$).

استنتاج: در این مطالعه میزان استحکام باند برشی GC orthoconnect با استفاده از هر دو نوع براکت فلزی و سرامیکی مشابه با کامپوزیت ترانس باند بود. در نتیجه استفاده از GC orthoconnect می تواند جایگزینی برای استفاده از Transbond XT (TBXT) باشد.

واژه های کلیدی: استحکام باند برشی، براکت فلزی، براکت سرامیکی، باندینگ ارتودنسی

مقدمه

ادهزیو دندانی جهت انجام باندینگ ارتودنسی معرفی شدند و ابداع روش اسید اچ به تغییرات ژرفی در ارتودنسی منجر گردید (۲).

یکی از فاکتورهای ضروری در درمان های متداول ارتودنسی ایجاد باند مناسب بین اتچمنت ارتودنسی و مینای دندان می باشد (۱). در اواخر دهه ۱۹۵۰ سیستم های

E-mail: zohre.koohi70@gmail.com

مؤلف مسئول: زهره کوهی - ساری: دانشگاه علوم پزشکی مازندران، دانشکده دندانپزشکی

۱. استادیار، بخش ارتودنسیکس، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۲. دانشیار، آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۳. دندانپزشک، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۸/۲۵ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۸/۸/۲۷ تاریخ تصویب: ۱۳۹۸/۱۱/۲۹

امروزه کامپوزیت‌های ارتودنسی در انواعی شامل دوخمیری، خمیر مایع و نوری در بازار موجود هستند که نشان‌دهنده تنوع فوق‌العاده این مواد می‌باشد (۳). در سال‌های اخیر، جهت افزایش سرعت پروسه باندینگ و کاهش آلودگی حین کار، کامپوزیت‌های متعددی وارد بازار شده‌اند. یک کامپوزیت جدید به نام GC orthoconnect (شرکت Japan - GC) پس از استفاده از اسید فسفریک برای اچ مینا، بدون استفاده از ماده باندینگ مستقیماً به دندان باند می‌شود. سیستم معمول باندینگ از سه ماده مختلف جهت باند برکت‌های ارتودنسی به مینا استفاده می‌کند: ۱. کاندیشنر مینا، ۲. محلول ادهزیو، ۳. کامپوزیت (۱). اسید فسفریک ۳۰ تا ۴۰ درصد بهترین نگهدارنده الگوی اچینگ می‌باشد، به همین جهت در این مطالعه از اسید ultraetch ۳۵ درصد استفاده شده است (۱). کامپوزیت GC با حذف مرحله پرایمر (محلول باندینگ) مراحل کار را به دو مرحله کاهش می‌دهد (۴) که دارای مزایایی می‌باشد. کاهش مراحل کاری، زمان را برای کلینیسن ذخیره می‌کند (۵) و زمان نشست بیمار روی صندلی کاهش می‌یابد و در نتیجه تحمل بیمار افزایش می‌یابد (۶). در ضمن باعث آزادسازی فلوراید در نزدیکی برکت‌ها و کاهش پوسیدگی می‌شود، زیرا ۹۷ درصد از افرادی که تحت درمان ارتودنسی قرار می‌گیرند دچار WSLs (white spot lesions) می‌شوند (۷). کاهش تغییر رنگ ناشی از باندینگ ارتودنسی، ناشی از نفوذ غیرقابل برگشت تگ‌های رزینی به درون ساختار مینا می‌باشد (۸). به رشد بافت نرم در حفره دهان هیپرپلازی گفته می‌شود که از لحاظ اتیولوژی چند فاکتور دارد، اما بسیاری از پارامترها از جمله بهداشت دهانی ضعیف و بیماری‌های پریدونتال به آن مرتبط می‌باشند (۹). همچنین ثبات درمان ارتودنسی یک نگرانی کلینیکی اصلی می‌باشد، زیرا که در بسیاری از موارد (به خصوص دندان‌های قدامی مندیبل) بعد از مرتب شدن، ریلپس مشاهده می‌شود (۱۰). استحکام باند طی یک چرخه اعمال فشار تا زمان شکست باند، اندازه‌گیری می‌شود (۱۱). استحکام باند

برشی مطلوب براکت ارتودنسی باید به اندازه‌ای باشد که بتواند در برابر نیروها در طول دوره درمان مقاومت کند و در عین حال در پایان درمان بدون آسیب به مینا این باند شکسته شود (۱۲). از نظر عملی استحکام باند مطلوب به مینای دندان، ۱۸ تا ۲۴ مگاپاسکال می‌باشد (۱۳).

ترموسایکلینگ روشی آزمایشگاهی است که در آن رزین چسبده و دندان در معرض سیکل‌های حرارتی، جهت شبیه‌سازی حفره دهان قرار می‌گیرند و به علت تفاوت در ضریب انبساط حرارتی بین براکت، ماده چسبده و دندان، استرس‌های انقباضی/انبساطی تکرار می‌شوند. این استرس‌ها ممکن است بر رزین چسبده و براکت تأثیر گذاشته و باعث شکست باند شوند (۱). سازمان بین‌المللی استاندارد (ISO) طی استاندارد TR 11450 در سال ۱۹۹۴، تعیین کرد که یک مرحله ترموسایکلینگ مناسب شامل ۵۰۰ سیکل در بین آب ۵ و ۵۵ درجه سانتی‌گراد خواهد بود (۱۴).

ایندکس اثر چسبندگی Adhesive Remnant Index (ARI) یا رتبه‌بندی ARI، شاخصی است که میزان کامپوزیت باقی‌مانده روی دندان‌ها را مشخص می‌کند. در اکثر مطالعات از این شیوه استفاده شده است (۱۵). این رتبه‌بندی در صورتی که دندان‌ها زیر میکروسکوپ مشاهده شوند به شکل زیر ارائه می‌شود:

- رتبه ۱: همه کامپوزیت روی دندان باقی بماند.
- رتبه ۲: بیش‌تر از ۹۰ درصد کامپوزیت روی دندان باقی بماند.
- رتبه ۳: بیش‌تر از ۱۰ درصد و کم‌تر از ۹۰ درصد کامپوزیت روی دندان باقی بماند.
- رتبه ۴: کم‌تر از ۱۰ درصد کامپوزیت روی دندان باقی بماند.
- رتبه ۵: هیچ کامپوزیتی روی دندان باقی نماند (۱۶).

باقی ماندن کامپوزیت کم‌تر بر روی دندان، ارجح است زیرا بعد از دبانده شدن کم‌تری صرف برداشت اضافات کامپوزیت می‌شود و مینا آسیب کم‌تری می‌بیند.

مواد و روش‌ها

۸۰ دندان پرمولر انسانی که برای اهداف ارتودنسی کشیده شده بودند جمع‌آوری شدند، سطح مینای باکال دندان‌ها بدون پوسیدگی، ترمیم و یا ترک مشخص بود و درمان سفید کردن دندان (بلیچینگ) قبلاً روی آن‌ها صورت نگرفته بود (۶). دندان‌ها تا زمان انجام آزمایش در محلول نرمال سالین قرار داده شدند (۱۷). در دانشکده دندانپزشکی ساری سطح مینای باکال تمام دندان‌ها قبل از باندینگ به مدت ۱۰ ثانیه با مخلوطی از آب و پامیس بدون فلوراید با استفاده از هندپیس low speed تمیز شدند و سپس جهت حذف پامیس یا دبری‌ها با اسپری آب شسته و با فشار هوا بدون روغن خشک شدند (۱۸). نمونه‌ها به‌طور تصادفی به ۴ گروه ۲۰ تایی تقسیم و براکت‌ها طبق اصول زیر روی سطح باکال دندان‌ها باند شدند.

ژل اسید فسفریک ۳۵ درصد (ultra etch) با استفاده از میکرو براش، ۳۰ ثانیه روی مینای باکال قرار داده شد، سپس با مقدار کافی آب شسته و با پوآر هوا خشک شد تا نمای سفید یخ‌زده (frosty white) ایجاد شود (۱۸). ادامه کار در ۴ گروه به شکل متفاوت انجام شد:

گروه A: GC ortho connect and Metallic Bracket
پس از پروسه اچینگ، کامپوزیت GC روی سطح براکت فلزی (standard_022_American orthodontics) قرار گرفت و براکت عمود بر محور طولی دندان در مرکز سطح باکال دندان، به‌گونه‌ای که مرکز براکت در ۴ mm رأس نوک کاسپ قرار بگیرد، باند گردید (۱۹) و سپس اضافات کامپوزیت به دقت با استفاده از سوند از مارجین براکت به منظور حذف افزایش جزئی سطح بیس، برداشته شد (۱۸).

گروه B: Transbond XT and Metallic Bracket
پس از اچ کردن با ژل اولترادنت، یک لایه نازک از باندینگ موجود در کیت (primer TBXT) به‌وسیله یک میکروبراش دیگر روی سطح مینای اچ شده apply شد و سپس به مدت ۵ ثانیه کیور شد (۱۸). کامپوزیت

ترانس باند در بیس براکت قرار داده شده و طبق اصول مذکور در گروه A به دندان باند شد.

گروه C: GC ortho connect and Ceramic Bracket
مطابق گروه اول دندان‌ها با براکت سرامیکی (Clarity شرکت 3M) باند شدند.

گروه D: Transbond XT and Ceramic Bracket
مطابق گروه دوم دندان‌ها با براکت سرامیکی (Clarity شرکت 3M) باند شدند.

تمام دندان‌ها پس از باند براکت و برداشتن اضافات کامپوزیت، با استفاده از دستگاه لایت کیور (Woodpecker) LED با شدت نور ۱۰۰۰ mw/cm² که توسط رادیو متر تأیید شده بود، به مدت ۱۰ ثانیه از سمت دیستال و ۱۰ ثانیه از سمت مزیال (جمعاً به مدت ۲۰ ثانیه) کیور شدند (۱۸).

پس از آن نمونه‌ها در دانشگاه علوم پزشکی تهران (مرکز تحقیقات دندانپزشکی) توسط دستگاه ترموسایکل (vafaei C_300) در حمام آب با درجه حرارت ۵۵±۲ و ۵±۲ سانتی‌گراد بر اساس استاندارد TR 11450 به میزان ۵۰۰ دور ترموسایکل شدند (هر سیکل شامل ۳۰ ثانیه حمام آب گرم ۲۰ ثانیه اینتروال ۳۰ ثانیه حمام آب سرد) (۱۹).

قبل از اندازه‌گیری استحکام باند برشی، نمونه‌ها جهت قرارگیری مناسب در دستگاه مانع شدند. به این صورت که یک سیم چهارگوش ۱۹x۲۵ (Ortho-Technology_USA) در شیار براکت قرار گرفت و سیم توسط اورینگ (Ortho Technology_USA_Florida) بر روی براکت‌های باند شده به دندان ثابت گردید. جهت ثابت کردن و تنظیم براکت‌ها به نحوی که سطح آن‌ها کاملاً عمود بر سطح افقی قرار گیرد، قالب‌های فلزی به شکل مکعب مستطیل به ابعاد سطح مقطع ۲x۲ سانتی‌متر و ارتفاع ۳ سانتی‌متر تهیه شد که در آن شیاری برای قرارگیری سیم تعبیه شد (۱۹). یک هفته بعد از

استحکام باند برشی

جدول شماره ۱: مقایسه SBS بین گروه‌ها با آنالیز variance ($P > 0.05$)

گروه‌های مورد مطالعه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	ضریب اطمینان ۹۵ درصد	حد بالا	حد پایین
A	۲۰	۱۸/۷۱	۱/۹۹	۲۱/۳۸	۱۶/۰۴	
B	۲۰	۱۹/۸۲	۸/۷۵	۲۲/۴۹	۱۷/۱۵	
C	۱۹	۱۸/۴	۵/۷۸	۲۱/۱۴	۱۵/۶۶	
D	۲۰	۱۸/۵۲	۵/۴۲	۲۱/۱۹	۱۵/۸۵	

P= ۰/۸۷۲

A = GC ortho connect and metallic Bracket

B = Transbond and Metallic Bracket

C = GC ortho connect and Ceramic Bracket

D = Transbond and Ceramic Bracket

ایندکس اثر چسبندگی

جدول شماره ۲: مقایسه ARI بین گروه‌ها بر اساس

Kruskal-Wallis Test

گروه‌های مورد مطالعه	تعداد	میان
A	۲۰	۴
B	۲۰	۴
C	۱۹	۴
D	۲۰	۴

P= ۰/۶۴۱

جدول شماره ۳: توزیع فراوانی شاخص میزان کامپوزیت باقیمانده

در سطح دندان بر حسب درصد در گروه‌های مختلف

گروه	رتبه	درصد ۱۰۰	درصد ۹۰-۹۹	درصد ۸۰-۸۹	درصد ۷۰-۷۹	درصد ۶۰-۶۹	درصد ۵۰-۵۹	درصد ۴۰-۴۹	درصد ۳۰-۳۹	درصد ۲۰-۲۹	درصد ۱۰-۱۹	درصد ۰-۹	Score 5	تعداد (درصد)
A	۱	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
B	۲	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
C	۳	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
D	۴	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

بحث

باند مستقیم براکت‌های ارتودنسی مهارت کلینیکال ارتودنتیست‌ها را به‌طور قابل توجهی افزایش داد، اما نیاز است که روش‌های باندینگ با ذخیره زمان و هزینه بهبود بخشیده شود. اگرچه اثبات شده که سیستم‌های باندینگ اخیر قابل اعتماد هستند، اما هنوز کم کردن حساسیت تکنیکی و کاهش زمان کار با کاهش تعداد مراحل پروسه باندینگ برای بهبود ضروری است (۲۰). از لحاظ تئوری بهترین روش برای ارزیابی کارایی سیستم

باندینگ (۲۰)، ۲۴ ساعت بعد از ترموسایکلینگ جهت اندازه‌گیری SBS (Shear Bond Strength) نمونه‌ها در jig متصل به دستگاه (Zwick/Roell_ZO20_Germany) قرار گرفتند و نیرو توسط blade، با سرعت ۰/۵mm/min به سطح بین براکت و دندان وارد شد و تا جدا شدن براکت نیرو افزایش یافت. بیش‌ترین نیرویی که براکت را از سطح دندان جدا نمود، ثبت شد. نیرو بر حسب نیوتن اندازه‌گیری شد و با تقسیم آن بر سطح مقطع براکت استحکام باند برشی تعیین شد (۱۹). میانگین سطح مقطع براکت‌های فلزی ۱۲mm² و میانگین سطح مقطع براکت‌های سرامیکی ۱۲/۲ mm² تعیین شد (۲۰).

$$SBS = \frac{F(N)}{A(mm^2)} \quad (mpa)$$

فرمول استحکام باند برشی

سطح همه دندان‌ها برای تعیین ARI توسط استریومیکروسکوپ (Axiom_Germany_Burstadt) و با بزرگ‌نمایی ۱۰x در دانشکده بهداشت ساری (آزمایشگاه حشره‌شناسی) مشاهده شد و میزان کامپوزیت باقی‌مانده روی دندان بر اساس رتبه‌بندی زیر اعلام گردید:

- رتبه ۱: همه کامپوزیت روی دندان باقی بماند.
- رتبه ۲: بیش‌تر از ۹۰ درصد کامپوزیت روی دندان باقی بماند.
- رتبه ۳: بیش‌تر از ۱۰ درصد و کم‌تر از ۹۰ درصد کامپوزیت روی دندان باقی بماند.
- رتبه ۴: کم‌تر از ۱۰ درصد کامپوزیت روی دندان باقی بماند.
- رتبه ۵: هیچ کامپوزیتی روی دندان باقی نماند (۱۶).

یافته‌ها

پس از جمع‌آوری ۸۰ دندان پرمولر انسانی و تقسیم آن‌ها به ۴ گروه مساوی، براکت‌های فلزی و سرامیکی با دو نوع کامپوزیت سه مرحله‌ای و دو مرحله‌ای به دندان باند شدند و نتایج زیر حاصل شد:

باندینگ و هرگونه اثر بر مینا تست های *in_vivo* به صورت *controlled trial* می باشد. به علت محدودیت های مختلف و وجود متغیرهای تأثیرگذار در این روش، در بسیاری از مطالعات از روش *in_vitro* استفاده می شود. بر همین اساس، مطالعه حاضر جهت استحکام باند کامپوزیت جدید دو مرحله ای، به شکل *in_vitro* و آزمایشگاهی انجام شد (۲۱).

در مطالعه حاضر که هدف مقایسه استحکام باند برشی براکت های فلزی و سرامیکی با دو نوع کامپوزیت نوری دو مرحله ای و سه مرحله ای بود، میانگین SBS گروه های C, B, A و D به ترتیب ۱۸/۷۱، ۱۹/۸۲، ۱۸/۴ و ۱۸/۵۲ بود. طبق بررسی Reynolds حداقل استحکام باند برشی مطلوب در کلینیک ارتودنسی ۵/۹ تا ۷/۸ mpa است (۲۲)، اما از نظر عملی استحکام باند مطلوب به مینای دندان ۱۸ تا ۲۴ mpa می باشد (۱۳) و نتایج حاصل از مطالعه حاضر نیز نشان داده که هر دو کامپوزیت GC ortho connect و Transbond باند شده با براکت های فلزی و سرامیکی دارای استحکام باند مطلوب می باشند. بنابراین قابل استفاده در کلینیک هستند.

در مطالعه میرزا کوچکی در سال ۲۰۱۶ مانند مطالعه حاضر تفاوت معنی داری بین مقایسه ARI و SBS بین گروه ها وجود نداشت، اما تفاوت در میزان عددی SBS می تواند به علت تفاوت در نوع مطالعه باشد که به صورت *in_vivo* بوده و دندان ها ۳۰ روز بعد از باندینگ خارج و دباوند شدند (۲۳) همچنین وی در سال ۲۰۱۲ نیز نتایج مشابهی مشاهده شده بود با این تفاوت که مدت زمان کیورینگ ۴۰ ثانیه بود و بعد از باندینگ نمونه ها در انکوباتور نگهداری می شدند و تعداد دفعات ترموسایکل ۱۰۰۰ سیکل، با ترانسفر تایم ۱۰ ثانیه بود (۲۰).

در مطالعه Rocha (۲۴) نیز اختلاف معنی داری بین SBS گروه ها وجود نداشت. با توجه به این که مینای استفاده شده مربوط به انسیزور گاوی بود، اما برخلاف مطالعه حاضر ایندکس اثر چسبندگی گروه ها متفاوت

بود و میزان کامپوزیت بیش تری روی سطح دندان باقی مانده بود.

اما در مطالعه انصاری نتایج متفاوت از سایر مقالات بود. میانگین SBS بین گروه ها، با اینکه شرایط اجرایی با مطالعه فعلی بسیار مشابه بود از ۱۷/۵ تا ۲۷/۲۶ متغیر بود. در نتیجه این مقاله می تواند گواه بر این باشد که تفاوت در میزان عددی استحکام باند در گروه های همین مطالعه، طرح بیس براکت می باشد. همچنین نقاط شکست در براکت های مختلف، متفاوت بود یعنی اختلاف ARI بین گروه ها معنی دار بود (۱۸).

در مطالعه Uysal برخلاف مطالعه حاضر نتیجه گرفتند که SEP (self etching primer) به طور معنی داری میزان SBS را کاهش می دهد. استحکام باند گروه هایی که با سیستم conventional acid etch (سه مرحله ای) باند شده بودند به طور معنی داری بیش تر از گروه هایی بود که با SEP (دو مرحله ای) باند شده بودند. به خصوص در براکت های سرامیکی میزان عددی SBS نیز بالای ۲۰ بود. این اختلاف عددی را می توان به عدم انجام ترموسایکل و افزایش سطح مقطع براکت های سرامیکی به ۱۴/۵۴ mm² دانست. در صورتی که در این مطالعه میانگین سطح بیس براکت سرامیکی ۱۲/۲ mm² در نظر گرفته شد، اما اختلاف معنی داری در محل شکست بین گروه ها مشاهده نشد ($P > 0.05$) (۶).

Van Noort (۲۵) و Unterbrink (۲۶) عنوان نمودند اندازه سطح باند در میزان استحکام نهایی باند بسیار مهم است. افزایش قطر یا مساحت بیس براکت و توسعه ادهزیو فراتر از آن نیز باعث افزایش معنی دار در میزان استحکام باند می شود (۱۵). در این مطالعه نیز برای جلوگیری از آسیب به استحکام باند اضافات کامپوزیت فقط با اکسپلورر و تا حد امکان کامپوزیت های پس زده شده از اطراف براکت برداشته شده اند که می تواند موجب افزایش سطح باند شود.

پس با بررسی مقالات مختلف و طبق مطالعه Matos NRSd ترموسایکلینگ SBS را کاهش و

دباندینگ و با دست اعمال می شود نسبت به تیغه دستگاه، استرس کمتری اعمال کرده و آسیب کمتری به مینا وارد می کند (۲۸).

در نتیجه با توجه به اینکه میزان استحکام باند برشی GC Ortho connect در حد Transbond و در محدوده مطلوب جهت استحکام باند برشی براکت های فلزی و سرامیکی می باشد، جهت ذخیره زمان استفاده از کامپوزیت دو مرحله ای GC orthoconnect می تواند جایگزینی برای روش معمول اچ و باند خصوصاً در اعمال ارتودنسی باشد.

سپاسگزاری

به این وسیله از تمامی اساتید راهنمای تحقیق تقدیر و تشکر می گردد. مقاله با کد اخلاق IR.MAZUMS.REC.96.3070 مورد تایید است.

کاربرد اسید اچ، SBS را افزایش می دهد (۲۷). همچنین نگهداری نمونه ها در آب، میزان استحکام باند را تا ۱۰/۷ mpa کاهش و هرثانیه افزایش photopolymerization و هر ۱ mm/min سرعت دستگاه اندازه گیری استحکام باند می تواند میزان باند را به ترتیب به میزان ۰/۰۷۷ و ۱/۳ mpa افزایش دهد (۲۱).

به نظر می رسد در آزمایش های in_vitro استحکام باند به دست آمده بیش تر از آزمایش های in_vivo باشد. از این جهت که شرایط آزمایشگاهی با شرایط داخل دهان متفاوت است، زیرا شرایط داخل دهانی مثل رطوبت، تغییرات دمایی زیاد و سایر متغیرها در دهان استحکام باند را تضعیف می کنند. به علاوه نیروی اعمال شده توسط دستگاه، نیروی shear خالص بوده درحالی که در کلینیک نیرو ترکیبی از shear، tensile و torsional می باشد. بنابراین نیرویی که توسط پلایر

References

1. Elekdag-Turk S, Turk T, Isci D, Ozkalayci N. Thermocycling effects on shear bond strength of a self-etching primer. Angle Orthod 2008; 78(2): 351-356.
2. Buonocore MG. A simple method of increasing the adhesion of acrylic filling materials to enamel surfaces. J Dent Res 1955; 34(6): 849-853.
3. Tang AT, Liu Y, Björkman L, Ekstrand J. In vitro cytotoxicity of orthodontic bonding resins on human oral fibroblasts. Am J Orthod Dentofacial Orthop 1999; 116(2): 132-138.
4. Øgaard B. Prevalence of white spot lesions in 19-year-olds: A study on untreated and orthodontically treated persons 5 years after treatment. Am J Orthod Dentofac 1989; 96(5): 423-427.
5. Aljubouri Y, Millett D, Gilmour W. Laboratory evaluation of a self etching primer for orthodontic bonding. Eur J Orthod 2003; 25(4): 411-415.
6. Uysal T, Ustidal A, Kurt G. Evaluation of shear bond strength of metallic and ceramic brackets bonded to enamel prepared with self-etching primer. Eur J Orthod 2009; 32(2): 214-218.
7. Boersma J, Van der Veen M, Lagerweij M, Bokhout B, Prahl-Andersen B. Caries prevalence measured with QLF after treatment with fixed orthodontic appliances : influencing factors. Caries Res 2005; 39(1): 41-47.
8. Eliades T, Kakaboura A, Eliades G, Bradley TG. Comparison of enamel colour changes associated with orthodontic bonding using two different adhesives. Eur J Orthod 2001; 23(1): 85-90.
9. Karimi A, Sobouti F, Torabi S, Bakhshandehfard A, Amirian A, Shariati M,

- et al. Comparison of carbon dioxide laser with surgical blade for removal of epulis fissuratum. A randomized clinical trial. *J Lasers Med Sci* 2016; 7(3): 201-204.
10. Gerami A, Dadgar S, Rakhshan V, Jannati P, Sobouti F. Displacement and force distribution of splinted and tilted mandibular anterior teeth under occlusal loads: an in silico 3D finite element analysis. *Prog Orthod* 2016; 17(1): 16.
 11. Roberson T, Heymann HO, Swift Jr EJ. Sturdevant's art and science of operative dentistry. New York, Elsevier Health Sciences; 2006.
 12. Uysal T, Ulker M, Ramoglu SI, Ertas H. Microleakage under metallic and ceramic brackets bonded with orthodontic self-etching primer systems. *Angle Orthod* 2008; 78(6): 1089-1094.
 13. Heymann HO, Swift Jr EJ, Ritter AV. Sturdevant's Art & Science of Operative Dentistry-E-Book. New York: Elsevier Health Sciences; 2014.
 14. Yuasa T, Iijima M, Ito S, Muguruma T, Saito T, Mizoguchi I. Effects of long-term storage and thermocycling on bond strength of two self-etching primer adhesive systems. *Eur J Orthod* 2009; 32(3): 285-290.
 15. Davari A, Yassaei S, Danesh Kazemi A, Yousefi M. Effect of different methods of enamel conditioning on bond strength of orthodontic brackets. *JDM* 2006; 19(4): 32-39 (Persian).
 16. Bishara SE, Soliman MM, Oonsombat C, Laffoon JF, Ajlouni R. The effect of variation in mesh-base design on the shear bond strength of orthodontic brackets. *Angle Orthod* 2004; 74(3): 400-404.
 17. Carvalho AA, Moreira FC, Cunha LM, de Moura SM, Souza JBd, Estrela C, et al. Marginal microleakage of class II composite resin restorations due to restorative techniques. *Rev Odonto Ciênc* 2010; 25(2): 165-169.
 18. Ansari MY, Agarwal DK, Gupta A, Bhattacharya P, Ansar J, Bhandari R. Shear bond strength of ceramic brackets with different base designs: Comparative in-vitro study. *J Clin Diagn Res* 2016; 10(11): ZC64-ZC68
 19. Ravadgar M, Arash V, Pachenari H. Comparison of shear bond strength of the stainless steel metallic brackets bonded by three bonding systems. *Caspian J Dent Res* September 2013; 2(2): 29-35
 20. Mirzakouchaki B, Kimyai S, Hydari M, Shahrbafe S, Mirzakouchaki-Boroujeni P. Effect of self-etching primer/adhesive and conventional bonding on the shear bond strength in metallic and ceramic brackets. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2012; 17(1): e164-170.
 21. Finnema KJ, Özcan M, Post WJ, Ren Y, Dijkstra PU. In-vitro orthodontic bond strength testing: a systematic review and meta-analysis. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2010; 137(5): 615-622. e3.
 22. Hedayati Z, Gholinia F, Pakshir HR, Alavi A. The Effect of Different Tooth Surface Preparation Methods on Microshear Bond Strength. *Journal of Dentistry* 2008; 9(3): 253-262 (Persian).
 23. Mirzakouchaki B, Shirazi S, Sharghi R, Shirazi S, Moghimi M, Shahrbafe S. Shear bond strength and debonding characteristics of metal and ceramic brackets bonded with conventional acid-etch and self-etch primer systems :An in-vivo study. *J Clin Exp Den* 2016; 8(1): e38.

24. Rocha JMd, Gravina MA, Campos MJdS, Quintão CCA, Elias CN, Vitral RWF. Shear bond resistance and enamel surface comparison after the bonding and debonding of ceramic and metallic brackets. Dental Press J Orthod 2014; 19(1): 77-85.
25. Van Noort R, Cardew G, Howard I, Noroozi S. The effect of local interfacial geometry on the measurement of the tensile bond strength to dentin. J Dent Res 1991; 70(5): 889-893.
26. Unterbrink GL, Liebenberg WH. Flowable resin composites as" filled adhesives": Literature review and clinical recommendations. Quintessence Int 1999; 30(4): 249-257.
27. Matos NRSd, Costa AR, Valdrighi HC, Correr AB, Vedovello SA, Santamaria Jr M, et al. Effect of acid etching, silane and thermal cycling on the bond strength of metallic brackets to ceramic. Braz Dent J 2016; 27(6): 734-738.
28. Arhun N, Arman A, editors. Effects of orthodontic mechanics on tooth enamel: a review. Semin Orthodo 2007; 13(4): 281-291.