

# جراحی دهان، فک و صورت

## پیترسون (هاپ) ۲۰۱۹

مترجمین:

دکتر رضا گلوردي یزدي، دکتر شقايق بزرگزاده، دکتر صبا ميرزايان، دکتر دنيا سادات ماهوتچي، دکتر مهدие حاجى مرادى، دکتر سارا افشارى نيا، دکتر محمد مصطفى آقامحسنی، دکتر مهشید كرانى، دکتر پويا فدایي تهرانی، دکتر زينب بختيارى

ويراستاران علمی:

دکتر علیرضا جهانگيرنيا، دکتر پويا باقرى، دکتر پارسا بهنیا، دکتر طناز پورلک

زير نظر:

دکتر علیرضا جهانگيرنيا، دکتر سيداميده كيهان

عنوان و نام پدیدآور	Hupp, James R.	هاب، جیمز آر.
جهانگیریا ... [و دیگران]	چهانگیریا ... [و دیگران]	چهانگیریا ... [و دیگران]؛ زیر نظر علیرضا چهانگیریا، سیدامید کیهان.
تهران : شایان نمودار، ۱۳۹۹.	تهران : شایان نمودار، ۱۳۹۹.	تهران : شایان نمودار، ۱۳۹۹.
ص.: صور، جدول: ۲۲ × ۳۹ س.م.	ص.: صور، جدول: ۲۲ × ۳۹ س.م.	ص.: صور، جدول: ۲۲ × ۳۹ س.م.
شابک ۹۷۸-۹۶۴-۲۳۷-۴۸۷-۸	شابک ۹۷۸-۹۶۴-۲۳۷-۴۸۷-۸	شابک ۹۷۸-۹۶۴-۲۳۷-۴۸۷-۸
فیبا	فیبا	فیبا
وادداشت	وادداشت	وادداشت
یادداشت	یادداشت	یادداشت
عنوان اصلی: Contemporary oral and maxillofacial surgery, 7th ed, 2019.	عنوان اصلی: Contemporary oral and maxillofacial surgery, 7th ed, 2019.	عنوان اصلی: Contemporary oral and maxillofacial surgery, 7th ed, 2019.
متجمین رضا گلوردي يزدي، شفاقت بزرگزاده، صبا ميرزايان، دنياسادات ماهوتچي، مهدие حاجيمرادي، سارا افشاري، محمدمصطففي آقامحسنی، مهشید کرانی، پويا فابي تهاني، زينب بختيارى ويراستاران علمي عليرضا چهانگيريان، پويا باقرى، پارسا بهنها، طناز پورلک.	متجمین رضا گلوردي يزدي، شفاقت بزرگزاده، صبا ميرزايان، دنياسادات ماهوتچي، مهدие حاجيمرادي، سارا افشاري، محمدمصطففي آقامحسنی، مهشید کرانی، پويا فابي تهاني، زينب بختيارى ويراستاران علمي عليرضا چهانگيريان، پويا باقرى، پارسا بهنها، طناز پورلک.	متجمین رضا گلوردي يزدي، شفاقت بزرگزاده، صبا ميرزايان، دنياسادات ماهوتچي، مهدие حاجيمرادي، سارا افشاري، محمدمصطففي آقامحسنی، مهشید کرانی، پويا فابي تهاني، زينب بختيارى ويراستاران علمي عليرضا چهانگيريان، پويا باقرى، پارسا بهنها، طناز پورلک.
جراحی هان و فک و صورت نوین (پيترسون)	جراحی هان و فک و صورت نوین (پيترسون)	جراحی هان و فک و صورت نوین (پيترسون)
دهان -- جراحی	دهان -- جراحی	دهان -- جراحی
Mouth -- Surgery	Mouth -- Surgery	Mouth -- Surgery
فك -- جراحی	Jaws -- Surgery	فك -- جراحی
Jaws -- Surgery	صورت -- جراحی	Jaws -- Surgery
صورت -- جراحی	Face -- Surgery	صورت -- جراحی
Face -- Surgery	Lip -- Surgery	Face -- Surgery
Lip -- Surgery	لبا -- جراحی	Lip -- Surgery
لبا -- جراحی	Lips -- Surgery	لبا -- جراحی
Lips -- Surgery	اليس، ادوارد	Lips -- Surgery
اليس، ادوارد	Ellis, Edward	اليس، ادوارد
تاك، ميريون آر.	Tucker, Myron R	تاك، ميريون آر.
گلوردي يزدي، رضا، ۱۳۷۷ -، مترجم	گلوردي يزدي، رضا، ۱۳۷۷ -، مترجم	گلوردي يزدي، رضا، ۱۳۷۷ -، مترجم
چهانگيريان، ميرضا، ۱۳۹۹ - ويراستار	چهانگيريان، ميرضا، ۱۳۹۹ - ويراستار	چهانگيريان، ميرضا، ۱۳۹۹ - ويراستار
کيهان، سيداميد	کيهان، سيداميد	کيهان، سيداميد
پيترسون، لاري، ۱۹۴۶ - م. جراحی دهان و فک و صورت نوین (پيترسون)	پيترسون، لاري، ۱۹۴۶ - م. جراحی دهان و فک و صورت نوین (پيترسون)	پيترسون، لاري، ۱۹۴۶ - م. جراحی دهان و فک و صورت نوین (پيترسون)
RK529	RK529	RK529
۶۱۷/۵۲۳۰۵۹	۶۱۷/۵۲۳۰۵۹	۶۱۷/۵۲۳۰۵۹
رده بندی دبوسي	رده بندی دبوسي	رده بندی دبوسي
شماره کتابشناسی ملي	شماره کتابشناسی ملي	شماره کتابشناسی ملي

## نام کتاب: جراحی دهان، فک و صورت پیترسون (هاب) ۲۰۱۹

متجمین: دکتر رضا گلوردي يزدي، دکتر شفاقت بزرگزاده، دکتر صبا ميرزايان، دکتر دنيا سادات ماهوتچي، دکتر مهدие حاجيمرادي، دکتر سارا افشاري، دکتر محمدمصطففي آقامحسنی، دکتر مهشید کرانی، دکتر پويا فابي تهاني، دکتر زينب بختيارى

ويراستاران علمي: دکتر عليرضا چهانگيريان، دکتر پويا باقرى، دکتر پارسا بهنها، دکتر طناز پورلک

زير نظر: دکتر عليرضا چهانگيريان، دکتر سيداميد کيهان

ناشر: انتشارات شایان نمودار

شمارگان: ۱۰۰۰ جلد

مدیر تولید: مهندس علی خزعلی

حروفچيني و صفحه آريابي: انتشارات شایان نمودار

طرح جلد: آتلیه طراحی شایان نمودار

نویت چاپ: اول

تاریخ چاپ: بهار ۱۳۹۹

شابک: ۹۷۸-۹۶۴-۲۳۷-۴۸۷-۸

قيمت: ۴۰۰, ۳, ۴۰۰ ریال



شایان نمودار

دفتر مرکزی: تهران / میدان فاطمی / خیابان چهلستون / خیابان دوم / پلاک ۵۰ / بلوک B / طبقه همکف / تلفن: ۸۸۹۸۸۸۶۸

وب سایت: [shayannemoodar.com](http://shayannemoodar.com)

اینستاگرام: [Shayannemoodar](https://www.instagram.com/shayannemoodar/)

(تمام حقوق برای ناشر محفوظ است. هیچ بخشی از این کتاب، بدون اجازه مكتوب ناشر، قابل تکثیر یا تولید مجدد به هیچ شکلی، از جمله چاپ، فتوکپی، انتشار الکترونیکی، فیلم و صدا نیست.)

این اثر تحت پوشش قانون حمایت از مولفان و مصنفان ایران قرار دارد.)

## مقدمه

### به نام خداوند جان و خرد

خدای خود را شاکرم که بار دیگر توانایی به من داد تا در کتاب همکاران خوب و دانشمند بتوانیم ترجمه ای تقریباً کامل و با حداقل نقص را تقدیم جامعه دندانپزشکی کشور نماییم.

به علت پیشرفت‌های سریع و تغییر و تحول در دانش جراحی دهان و فک و صورت و نیاز به داشتن مرجعی علمی و معتبر در این زمینه، کتاب جراحی دهان، فک و صورت نوین پیترسون سال‌هاست که وظیفه آموزش علمی و عملی را عهده‌دار می‌باشد. در چاپ‌های قبلی کتاب بعلت مرجع بودن و آموزش در دوره دندانپزشکی عمومی ترجمه آن همواره حائز اهمیت بوده است و چاپ جدید ۲۰۱۹ نیز با توجه به نیاز دانشجویان و همکاران دندانپزشک و رزیدنت‌های رشته جراحی دهان و فک و صورت و متخصصین رشته‌های مختلف دندانپزشکی مورد ترجمه قرار گرفته است.

در چاپ جدید فصل مربوط به علم ایمپلنت‌های دندانی کاملاً به روز شده است و فصل مربوط به جراحی‌های زیبایی صورت نیز تغییرات شایان توجهی داشته است. تغییراتی در متن فصول مختلف اعمال شده که سعی بر ترجمه دقیق و در برخی موارد کلمات علمی نیز به همان صورت لاتین نگارش شده است.

همچنین با نوآوری جدیدی در این کتاب برای برخی فصول ویدئوی آموزشی به منظور درک بهتر مطالب تئوری، تهیه گردیده و همراه با کتاب فوق ارائه شده است.

امید است که این مرجع ارزشمند مورد توجه و استفاده همکاران و دانشجویان گرامی قرار گرفته و منبع اثر مناسبی در آموزش جراحی دهان و فک و صورت باشد.

بطور حتم ترجمه حاضر با وجود ویراستاری، بدون اشکال نخواهد بود. لذا از طریق ایمیل پاسخگوی انتقادات و اصلاحات لازم خواهم بود.

از انتشارات شایان نمودار بخصوص سرکار خانم آقازاده در فراهم نمودن زمینه‌های لازم سپاس بسیار دارم و آرزومند آرزوهای خوب همگان هستم.

Alireza\_omfs@icloud.com

علیرضا جهانگیرنیا

بهار ۱۳۹۹

# فهرست مطالب

<b>بخش اول: اصول جراحی ..... ۶</b>
فصل اول: ارزیابی سلامت بیمار پیش از بیمار ..... ۷
فصل دوم: پشگیری و مدیریت اورژانس های پزشکی ..... ۳۱
فصل سوم: اصول جراحی ..... ۵۳
فصل چهارم: ترمیم زخم ..... ۶۱
فصل پنجم: کنترل عفونت در جراحی ..... ۷۵
فصل ششم: کنترل درد و اضطراب در اعمال جراحی دهان ..... ۹۰
<b>بخش دوم: تشخیص و طرح ریزی درمان ..... ۱۰۷</b>
فصل هفتم: وسایل جراحی دهان ( <b>همراه با فیلم آموزشی</b> ) ..... ۱۰۸
فصل هشتم: اصول خارج کردن دندان به روش ساده ( <b>همراه با فیلم آموزشی</b> ) ..... ۱۳۶
فصل نهم: اصول خارج کردن دندان های پیچیده تر ( <b>همراه با فیلم آموزشی</b> ) ..... ۱۷۲
فصل دهم: اصول خارج کردن دندان های نهفته ( <b>همراه با فیلم آموزشی</b> ) ..... ۲۰۴
فصل یازدهم: مدیریت بیمار بعد از کشیدن دندان ..... ۲۳۴
فصل دوازدهم: ملاحظات پزشکی قانونی ..... ۲۶۰
<b>بخش سوم: جراحی پیش پروتزی و ایمپلنت ..... ۲۷۵</b>
فصل سیزدهم: جراحی پیش پروتزی ..... ۲۷۶
فصل چهاردهم: درمان ایمپلنت: مفاهیم و روش های مقدماتی ( <b>همراه با فیلم آموزشی</b> ) ..... ۳۱۶
فصل پانزدهم: درمان ایمپلنت: نظریات پیشرفتی و موارد پیچیده ( <b>همراه با فیلم آموزشی</b> ) ..... ۳۵۱
<b>بخش چهارم: عفونت ها ..... ۳۸۸</b>
فصل شانزدهم: اصول درمان و پیشگیری از عفونت های ادنتوژنیک ..... ۳۸۹
فصل هفدهم: عفونت های ادنتوژنیک پیچیده ..... ۴۱۲
فصل هجدهم: اصول جراحی اندودنتیک ..... ۴۴۲

فصل نوزدهم: ملاحظات درمانی در بیماران تحت درمان با شعه درمانی و یا شیمی درمانی ..... ۴۷۲	.....
فصل بیست: بیماریهای ادونتوژنیک سینوس ماکزیلاری ..... ۴۹۷	.....
فصل بیست و یکم: تشخیص و درمان در بیماری‌ها و اختلالات غدد برازی ..... ۵۱۲	.....
<b>بخش پنجم: درمان ضایعات پاتولوژیک دهانی ..... ۵۴۲</b>	.....
فصل بیست و دوم: اصول تشخیص افتراقی و بیوپسی ..... ۵۴۳	.....
فصل بیست و سوم: درمان جراحی ضایعات پاتولوژیک حفره دهان ..... ۵۷۴	.....
<b>بخش ششم: آسیب دهان و فک و صورت بر اثر ضربه ..... ۵۹۸</b>	.....
فصل بیست و چهارم: آسیب‌های دنتوآلتوئولار و بافت نرم ..... ۵۹۹	.....
فصل بیست و پنجم: درمان شکستگی‌های صورت ..... ۶۲۵	.....
<b>بخش هفتم: دفورمیتی‌های دندانی صورتی ..... ۶۵۳</b>	.....
فصل بیست و ششم: اصلاح دفورمیتی‌های دنتوفشیال (همراه با فیلم آموزشی) ..... ۶۵۴	.....
فصل بیست و هفتم: جراحی‌های زیبایی صورت ..... ۷۰۳	.....
فصل بیست و هشتم: مدیریت بیماران دچار شکاف‌های دهان و صورت ..... ۷۲۱	.....
فصل بیست و نهم: بازسازی جراحی نقایص فکین ..... ۷۴۴	.....
<b>بخش هشتم: اختلالات تمپورومندیبولا ر و دیگر دردهای صورتی ..... ۷۶۱</b>	.....
فصل سی‌ام: نوروپاتی صورت ..... ۷۶۲	.....
فصل سی و یکم: درمان اختلالات مفصل گیجگاهی فکی ..... ۷۷۳	.....

# بخش ۱

## اصول جراحی

جراحی بر اصول استوار است که در نتیجه تحقیقات بنیادی و قرن‌ها آزمون خطابه دست آمده است. این اصول بر انواع جراحی‌ها مانند جراحی دهان، فک و صورت، جراحی پریودنتال و ... حکم‌فرما است. بخش اول اطلاعاتی راجع به ارزیابی سلامت بیمار، مدیریت اورژانس‌های پزشکی، مفهوم جراحی، اصول کنترل عفونت و کنترل درد و اضطراب ارائه می‌دهد. بسیاری از بیماران دارای شرایط پزشکی خاصی هستند که به روی توانایی تحمل جراحی‌های ماگزیلوفاشیال و بی‌هوشی تأثیر می‌گذارد. فصل ۱ در مورد پروسه ارزیابی وضعیت سلامت بیماران بحث می‌کند. همچنین در این فصل روش‌های تغییر در طرح درمان بیمارانی که دارای مشکلات شایع پزشکی می‌باشند، شرح داده شده است.

پیشگیری از اورژانس‌های پزشکی در بیمارانی که مورد جراحی‌های ماگزیلوفاشیال یا سایر موارد دندانپزشکی قرار می‌گیرند همیشه ساده‌تر از موارد اورژانسی است که اتفاق می‌افتد. فصل ۲ در مورد تشخیص و کنترل اورژانس‌های شایع پزشکی در کلینیک دندانپزشکی بحث می‌کند. همچنین در فصل ۲ اطلاعاتی که باعث کاهش احتمال اورژانس‌ها می‌باشند، ارزیابی می‌شود.

فصل ۳ مهمترین اصول را برای کسانی که جراحی در حفره دهان و نواحی ماگزیلوفاشیال را انجام می‌دهند، پوشش می‌دهد. جراحان بی‌تجربه فکر می‌کنند وقتی جراحی به اتمام می‌رسد که آخرین بخیه زده شده است و بیمار می‌رود در حالی که مسئولیت جراح تا زمانی که زخم بهبود یابد ادامه می‌یابد. بنابراین دانستن در مورد ترمیم زخم برای هر کس که زخم ایجاد می‌کند یا زخم‌های تصادفات را مدیریت می‌کند، اجباری می‌شود.

فصل ۴ اصول اولیه ترمیم زخم، خصوصاً آنهایی که به جراحی دهان مرتبط‌اند، را ارائه می‌کند.

کارهای semmelwiss و lister در سالهای ۱۸۰۰ کلینیسین‌ها را در مورد منشأ میکروبی عفونت‌های پس از جراحی آگاه نمود و منجر به تغییر جراحی از یک گزینه آخر به یک تلاش قابل پیش‌بینی موفق گردید. ظهرور آنتی‌بیوتیک‌ها و استفاده آنها به صورت سیستماتیک منجر به دانش جراحی پیشرفته گردید و باعث شد که جراحی‌های elective با ریسک پایین انجام گیرند. هنوز ارگانیزم‌های پاتوژنیک قابل انتقال وجود دارند و زمانی که سد اپی‌تیالی در حین جراحی پاره می‌شود آنها باعث عفونت زخم یا عفونت‌های سیستمیک می‌شود. جدی‌ترین مثال‌های آنها ویروس هپاتیت B و ویروس نقص ایمنی اکتسابی انسان HIV می‌باشند. علاوه بر آن میکروب‌های مقاوم به قوی‌ترین آنتی‌بیوتیک‌های امروزی در حال ظهورند که Asepsis را در جراحی از همیشه با اهمیت‌تر می‌گردانند.

فصل ۵ راه‌های تقلیل ریسک‌های قابل توجه در آسودگی زخم و انتشار ارگانیزم‌های عفونی در میان افراد را شرح می‌دهد. این روش‌ها شامل رفع کامل آسودگی وسایل جراحی، ضدعفونی اتاقی که جراحی در آن توسط اعضای تیم جراحی یا به عبارت دیگر تبعیت کامل از تکنیک aseptic می‌باشد.

سرانجام فصل ۶ روش‌های رایجی که جراحی‌های دهان را انجام می‌دهند و برای کنترل درد و اضطراب بیمار به کار می‌روند، که شامل بی‌حسی موضعی و آرامبخشی با نیتروزاکساید می‌باشند، را پوشش می‌دهد.

# ارزیابی وضعیت سلامت بیمار پیش از عمل

موضعی، آرام بخشی نیتروزاساید یا هردو، از ارزیابی‌های مورد نیاز بیمار بستری و نیازمند بهو شی عمومی متفاوت است. دندانپزشک باید وجود یا تاریخچه مشکلات پزشکی که ممکن است روش درمان را تحت تاثیر قرار دهد و همین طور شرایطی که روی ناحیه دهان، فک و صورت تاثیر می‌گذارند را دریابد. این مسئله بخصوص در جراحی‌های دنتوآلتوئولر که فاکتورهای اضافه‌ای مثل استرس، زخم خونریزی دهنده نیازمند بهبودی و میکروارگانیسم‌ها وجود دارد، اهمیت بیشتری دارد. دندانپزشک‌ها در علم بیومدیکال و پاتوفیزیولوژی عمومی مشکلات پزشکی آموزش دیده‌اند، به ویژه مشکلاتی که به ناحیه‌ی ماقزلوفیشیال مرتبط هستند. مهارت ویژه در موضوعات پزشکی مرتبط با ناحیه دهان، دندانپزشک را بخش ارزشمندی از تیم تأمین مراقبت سلامت جامعه می‌کند. مسئولیتی که وجود دارد این است که دندانپزشک باید قادر به تشخیص و مدیریت مناسب شرایط پاتولوژیک دهان باشد. برای نگهداری این مهارت، دندانپزشک باید از داروهایی که تازه وارد سیستم دارویی می‌شوند اطلاع داشته باشد. هنگام درمان بیماران، احتیاط کافی داشته و آماده باشد که ارزیابی دقیق و مختص‌مری از سلامت دهان بیماران را به سایر مراقبان سلامت منتقل کند.

## تاریخچه پزشکی

تاریخچه پزشکی دقیق، کارآمدترین اطلاعاتی است که دندانپزشک می‌تواند در اختیار داشته باشد تا تصمیم بگیرد که آیا بیمار می‌تواند بدون خطر درمان دندانپزشکی برنامه‌ریزی شده را دریافت کند یا خیر. دندانپزشک باید بتواند پیش‌بینی کند که مشکل یا مشکلات پزشکی، چگونه می‌توانند پاسخ بیمار به ماده‌ی حسی و جراحی را تغییر دهند. اگر تاریخچه پزشکی درست گرفته نشود، معاینه بالینی و ارزیابی لبراتواری نقش کمتری در بررسی قبل از جراحی ایفا خواهد کرد. فرم استانداردی که برای ثبت نتایج تاریخچه پزشکی و معاینه بالینی استفاده می‌شود در باکس ۱-۱ نشان داده شده است.

## رؤس مطالب فصل

- شرح حال پزشکی
- اطلاعات فردی (بیوگرافیک)
- شکایت اصلی
- تاریخچه شکایت اصلی
- تاریخچه پزشکی
- بررسی دستگاه‌های مختلف بدن
- معاینات بالینی
- تدابیر درمانی در بیماران مبتلا به بیماری‌های ناتوان کننده
- مشکلات قلبی عروقی
- بیماری ایسکمیک قلب
- آنژین صدری
- حملات مغزی عروقی
- دیس ریتمی قلبی
- ناهنجاری‌های قلبی مستعد اندوکاردیت باکتریال
- نارسایی احتقانی قلب (کاردیو میوپاتی هیپرتروفیک)
- مشکلات ریوی**
- اسم
- بیماری مزمون انسدادی ریه
- مشکلات کللویی**
- اختلالات کلیوی
- پیوند کلیه و پیوند سایر اعضاء
- هایپرتنشن
- مشکلات کبدی**
- مشکلات غدد درون ریز
- دیابت ملیتوس
- نارسایی آدرنال
- پرکاری تیروئید (هایپرتیروئیدیسم)
- کم کاری تیروئید (هایپوتیروئیدیسم)
- مشکلات خونی**
- اختلالات انعقادی ارشی
- جلوگیری از انعقاد برای اهداف درمانی
- مشکلات عصبی (نورولوژیک)**
- اختلالات تشنجی
- اتانولیسم (الکلیسم)
- تدابیر درمانی در بارداری و پس از زایمان
- بارداری
- پس از زایمان

وسعت تاریخچه پزشکی، معاینات بالینی و ارزیابی‌های لبراتواری مورد نیاز بیمار سرپایی مورد جراحی دنتوآلتوئولر تحت بی‌حسی

بیمار اولویت بندی می‌کند) علاوه براین و دار کردن بیمار به بیان chief complain، او را تشویق می‌کند که برای خودش و همین طور دندانپزشک روشی کند که چه انتظاری دارد. گهگاه ممکن است بیمار آگاهانه یا ناگاهانه هدفی مخفیانه داشته باشد. در این شرایط، اطلاعات اخذ شده از بیمار در مصاحبه ممکن است هدف واقعی بیمار را مشخص کند. (مثلًا استفاده از داروهای مخدر هنگام بستره در بیمارستان -استفاده از بیمه)

### (۳) تاریخچه شکایت اصلی (History of chief complain)

باید از بیمار خواسته شود که تاریخچه مشکل یا بیماری کنونی خودش را بگوید. بخصوص اینکه اولین بار کی اتفاق افتاده (first appearance)، هرگونه تغییری که از آن موقع داشته و این که چه تاثیری داشته و چه عواملی روی آن اثر می‌گذارد. مثلًا توصیف کردن درد شامل تاریخ شروع آن (Onset)، شدت (intensity)، طول مدت (duration)، محل (location)، شعاعی بودن و پراکنده شدن (radiation) و فاکتورهایی که درد را بدتر می‌کند یا بهبود می‌دهد. به علاوه باید در مورد علائم (symptoms) بالینی مثل تب، لرز، لتارزی (حالت گیجی و خواب آلودگی) آنورکسیا (بی‌اشتهايی)، malaise (بی‌حالی) و هرنوع ضعف همراه با شکایت اصلی جستجو شود.

این بخش از تاریخچه سلامت شاید کاملاً واضح باشد، مثلاً سابقه دو روزه درد و تورم در اطراف دندان مولرسوم در حال رویش، ولی ممکن است پیچیده تر باشد مثل محل کشیدن دندان که مدت‌هast ترمیم نمی‌شود و دردناک است و بیمار هم سابقه پرتو درمانی دارد. در این موارد پیچیده‌تر، اخذ تاریخچه باید دقیق‌تر انجام شود.

### (۴) تاریخچه پزشکی (medical History)

بیشتر دندانپزشکان پرسش نامه‌های تاریخچه سلامت دارند که برای جمع آوری اولیه تاریخچه سلامت مفید است. فرم‌ها ممکن است بصورت نوشتاری یا بصورت الکترونیک پر شود. وقتی بیمار معتبر، فرم را پر می‌کند دندانپزشک می‌تواند از پاسخ‌هایی که داده در مصاحبه اولیه استفاده کند. شاید دستیار دندانپزشک آموزش دیده هم بتواند پاسخ‌های مهم بیمار را روی فرم مشخص کند (مثلًا دور سابقه آلمانی بیمار دایره قرمز بکشد یا در پرسشنامه الکترونیک آن را مشخص کند) این کار برای جلب کردن توجه پزشک به پاسخ‌های مثبت است. پرسشنامه سلامت باید به شکل واضح نوشته شده باشد، به زبان حرفه‌ای نباشد و مختصر باشد.

صاحبہ، تاریخچه پزشکی و معاینات بالینی باید متناسب با هر بیمار باشد و باید مشکلات پزشکی بیمار، سن، هوش، و شرایط اجتماعی را مد نظر قرار دهد. همچنین باید به پیچیدگی درمان و روش بی‌هوشی مورد نظر هم دقت کرد.

### باکس ۱-۱: روش استاندارد ثبت نتایج تاریخچه و معاینات بالینی

- ۱: اطلاعات بیوگرافیک
- ۲: شکایت اصلی بیمار و تاریخچه آن
- ۳: تاریخچه پزشکی
- ۴: تاریخچه اجتماعی و تاریخچه پزشکی خانواده
- ۵: مروری بر سیستم‌های بیمار (عضو به عضو)
- ۶: معاینه بالینی
- ۷: نتایج آزمایشگاهی و تصویر برداری

### (۱) اطلاعات بیوگرافیک

اولین اطلاعاتی که از بیمار گرفته می‌شود شامل:

- ۱- نام کامل بیمار
- ۲- آدرس
- ۳- سن
- ۴- جنس
- ۵- شغل
- ۶- نام پزشک قبلی بیمار است.

همزمان با گرفتن این اطلاعات به هوش و شخصیت بیمار هم دقت می‌شود تا متوجه شویم بیمار قابل اعتماد هست یا نه؟ این قسمت خیلی مهم است چون اعتبار تاریخچه پزشکی گرفته شده وابسته به قابل اعتماد بودن بیمار است. اگر مشخصات یا مصاحبه در پزشک این شک را ایجاد کند که چیزی غیر قابل اعتماد است باید از روش‌های جایگزین برای اخذ اطلاعات ضروری استفاده شود. ارزیابی حقیقت باید در طول کل مصاحبه و معاینه بالینی ادامه یابد. کسی که دارد مصاحبه می‌کند باید به دنبال پاسخ‌های غیر منطقی، غیر محتمل و متناقض باشد و اگر متوجه این موارد شد نیاز به تایید اطلاعات می‌باشد.

### (۲) شکایت اصلی بیمار (chief complain)

باید از هر بیماری خواست که شکایت اصلی اش را بگوید. ممکن است روى فرمی که بیمار باید کامل کند نوشته شود (توسط خود بیمار) یا اینکه پاسخ بیمار در هنگام مصاحبه اولیه توسط دندانپزشک یا یکی از اعضا مطب بصورت نقل قول و ترجیحاً با کلمات خود بیمار ثبت شود. این طرز بیان اظهار شده توسط بیمار به دندانپزشک کمک می‌کند که اولویت‌ها را در هنگام اخذ تاریخچه و طرح ریزی درمان تعیین کند (براساس اظهار

یک تاریخچه خانوادگی خلاصه باید گرفته شود که روی بیماری‌های ارشی مثل هموفیلی تمرکز می‌کند. (باکس ۱-۳) تاریخچه پزشکی باید به طور منظم به روز شود. خیلی از دندانپزشک‌ها از دستیار خود می‌خواهند که در هر ملاقات چک آپ درخصوص هرگونه تغییری در تاریخچه پزشکی که بعد از آخرین ملاقات اتفاق می‌افتد سؤال کند و اگر هر تغییری وجود داشت باید دندانپزشک را آگاه کرد و تغییرات باید در پرونده ثبت بشوند.

### Review of systems (۵)

مرور مديکال سیستم‌ها، متدى دارای ترتیب و جامع است که علائم بیمار را براساس هر ارگان کشف می‌کند.

این کار می‌تواند مشکلات پزشکی شناخته نشده که بیمار به آن آگاه نیست را مشخص کند. وقتی برای یک بیمار مبتلا به مشکلات سیستمیک پیچیده انجام می‌شود، گستردگی زیادی دارد. وقتی دندانپزشک برای انجام جراحی دهان این را بررسی و انجام می‌دهد راهنمایش باید پاسخ‌هایی باشد که از تاریخچه بیمار گرفته است. مثلاً بررسی سیستم عروقی در بیماری که سابقه بیماری ایسکمیک قلبی دارد باید شامل سئوالاتی در مورد ناراحتی قفسه سینه (Chest discomfort) باشد حالا این احساس ناراحتی ممکن است در زمان فعالیت باشد، در زمان غذا خوردن و یا هنگام استراحت، در مورد تپش قلب-palpita-tion: از حال رفتان (fainting) و تورم داشتن پاشنه پا هم باید سئوال شود. این سوالات به دندانپزشک کمک می‌کند که تصمیم بگیرد آیا جراحی را انجام یا روش جراحی و بی‌حسی را تغییر دهد. اگر کنترل اضطراب (anxiety-control) با روش‌های آرام بخشی تزریقی داخل وریدی یا استنشاقی مدنظر است، باید سیستم‌های کار迪وسکولار، تنفسی (respiratory system) و عصبی (Nervous system) بررسی شود. با بررسی این موارد امکان دارد مشکل ناشناخته‌ای کشف شود که آرام بخشی موفق را به مخاطره می‌اندازد. از دندانپزشک به عنوان متخصص سلامت دهان، انتظار می‌رود که مروری سریع به موارد زیر داشته باشد: سر، گوش‌ها، چشم‌ها، بینی، دهان و گلو. این بررسی باید برای هر بیمار انجام شود، (چه سیستم‌های دیگر بررسی بشوند چه نشوند). مواردی که باید مرور شود در باکس ۱-۴ آمده است. نیاز به مرور سیستم‌ها به علاوه بررسی آنچه در ناحیه مگزیلوفیشیال است، به شرایط بالینی واپسی است. سیستم‌های کار迪وسکولار و تنفس عموماً قبل از جراحی یا آرام بخشی نیاز به بررسی دارند (باکس ۱-۵)

برای به حداقل رساندن احتمال اینکه بیمار پاسخ غیر دقیق یا ناکافی بدهد و برای قانع کردن سیستم بیمه حمایت گر Health Insurance portability and accountability act regulation بیمار و تنظیم پرداختها فرم باید شامل جمله‌ای باشد که از محروم‌نامه بودن اطلاعات بیمار اطمینان دهد و یک خط برای نام بردن اشخاصی که بیمار تأیید می‌کند که می‌تواند به اطلاعات دندانپزشکی او دسترسی داشته باشند، مثلاً پزشک خانواده یا سایر متخصصین. باید با روشهای فرم مشخص کرد که بیمار سوالات را فهمیده و با دقت جواب داده است (مثلاً امضا) انواع مختلفی از پرسشنامه‌های سلامت وجود دارد که یک نمونه آن مربوط به ADA و کتاب‌های مرجع دندانپزشکی است و در شکل ۱-۱ آورده شده است.

### باکس ۲: Baseline Health History Database

- ۱- بسترنی در بیمارستان، عمل جراحی، صدمات تروماتیک و بیماری‌های جدی که در گذشته داشته
- ۲- بیماری یا علائم اندک که اخیراً داشته
- ۳- داروهایی که در حال حاضر یا در گذشته استفاده می‌شوند یا می‌شده و آرژی (خصوصاً به داروها)
- ۴- شرح دادن عادات مرتبط با سلامت یا اعتیاد مثل استفاده از اتانول، تنباکو و داروهای محرك و همچنین میزان و نوع فعالیت روزانه
- ۵- تاریخ و نتیجه آخرین چک آپ یا ویزیت پزشکی

پاسخ به سؤالاتی که در باکس ۱-۲ نوشته شده (فرم با دیجیتال) کمک می‌کند که اطلاعات اساسی در مورد تاریخچه سلامت تکمیل شود. اگر این اطلاعات فقط گفته شده (بیمار ننوشته) باید ثبت شود.

علاوه بر اطلاعات اولیه، جستجوی دقیق درخصوص مشکلات شایع پزشکی که توانایی تغییر دادن مدیریت درمان دندانپزشکی بیمار را دارند، ضروری است. این مشکلات شامل آنژین، انفارکتوس میوکارد (MI)، Murmurs قلب، بیماری‌های روماتیک قلبی، اختلالات خونریزی دهنده (شامل استفاده از داروهای آنتی کواگولان و ضد انعقاد)، آسم، بیماری‌های مزمن ریه، هپاتیت، عفونت‌های قابل انتقال تناسلی (SAXUALLY TRANSMITTED INFECTION)، دیابت، استفاده از کورتون، اختلالات تشنجی، Stroke (سکته) و هرگونه وسیله پروتزی ایمپلنت شده مثل مفاصل یا دریچه‌های قلب مصنوعی می‌باشد. باید به طور ویژه از بیمار درخصوص آرژی به مواد بی‌حسی موضعی، آسپرین و پنی سیلین سؤال کرد. از خانم‌هایی که در سنین باروری هستند باید در مورد احتمال بارداری (در هر جلسه ویزیت) سؤال کرد.

## MEDICAL HISTORY

Name \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

Telephone: (Home) \_\_\_\_\_ (Work) \_\_\_\_\_ Height \_\_\_\_\_ Weight \_\_\_\_\_

Today's Date \_\_\_\_\_ Occupation \_\_\_\_\_

Answer all questions by circling either YES or NO and fill in all blank spaces where indicated.  
 Answers to the following questions are for our records only and are confidential.

1. My last medical physical examination was on (approximate) \_\_\_\_\_
2. The name & address of my personal physician is \_\_\_\_\_
  
3. Are you now under the care of a physician . . . . . YES NO  
 If so, what is the condition being treated? \_\_\_\_\_
4. Have you had any serious illness or operation . . . . . YES NO  
 If so, what was the illness or operation? \_\_\_\_\_
5. Have you been hospitalized within the past 5 years . . . . . YES NO  
 If so, what was the problem? \_\_\_\_\_
6. Do you have or have you had any of the following diseases or problems:  
 a. Rheumatic fever or rheumatic heart disease. . . . . YES NO  
 b. Heart abnormalities present since birth . . . . . YES NO  
 c. Cardiovascular disease (heart trouble, heart attack, angina, stroke, high blood pressure, heart murmur). . . . . YES NO  
 (1) Do you have pain or pressure in chest upon exertion . . . . . YES NO  
 (2) Are you ever short of breath after mild exercise . . . . . YES NO  
 (3) Do your ankles swell . . . . . YES NO  
 (4) Do you get short of breath when you lie down, or do you require extra pillows when you sleep . . . . . YES NO  
 (5) Have you been told you have a heart murmur . . . . . YES NO  
 d. Asthma or hay fever . . . . . YES NO  
 e. Hives or a skin rash . . . . . YES NO  
 f. Fainting spells or seizures . . . . . YES NO  
 g. Diabetes . . . . . YES NO  
 (1) Do you have to urinate (pass water) more than six times a day . . . . . YES NO  
 (2) Are you thirsty much of the time . . . . . YES NO  
 (3) Does your mouth usually feel dry . . . . . YES NO  
 h. Hepatitis, jaundice or liver disease . . . . . YES NO  
 i. Arthritis or other joint problems . . . . . YES NO  
 j. Stomach ulcers . . . . . YES NO  
 k. Kidney trouble . . . . . YES NO  
 l. Tuberculosis . . . . . YES NO  
 m. Do you have a persistent cough or cough up blood . . . . . YES NO  
 n. Venereal disease . . . . . YES NO  
 o. Other (list) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
  
7. Have you had abnormal bleeding associated with previous extractions, surgery, or trauma . . . . . YES NO  
 a. Do you bruise easily . . . . . YES NO  
 b. Have you ever required a blood transfusion . . . . . YES NO  
 c. If so, explain the circumstances \_\_\_\_\_
  
8. Do you have any blood disorder such as anemia, including sickle cell anemia . . . . . YES NO
  
9. Have you had surgery or radiation treatment for a tumor, cancer, or other condition of your head or neck . . . . . YES NO

**MEDICAL HISTORY—cont'd**

10. Are you taking any drug or medicine or herb . . . . . YES NO  
If so, what \_\_\_\_\_

11. Are you taking any of the following:  
 a. Antibiotics or sulfa drugs . . . . . YES NO  
 b. Anticoagulants (blood thinners) . . . . . YES NO  
 c. Medicine for high blood pressure . . . . . YES NO  
 d. Cortisone (steroids) (including prednisone) . . . . . YES NO  
 e. Tranquilizers . . . . . YES NO  
 f. Aspirin . . . . . YES NO  
 g. Insulin, tolbutamide (Orinase) or similar drug for diabetes . . . . . YES NO  
 h. Digitalis or drugs for heart trouble . . . . . YES NO  
 i. Nitroglycerin . . . . . YES NO  
 j. Antihistamine . . . . . YES NO  
 k. Oral birth control drug or other hormonal therapy . . . . . YES NO  
 l. Medicines for osteoporosis . . . . . YES NO  
 m. Other \_\_\_\_\_

12. Are you allergic or have you reacted adversely to:  
 a. Local anesthetics (procaine [Novocain]) . . . . . YES NO  
 b. Penicillin or other antibiotics . . . . . YES NO  
 c. Sulfa drugs . . . . . YES NO  
 d. Aspirin . . . . . YES NO  
 e. Iodine or x-ray dyes . . . . . YES NO  
 f. Codeine or other narcotics . . . . . YES NO  
 g. Other \_\_\_\_\_

13. Have you had any serious trouble associated with any previous dental treatment . . . . . YES NO  
If so, explain \_\_\_\_\_

14. Do you have any disease, condition, or problem not listed above that you think I should know about . . . . . YES NO  
If so, explain \_\_\_\_\_

15. Are you employed in any situation which exposes you regularly to x-rays or other ionizing radiation . . . . . YES NO

16. Are you wearing contact lenses . . . . . YES NO

**WOMEN:**

17. Are you pregnant or have you recently missed a menstrual period . . . . . YES NO

18. Are you presently breast-feeding . . . . . YES NO

Chief dental complaint (Why did you come to the office today?):  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Signature of Patient (verifying accuracy  
of historical information)

Signature of Dentist

## معاینات بالینی

معاینات بالینی بیمار دندانپزشکی روی حفره‌ی دهان و به درجات کمتر روی کل ناحیه مگزیلوفیشیال تمرکز دارد. ثبت نتایج معاینات بالینی باید بصورت توضیحات دقیق باشد نه یک لیست از تشخیص‌های احتمالی. مثلاً اگر پزشک یک ضایعه‌ی مخاطی با قطر ۵ میلی‌متر، برجسته (raised) و سفت (firm) و بدون درد در هنگام لمس، در لب پایین مشاهده کرد، این مشاهدات باید با توضیح مشابه ثبت شود نه اینکه دندانپزشک فوراً به سمت تشخیص برود و فقط اصطلاح "فیبرومای لب پایین" را در پرونده ثبت کند.

هر معاینه‌ی بالینی با سنجش علائم حیاتی همراه است. علائم حیاتی یک نوع ابزار غربالگری برای مشکلات پزشکی به حساب آمده که به آنها شک هم نشده است و یک بیس لاین برای سنجش‌های بعدی می‌باشد. تکنیک اندازه‌گیری فشار خون و pulse rate در شکل‌های ۱-۲ و ۳-۱ نشان داده شده است. ارزیابی بالینی بخش‌های مختلف بدن معمولاً شامل یکی یا تعداد بیشتری از چهار معیار اولیه‌ی زیر می‌باشد:

- (۱) مشاهده (inspection)
- (۲) لمس (palpation)
- (۳) دق (percussion)
- (۴) سمع (auscultation)

در ناحیه‌ی دهان و فک و صورت باید مشاهده صورت بگیرد. پزشک باید به پراکندگی و texture موها، قرینگی و نسبت‌های صورت، حرکات چشم و رنگ ملتجمه، patency بینی در هر سمت، وجود یا فقدان ضایعات پوستی یا تغییر رنگ (discoloration) و وجود توده گردن و صورت دقت کند. مشاهده دقیق حفره دهان ضروری است که شامل اوروفارنکس، زبان، کف دهان و مخاط دهان می‌باشد. (شکل ۱-۴)

faint blowing gauge در نقطه‌ای که برای اولین بار صدای شنیده می‌شود خوانده می‌شود که این فشار سیستولیک است وقتی صدا دوباره قطع می‌شود می‌شود فشار دیاستولیک. بعد از خواندن فشار دیاستولیک دریچه باز می‌شود تا کل هوای کاف خالی شود Pulse rate (B) و ریتم نبض با استفاده از نوک انگشت میانی و اشاره و لمس شریان رادیال در دست اندازه گیری می‌شوند. چنانچه ریتم طبیعی تشخیص داده شود. چنانچه پالس‌هایی که در ۳۰ ثانیه اتفاق می‌افتد را محاسبه ضرب در ۲ می‌شود تا تعداد ضربان در دقیقه مشخص شود.

باکس ۳-۱: شرایط عمومی سلامتی که باید به شکل کلامی یا در پرسشنامه در موردشان جستجو کرد

- آرژی به آنتی بیوتیک‌ها یا مواد بی‌حسی موضعی
- آنژین
- استفاده از داروهای خند انعقاد
- اختلالات خونریزی دهنه
- شیردهی
- مصرف کورتیکوستروئیدها
- دیابت
- murmur قلب (م: صدای جریان خون که ممکن است بعلت اختلالات دریچه‌ای یا افزایش تعداد ضربان باشد و معمولاً درمان نمی‌خواهد)
- هپاتیت
- افزایش فشار خون
- وسایل ایمپلنت پروتزی
- بیماری‌های ریوی
- انفارکتوس میوکارد (مثلاً حمله قلبی) myocardial infarction
- استیپورز
- حاملگی
- بیماری‌های کلیوی
- بیماری‌های روماتیک قلبی (rheumatic heart disease)
- اختلالات تنفسی
- بیماری‌های مقاربی (STD)
- سل tuberculosis

باکس ۴-۱: بررسی معمول سر، گردن و ناحیه مگزیلوفیشیال

- شرایط جسمانی: تب، لرز، کاهش وزن، خستگی، بی‌حالی، کاهش اشتها
- سر: سردرد، سرگیجه، fainting, dizziness
- گوش‌ها: کاهش شنوایی Ringing tinnitus (، اوزو گوش)، درد
- چشم‌ها: تاری دید (double Vision)، دوینی (double Vision) اشک ریزش بیش از حد، خشکی، درد
- بینی و سینوس‌ها: آبریزش بینی، خونریزی از بینی، مشکل در تنفس از طریق بینی، تغییر حس بویایی، درد
- ناحیه مفصل تپورو مندیبولا: درد، صدا، محدودیت حرکت
- دهان: درد یا حساسیت دندانی، زخم در لب ها مخاط، رستوریشن‌های ضعیف، گلودره، خرخر با صدای بلند stiffness
- گردن: مشکل در بلع، تغییر صدا، درد و

باکس ۵-۱: بررسی سیستم قلبی عروقی و تنفسی

بررسی قلبی-عروقی: ناراحتی و یا احساس سنگینی قفسه سینه هنگام غذا خوردن یا استراحت، تپش قلب از حال رفتن، ادم مچ پا، تنفس کوتاه (دیس پنه) هنگام فعالیت، احساس سنگینی قفسه سینه، دیس پنه در وضعیت سوپاین (orthopnea) یا paroxysmal nocturnal dyspnea افت فشار خون وضعیتی (orthostatic hypotension) خستگی، کرم‌پ عضلات پا  
بررسی تنفس: دیس پنه با احساس خستگی، wheezing، سرفه، تولید خلط بیش از حد، سرفه گردن خون (هموپترزی) coughing (up blood



شکل ۱-۲(A): اندازه گیری فشار خون سیستمیک: کاف با سایز مناسب دور بازوی بیمار محکم بسته می شود که لبه تختانی آن ۴-۶ سانتی متر بالای فوسای ANTECUBITAL باشد. شریان برآکیال در فوسا لمس می شده و دیافراگم گوشی پزشکی روی شریان گذاشته می شود و توسط انگشتان دست چپ در محل نگهداشته می شود. Squeeze-bulb (مخزنی که فشار داده می شود تا کاف باد شود) در کف دست راست نگه داشته و پیچ دریچه توسط شست و انگشت اشاره بسته می شود. سپس پمپ را آنقدر فشار داده تا فشار gauge در حدود ۲۲۰ میلی متر جیوه خوانده شود. به آرامی پیچ دریچه را اندکی باز کرده تا هوا به آرامی خارج شود، همزمان به استتوسکوپ دقت می شود.

معمولًا پزشکان دق را در معاینات توراکس و ابدومن و دندانپزشکی در بررسی دندانها و سینوسها به کار می بردند. دندانپزشکان سمع را در اصل برای ارزیابی مفصل تمپورو مندیبولا را به کار می بردند ولی در ارزیابی سیستم‌های قلبی، ریوی و گوارشی هم ممکن است از آن استفاده شود (باکس ۱-۶) نتایج ارزیابی میدیکال برای مشخص کردن طبقه بندي فیزیکال به کار می رود. سیستم‌های طبقه‌بندي مختلفی وجود دارد که شایع‌ترین طبقه‌بندي مورد استفاده سیستم طبقه‌بندي وضعیت فیزیکال ASA است (باکس ۱-۸)

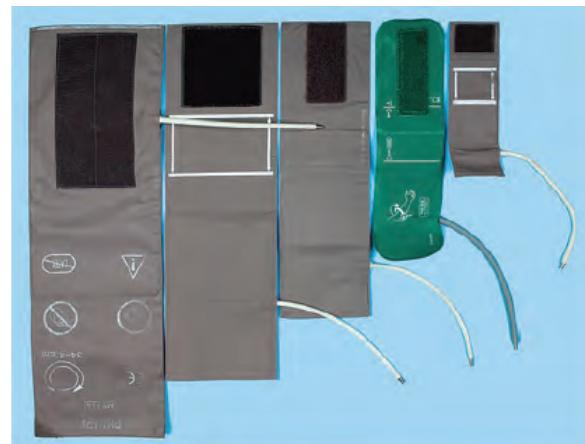
بعداز تخمین کلاس ASA، دندانپزشک می تواند تصمیم بگیرد که آیا می تواند درمان مورد نیاز را بدون خطر و بصورت معمول انجام دهد یا نه. اگر بیمار سالم (ASA کلاس I) یا بیمار تقریبا سالم (ASA کلاس II) نباشد، پزشک عموماً یکی از چهار گزینه زیر را برای انتخاب دارد.

۱- تغییر دادن طرح درمان معمول با کاهش میزان اضطراب، تکیک‌های دارویی کنترل اضطراب و مانیتورینگ دقیق‌تر بیمار در هنگام درمان یا مجموعه‌ای از دو روش (معمولًا این مجموعه برای ASA کلاس II ضروری است)

۲- انجام مشاوره پزشکی برای راهنمایی گرفتن در خصوص آماده کردن بیماری که تحت جراحی سرپایی دهان قرار می گیرد (MTH) به بیمار مبتلا به CHF یا کاردیومیوپاتی هیپرتروفیک (HCM) به حالت کاملاً دراز کشیده (fully reclining) نباید قرار گیرد.

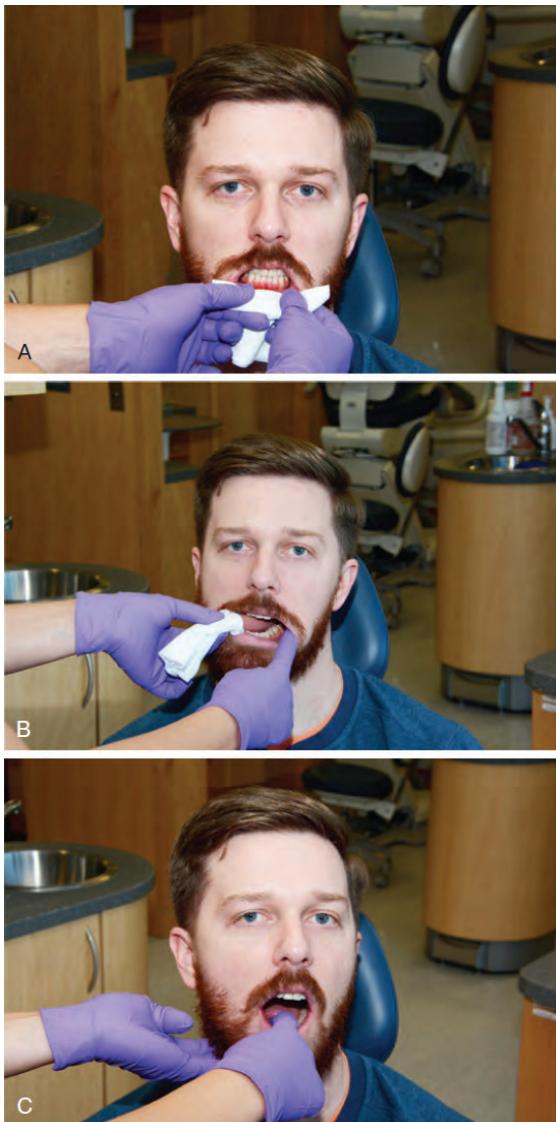
۳- ممانعت کردن از درمان سرپایی بیمار ۴- ارجاع بیمار به جراح دهان و فک و صورت

اگر نبض ضعیف یا ریتم نامنظم در هنگام لمس شریان یافت شد، باید برای بررسی RATE و ریتم قلب، مستقیماً سمع قلب انجام داد کاف های فشار خون بصورت تیپیک لیبل دارند که نشان می دهد برای کدام تیپ و سایز بیماران به کار می رود.



شکل ۱-۳: کاف‌های فشار خون سایزهای مختلف دارد که برای بیماران با قطر بازوها مقاوم است (از نوزاد تا بزرگسال چاق) استفاده از سایز نامناسب کاف باعث به خطر افتادن دقت اندازه گیری می شود. اگر کاف کوچک باشد فشار خون به صورت کاذب بالا، خوانده (مثل آدم چاقی که لباس تنگ پوشیده و فشار خونش بالا رفته و قرمز شده) و اگر کاف خیلی بزرگ باشد فشار خون پایین خوانده می شود.

لمس در معاینه عملکرد مفصل تمپورومندیبولا، سایز و عملکرد غده بزاوی، سایز غده تیروئید، وجود یا غیبت گره‌های لنفي، بررسی بزرگی و حساس شدن غدد لنفاوی، بررسی سفتی بافت نرم دهان، وجود درد و یا fluctuance در نواحی تورم اهمیت دارد.



شکل ۱-۴ (A) معاینه مخاط لب با برگرداندن لب های بالا و پایین (B) به بیمار گفته می شود زبانش را بیرون بیاورد و زبان معاینه می شود. معاینه کننده زبان را با یک گاز استریل می گیرد و به آرامی دستکاری می کند تا دور بوردرهای آن معاینه کند. از بیمار خواسته می شود دهان را باز کند تا اجازه مشاهده سطح و تترال و کف دهان را بدهد. (C) غده ساب مندیبولا را به صورت دو دستی (BIMANUALLY) و با تشخیص غده از میان کف دهان و پوست ذیر کف دهان مشخص می شود.

تغییراتی در سیستم طبقه‌بندی ASA برای اختصاصی شدن کاربرد آن در دندانپزشکی موجود است ولی هنوز به صورت گسترده مورد استفاده قرار نمی گیرد.

#### باکس ۱-۶: معاینات بالینی قبل از جراحی دهان و فک و صورت

##### مشاهده (Inspection)

۱- سرو صورت: شکل عمومی، قرینگی، پراکنده‌گی موها

۲- گوش: واکنش طبیعی به صوت (معاینات اتوسکوپیک در صورتی که اندکاسیون دارد)

۳- چشم: قرینگی، سایز، واکنش مردمکها، رنگ ملتحمه و اسکلا، حرکت، تست بینایی

۴- دهان: خلط، مخاط، فارنکس، لب ها، لوزه ها

۵- گردن: سایز غده تیروئید، اتساع ورید ژوگولر لمس

۶- مفصل تیپورومندیبولا: کرپیتوس، تندرنش

۷- پارانازل: درد روی سینوس ها

۸- دهان: غدد بیناقی، کف دهان، لب ها، عضلات جویدن

۹- گردن: سایز غده ها، تیروئید، لنف نودها

##### دق (Resonance) تشدید صدا (Percussion)

۱- پارانازل: در دق روی سینوس ها (ارزیابی آن مشکل است)

۲- دهان: دندان ها

##### سمع (Auscultation)

۱- مفصل تیپورومندیبولا: کلیک، کرپیتوس

۲- گردن: (یک نوع carotid bruit) murmur است که روی کاروتید

شنیده می شود، شاید بعلت استقتوز کاروتید که همراه سایر بیماری هاست بوده و در افراد جوان ممکن است بدون علامت و

بدون ارتباط با بیماری خاصی باشد)

## کنترل بیماران با شرایط پزشکی مخاطره آمیز

### مشکلات کاردیو و سکولار

#### بیماری های ایسکمیک قلب

بیماری های ایسکمیک قلب به علت کاهش خونرسانی به عضله قلب می باشد. این بیماری ها اغلب ناشی از انسداد عروق کرونر، (مثل اترواسکلروز)، می باشند و فشار خون بالا، دیابت، چربی بالا، سیگار و ارث در آن نقش دارد.

#### انواع

۱- آنژین صدری (angina pectoris)

۲- انفارکتوس میوکارد (myocardial infarction)

(همچنین آنژین prinzmetal نیز داریم که معمولا هنگام استراحت و در افراد جوان رخ می دهد)

**باکس ۱-۷: خلاصه معاینه مگزیلوفیشیال**

نیاز میوکارد به اکسیژن در شرایطی مثل تحرک و ورزش و اضطراب افزایش می یابد. آنژین نشانه‌ای از بیماری ایسکمیک قلبی برگشت‌پذیر است که زمانی که ذخیره خونی میوکارد نتواند به حدی افزایش یابد که نیاز افزایش یافته اکسیژن را تأمین نکند اتفاق می افتد. در نتیجه میوکارد ایسکمیک می‌شود و باعث ایجاد حس فشار سنگین یا فشردگی در ناحیه ساب استرناł بیمار می‌شده که می‌تواند به شانه چپ، بازو و حتی مندبیل پخش شود. ممکن است بیمار احساس شدید ناتوانی در نفس کشیدن را داشته باشد (واژه آنژین منشأ یونانی دارد که معنی آن حس خفگی است) عمولاً تحریک فعالیت واگ اتفاق افتاده که باعث تهوع، تعریق و برadiکارדי می‌شود. ناراحتی بطور معمول به محض پایین آوردن شرایط کار قلب و یا افزایش ذخیره اکسیژن عضله قلب بهبود می‌یابد.

مسئلولیت پزشک در برابر بیمار دارای سابقه آنژین استفاده از کلیه روش‌های پیشگیری موجود است تا احتمال ایجاد آنژین در طول جراحی را به حداقل برساند. اقدامات پیشگیرانه با اخذ تاریخچه دقیق آنژین بیمار آغاز می‌شود. باید از بیمار در مورد عواملی که سبب (تسريع) آنژین می‌شوند و تناوب و زمان و شدت آن و پاسخ به داروها یا کاهش فعالیت سوال شود. می‌توان در مورد وضعیت قلب بیمار با پزشک معالج مشاوره کرد.

اگر آنژین بیمار فقط در فعالیت‌های نسبتاً شدید ایجاد می‌شود و به خوبی به استراحت و تجویز نیتروگلیسرین دهانی پاسخ می‌دهد، و اخیراً هیچگونه افزایشی در شدت آن رخ نداده است، انجام جراحی دهان سرپایی، زمانی که ملاحظات لازم در نظر گرفته شود معمولاً بی خطر است.

اگر اپیزودهای آنژین با حداقل فعالیت اتفاق می‌افتد و دوزهای متعدد نیتروگلیسرین برای بهبود ناراحتی قفسه سینه لازم است و یا اگر بیمار آنژین ناپایدار دارد (مثلاً آنژین در هنگام استراحت که متناوباً شدت، سهولت ایجاد شدن و طول مدت حمله آن بیشتر می‌شود و یا پاسخ آن به دارو درمانی مشخص نیست) جراحی انتخابی باید تا زمانی که مشاوره پزشکی انجام می‌شود به تأخیر بیفتند.

همچنین می‌توان در صورت نیاز به جراحی اورژانس بیمار را به جراح دهان و فک و صورت ارجاع داد. بعد از تصمیم‌گیری در مورد این که جراحی انتخابی را می‌توان بدون خطر انجام داد، باید بیمار دارای سابقه ابتلاء به آنژین را آماده جراحی کرد و نیازهای اکسیژن میوکارد را کاهش داد یا حداقل از افزایش آن جلوگیری کرد.

در هنگام مصاحبه با بیمار، باید دندانپزشک بصورت چشمی شکل عمومی و قربنگی اسکلت سر و صورت، حرکات چشم، رنگ ملتحمه و اسکلارا و توانایی شنیدن بیمار را مشاهده و بررسی کند. همچنین باید به مشکلات تکلم و صدای TMJ و توانایی تنفس بیمار توجه و آنها را ارزیابی کند. معاینه روتین

ناحیه تیپورومندیبولاř  
۱- لمس و سمع مفاصل

۲- اندازه گیری محدوده حرکت فکین و الگوی باز کردن دهان  
ناحیه بینی و پارانازال

۱- سوراخ‌های بینی به طور جداگانه بسته شوند تا Patency هوا در هر کدام مشخص شود.  
۲- مخاط قدمای بینی مشاهده شود.  
دهان

۱- کلیه پروتزهای متحرک خارج شوند.

۲- مشاهده حفره دهان به منظور بررسی، مشکلات دندانی، ضایعات دهانی، مخاطی، حلقی همچنین به لوزهای uvula نیز توجه شود.

۳- زبان را بیرون دهان نگه دارید (توسط گاز خشک) و بوردرهای لترال را مشاهده کنید.

۴- زبان، لب‌ها، کف دهان و غدد بزاقي (خروج بزاقي را نیز چک کنید) را لمس کنید.

۵- گردن را برای لنف‌ها و سایزتیروئیدلمس کنید.  
(ورید ژوگولار را نیز مشاهده کنید)

**باکس ۱-۸: American society of anesthesiologists ASA)) classification of physical status**

ASA I بیمار نرمال و سالم

ASA II بیمار سیستمیک mild و یا رسیک فاکتور مشخص دارد  
ASA III بیماری که بیماری سیستمیک شدیدی دارد اما بیماری باعث ناتوانی وی نمی‌شود.

ASA IV بیماری که بیماری سیستمیک شدیدی دارد اما بیماری باعث ناتوانی وی نمی‌شود.

ASA V بیمار در حال احتضار (Moribund) که انتظار نمی‌رود بدون جراحی زنده بماند

ASA VI بیماری که مرگ مغزی وی اعلام شده و باید جهت اهدا عضو، ارگانهایش خارج بشوند

**Angina pectoris**

باریک شدن شریانهای میوکاردی از شایعترین مشکلات سلامتی است که دندانپزشک با آن مواجه می‌شود. بیشتر در مردان بالای ۴۰ سال و در خانم‌ها پس از سن یائسگی شایع است. پروسه اصلی بیماری، تنگی پیشرونده یا اسپاسم (یا هردو) یک یاتعداد بیشتری شریان کرونری می‌باشد.

این مسئله باعث عدم تطابق بین نیاز اکسیژن میوکارد و توانایی شریان کرونری برای رساندن اکسیژن می‌شود.

ایسکمیک یا با پس جراحی عروق مسدود شده برای تقویت وسکولاریزاسیون مجدد است. به علاوه اگر هر کدام از مسیرهای هدایت اولیه در ناحیه دچار انفارکتوس در گیر شده باشند (یعنی مسیر هدایتی وسط ناحیه‌ای که انفارکتوس شده قرار دارد) قرار دادن پیس میکر pace maker ضروری است. (م: پس درمان شامل: اول داروی ضد انعقاد تروموبولتیک بعد کاهش کار قلب و افزایش ذخیره اکسیژن، بعد با پس و اگر هدایت الکتریکی در گیر بود) اگر بیمار از چند هفته بعداز MI جان سالم به در بردا، ناحیه نکروتیک با سایزهای مختلف به تدریج توسط بافت اسکار جایگزین میشود. بافت اسکار توانایی انقباض و یا انتقال مناسب سیگنال‌های الکتریکی را ندارد.

#### باکس ۱-۹ : پروتکل عمومی کاهش اضطراب

قبل از ملاقات:

- ۱- داروهای خواب آور برای بهبود خواب در شب قبل از جراحی (optional)
  - ۲- داروهای آرام بخش (sedative) برای کاهش اضطراب در صبح روز جراحی (optional)
  - ۳- زمان ملاقات در صبح گذاشته شود و طوری باشد که زمان انتظار بیمار (پذیرش) حداقل باشد
- در هنگام ملاقات
- ۱- اطمینان کلامی دادن به بیمار بصورت مداوم ملاحظات غیر دارویی کنترل اضطراب
  - ۲- مکالمه ای که حواس بیمار را پرت کند
  - ۳- قبل از انجام هر کاری که اضطراب آور باشد به بیمار اطلاع داده شود (No surprise)
  - ۴- عدم ایجاد سروصدای غیر ضروری
  - ۵- وسایل جراحی جلوی چشم بیمار نباشد
  - ۶- موزیک آرام بخش پخش شود
- ملاحظات دارویی کنترل اضطراب
- ۱- شدت و طول مدت اثر بی حسی موضعی کافی باشد
  - ۲- نیتروز اکساید
  - ۳- آرام بخش وریدی
- بعداز جراحی
- ۱- دادن دستورالعمل های کوتاه و روشن برای مراقبت پس از عمل
  - ۲- به بیمار درخصوص مشکلات پیش بینی شده پس از عمل اطلاع داده شود (مثلًا تورم یا خونریزی)
  - ۳- اطمینان دادن به بیمار
  - ۴- ضد درد موثر
  - ۵- به بیمار اطلاع داده شود که در صورت بروز مشکل می‌تواند به چه کسی اطلاع دهد
  - ۶- در عصر روز عمل به منزل بیمار تلفن زده شود

علت اولیه افزایش نیاز به اکسیژن در طول عمل، اضطراب بیمار است لذا پروتکل کاهش اضطراب را باید به کار برد (باکس ۱-۹) بی‌حسی موضعی عمیق بهترین راه کاهش اضطراب بیمار است. اگرچه درخصوص استفاده از بی‌حسی موضعی در بیمار مبتلا به آنژین اختلاف نظر کنtraورسی وجود دارد (مثلاً بی‌حسی طولانی مدت را با غلظت زیاد) مزایای آن بیشتر از خطرات آن است. به هر حال باید مواطن بود که تکنیک‌های تزریق مناسب باشند تا اپی نفرین بیش از حد به بیمار داده نشود. برخی کلینسین‌ها توصیه می‌کنند که بیشتر از ۴ میلی لیتر محلول بی‌حسی موضعی با اپی نفرین یک درصد هزار و دوز کلی ۰/۰۴ میلی گرم در هر سی دقیقه برای بیمار تجویز نشود. قبل و در هنگام جراحی باید علائم حیاتی بیمار مانیتور شود، به علاوه تماس کلامی معمول با بیمار باید حفظ شود. استفاده از نیتروزاکساید یا دیگر متدهای conscious sedation (آرام بخشی در حالی که هوشیاری بیمار حفظ شود) برای بیمار مبتلا به مشکلات ایسکمیک قلب باید در نظر گرفته شود. قرص نیتروگلیسرین یا اسپری آن باید آماده باشد تا در صورت لزوم استفاده شود (باکس ۱-۱۰)

قراردادن کاترهای balloon-tipped به درون شریان‌های کورونری باریک شده به هدف ایجاد مجدد جریان خون کافی و باز کردن شریان‌های استنت‌گذاری شده، متداول شده است. اگر آتبیوپلاستی موفق بوده باشد (براساس تست استرس قلب) جراحی دهان را می‌توان مدت کوتاهی پس از آن با استفاده از ملاحظات مشابه بیمار مبتلا به آنژین انجام داد.

#### (MI) Myocardial infarction

MI موقعی اتفاق می‌افتد که ایسکمی (که ناشی از عدم تطابق مصرف و ذخیره اکسیژن است) فروکش نکند و باعث اختلال عملکرد سلوکار و مرگ سلوک شود. MI معمولاً زمانی اتفاق می‌افتد که در ناحیه باریک شده شریان کرونری یک لخته گیر افتاده شریان را کاملاً مسدود می‌کند. ناحیه دچار انفارکتوس میوکارد، فاقد عملکرد و حتی نکروتیک می‌شود و با ناحیه‌ای که معمولاً دارای ایسکمی قابل برگشت است احاطه می‌شود. این ناحیه بعنوان کانون دیس ریتمی عمل می‌کند. در طی ساعت و هفتاهای اولیه پس از MI اگر درمان تروموبولتیک انجام شده ولی موفق نباشد، درمان شامل محدود کردن نیازهای عملکردی قلب و افزایش ذخیره میوکارد، و ساپرس کردن ایجاد دیس ریتمی به وسیله کانون تحریک پذیر در بافت

باشد. در صورتی که مقدار مناسب بی حسی موضعی حاوی اپی نفرين، با تکنیک آسپیراسیون تزریق شود خطری ندارد. علائم حیاتی باید در حین عمل مونیتور شوند. (باکس ۱-۱۱)

در کل، به جز جراحی های مژهور دهان، بیمارانی که در coronary Artery Bypassing graft (CABG) داشته اند، به روش مشابه بیماران MI درمان می شوند.

قبل از انجام جراحی الکتیو مژهور سه ماه زمان باید بگذرد. اگر جراحی مژهور قبل از گذشت سه ماه از CABG لازم است باید با پزشک بیمار مشاوره شود.

بیماری که CABG شده معمولاً تاریخچه ای از آنژین، MI یا هردو را دارد لذا به روش مشابهی که برای آنها ذکر شد مدیریت می شود. کارهای روتین مطب دندانپزشکی را اگر ریکاوری بدون مشکل به دنبال CABG وجود داشته باشد و اضطراب بیمار حداقل نگه داشته شود می توان در بیماری که کمتر از ۶ ماه است که CABG شده انجام داد.

#### باکس ۱-۱۰: مدیریت بیمار دارای تاریخچه آنژین صدری

- ۱- با پزشک بیمار مشاوره کنید
- ۲- از پروتکل کاهش اضطراب استفاده کنید
- ۳- قرص یا اسپری نیتروگلیسرین در دسترس باشد در صورتی که اندیکاسیون دارد از نیترو گلیسرین پروفیلاکتیک استفاده کنید
- ۴- قبل از شروع جراحی مطمئن شوید که بی حسی عمیق وجود دارد.
- ۵- استفاده از آرام بخشی نیتروزاکساید را در نظر بگیرید.
- ۶- به دقت علائم حیاتی بیمار را کنترل کنید
- ۷- محدودیت احتمالی میزان اپی نفرین قابل استفاده را در نظر بگیرید (۰/۰ میلی گرم)
- ۸- تماس کلامی با بیمار را در طول جراحی، برای بررسی شرایط حفظ کنید

مدیریت مشکل جراحی دهانی در بیماری که MI داشته با مشاوره با پزشک بیمار آغاز می شود.

توصیه می شود که جراحی های الکتیومژهور تا حداقل ۶ ماه بعداز انفارکتوس به تعویق انداده شوند.

این تأخیر براساس شواهد آماری است که نشان می دهد رسید انفارکتوس مجدد در حدود ۶ ماه بعد به حداقل میزان می رسد. بخصوص اگر بیمار به خوبی از نظر پزشکی تحت بررسی باشد.

پیدایش درمان براساس تروموبولیتیک ها و بهبود مراقبت MI بطور اتوماتیک ۶ ماه تأخیر در انجام کارهای دندانپزشکی را غیر ضروری می کند. کارهایی که به صورت روتین در مطب دندانپزشکی انجام می شوند چنانچه باعث اضطراب واضح در بیمار نشود و بیمار بهبودی بدون مشکل از MI داشته باشد را می توان با گذشت کمتر از ۶ ماه انجام داد.

به علاوه بسیاری از درمان های دندانپزشکی را بددهد می توان انجام داد. پزشک بیمار در مشاوره اجازه آن را بددهد می توان انجام داد. از بیمار با تاریخچه MI باید با دقت در مورد سلامت قلبی عروقی سؤال شود. باید درخصوص کشف شواهد دیس ریتمی شناخته نشده یا (CHF) تلاش شود.

بیماری که MI کرده معمولاً آسپرین یا دیگر داروهای آنتی پلاکت یا ضد انعقاد را برای کاهش ترومبوژنز کرونری مصرف می کند. جزئیات مصرف این داروها برای تصمیم گیری جراحی باید گردآوری شود.

اگر بیشتر از ۶ ماه از MI گذشته یا مشاوره پزشکی اجازه درمان داده است، درمان بیمار مشابه همان بیمار مبتلا به آنژین است. برنامه کاهش اضطراب باید به کار رود. اکسیژن اضافی را می توان مدد نظر داشت ولی معمولاً غیر ضروری است. نیترو گلیسرین پروفیلاکتیک فقط در صورتی که توسط پزشک بیمار گفته شده باشد تجویز می شود ولی باید در دسترس

#### باکس ۱-۱۱: مدیریت بیمار با سابقه MI

- ۱- مشاوره با پزشک (primary care بیمار)
- ۲- اگر قبل از گذشت ۶ ماه از زمان MI درمان تهاجمی دندانی لازم است با پزشک بیمار چک شود
- ۳- بررسی کنید آیا بیمار داروی ضد انعقاد مصرف می کند (آسپرین)
- ۴- از پروتکل کاهش اضطراب استفاده کنید
- ۵- نیترو گلیسرین در دسترس باشد. در صورتی که پزشک بیمار تجویز کرده، پروفیلاکتیک استفاده شود
- ۶- تجویز اکسیژن مکمل (optional)
- ۷- ایجاد بی حسی موضعی عمیق
- ۸- تجویز نیتروز اکساید در نظر گرفته شود
- ۹- علائم حیاتی بیمار مونیتور شود و تماس کلامی با بیمار حفظ شود
- ۱۰- محدودیت مصرف اپی نفرین با دوز اپی نفرین ۰/۰ میلی گرم مدنظر باشد
- ۱۱- ارجاع بیمار به جراح دهان و فک و صورت مدنظر باشد.

## Cerebrovascular accident(stroke)

بیمارانی که CVA داشته اند همیشه مستعد عوارض نوروواسکولار دیگری نیز هستند. این بیماران معمولاً داروهای آنتی کواگولان (ضد انعقاد) و یا ضد پلاکت مصرف می کنند که براساس علت ایجاد بیماری است. اگر فشار خون بالا داشته باشند داروهای کاهنده فشار خون مصرف می کنند.

CVA ها بصورت معمول نتیجه لخته های ایجاد شده به دنبال فیبریلاسیون دهیزی، ترومبوژن به دنبال شرایط Hypercoagulable یا وریدهای استنوتیک هستند.

مثل تمام بیماران دارای مشکلات پزشکی در این جا هم باید علائم حیاتی به دقت مونیتور شوند و تمام اختلالات همراه نیز باید در نظر گرفته شود.

ابنورمالیتی‌های قلبی، که زمینه اندوکاردیت عفونی را فراهم می‌کند، سطح داخلی قلب با اندوکاردیوم، در صورت وجود ابنورمالیتی‌های سطحی که اجازه چسبیدن باکتری‌های پاتولوژیک و تکثیر آنها را بدهد، مستعد عفونت است. توضیح کامل این فرایند و روش‌های پیشنهادی پیشگیری در فصل ۸ ذکر شده است.

اختلال احتقانی قلب (کاردیومیوپاتی هیپرتروفیک) (congestive Heart failure Hyper trophic cardiomyopathy) (CHF) زمانی رخ می‌دهد که میوکارد بیمار در رساندن نیازهای خروجی خون به بدن ناتوان است. یا زمانی که بار بیش از حد روی میوکارد نرمال گذاشته می‌شود. حجم پایان دیاستولی در قلب افزایش که در میوکارد طبیعی از طریق مکانیسم فرانک - استرلینگ انقباض را افزایش می‌دهد. به هر حال، همزمان با اتساع بیشتر میوکارد سالم یا بیمار، کیفیت پمپاژ قلب، کاهش می‌یابد که باعث بازگشت خون به بستر عروقی ریوی، کبدی و اختلال جذب گوارشی مواد مغذی می‌شود. در نهایت، ادم ریوی، اختلال عملکرد کبدی و اختلال جذب گوارشی مواد مغذی اتفاق می‌افتد.

برون ده کاهش یافته قلب باعث ضعف عمومی و اختلال کلیرنس کلیوی مایعات اضافی می‌شود که overload واسکولار ایجاد می‌کند. علائم CHF شامل ارتوپنه paroxysmal nocturnal dyspnea و ادم مج پا است. ارتوپنه، اختلال تنفسی است که نشانه آن کوتاهی تنفس (shortness of breath) بیمار در وضعیت سوپاین است. ارتوپنه در اثر پخش مجدد مایع جمع شده در اندام‌های تحتانی، زمانی که بیمار دراز می‌کشد (سوپاین)preload اتفاق می‌افتد. بار قلب افزایش می‌یابد و برای کنترل افزایش یافته تلاش می‌کند، خون به جریان خون ریوی برگشته و ادم ریوی را ایجاد می‌کند. بیماران دچار ارتوپنه در هنگام خواب معمولاً چند عدد بالشت زیر سر خودشان می‌گذارند.

#### (PND PAROXYSMAL Nocturnal) (تنگی نفس حمله‌ای شبانه)

علامتی از CHF است که مشابه ارتوپنه است. بیمار ۱-۲ ساعت بعداز دراز کشیدن مشکل تنفس پیدا می‌کند. این اختلال زمانی رخ می‌دهد که خون جمع شده و مایع بینایینی که از

در مواردی که بیمار stroke امبویک یا ترومبویک دارد، معمولاً آنتی کواگولان مصرف می‌کند در مقابل stroke ثانویه به عروق استنوتیک که در آن بیمار داروهای آنتی پلاکت استفاده می‌کند،

(م): در موارد امبویک و ترومبویک: آنتی کواگولان /در موارد عروق استنوتیک: آنتی پلاکت)

اگر چنین بیماری نیاز به جراحی داشته باشد اجازه پزشک بیمار مورد نیاز است، همین طور به تأخیر اندختن جراحی تا زمینه‌های هیپرتنسیو کنترل شده باشند ضروری است. بیس لاین نورولوژیک بیمار باید بررسی شود و قبل از عمل ثبت شود. بیمار باید با روش‌های غیر دارویی کنترل اضطراب درمان شده و علائم حیاتی در حین جراحی مداوم مونیتور شود. اگر آرام بخشی دارویی ضروری است غلاظت کم نیتروز اکساید را می‌توان به کار برد.

#### Dysrhythmia

دیس ریتمی قلبی به صورت انقباضات ناهماهنگ حفرات قلب، ثانویه به نقایص هدایتی است که با هر کدام از مشکلات شروع ایمپالس (impulse initiation) یا انتشار ایمپالس (impulse propagation) آغاز می‌شود. دیس ریتمی در بیمار ممکن است در نتیجه تاریخچه‌ای از بیماری‌های مزمن سیستمیک مثل بیماری قلبی قبلی، جراحی قلب باز، اختلالات دریچه‌ای (valvopathy)، بیماری‌های تیروئید، سندروم متابولیک، اختلالات الکترولیت و یا به صورت ایدیوپاتیک رخ دهد.

فیریلاسیون دهلیزی، شایعترین دیس ریتمی است که در بیماران بالای ۵۰ سال اتفاق می‌افتد. از آنجا که بیمارانی که در معرض دیس ریتمی قلبی هستند یا کسانی که به آن مبتلا هستند ممکن است تاریخچه‌ای از بیماری ایسکمیک قلبی داشته باشند شاید لازم باشد که در درمان دندانپزشکی این بیماران تفاوت‌هایی ایجاد کرد. خیلی‌ها از محدود کردن میزان تجویز اپی نفرین تا ۰/۰۴ میلی گرم حمایت کرده‌اند ولی این میزان باید براساس ریسک کلی حوادث قلبی و توانایی دستیابی به بی‌حسی عمیق برای به حداقل رساندن درد و اضطراب حین عمل متعادل شود.

علاوه ممکن است برای این بیماران ضد انعقاد تجویز شده باشد یا اینکه pacemaker دائمی داشته باشند. پیس میکر هیچ کنتراندیکاسیونی برای جراحی‌ها دهان ندارد و هیچ نیازی هم به آنتی بیوتیک پروفیلاکتیک نیست. تجهیزات الکتریکی مثل الکتروکووتر و میکروویو نباید استفاده شوند.

### باکس ۱-۱۲ : مدیریت درمان بیمار با نارسایی احتقانی قلب (کاردیو میوپاتی هیپرتروفیک)

- ۱- درمان تا زمانیکه عملکرد قلب بهبود مدیکال پیدا کند و پزشک بیمار معتقد شود که درمان بی خطر است به تعویق بیفتند.
- ۲- استفاده از پروتکل کاهش اضطراب
- ۳- استفاده از اکسیژن مکمل در نظر گرفته شود.
- ۴- از پوزیشن سر پایین پرهیز شود
- ۵- ارجاع به جراح دهان و فک و صورت مد نظر قرار داده شود.

### مشکلات ریوی

#### آسم

وقتی بیمار تاریخچه آسم دارد، پزشک باید اول مشخص کند که بیمار واقعاً آسم دارد یا مشکلات تنفسی مثل رینیت آلرژیک که اثر کمتری روی درمان دندانپزشکی دارند. آسم واقعی، باریک شدن اپیزودیک راههای هوایی کوچک است که باعث ویزینگ و دیس پنه به دنبال تحریکات شیمیایی، عفونی، ایمونولوژیک یا مجموعه اینها می‌شود. از بیمار دچار آسم در مورد عوامل تسريع کننده، تناوب و شدت حملات، داروهای مورد استفاده و پاسخ به داروها سئوال می‌شود. شدت حملات اغلب با نیاز به ویزیت اورژانس و بسترهای در بیمارستان اندازه‌گیری شده و از این بیماران باید بخصوص در مورد آلرژی به آسپرین سئوال شود که علت آن شیوع بالای آلرژی جنرالیزه به داروهای ضد التهاب غیرستروئیدی (NSAID) در بیماران مبتلا به آسم، رینیت مزمن، سینوزیت و وجود پولیپ نازال است که به آن تریاد Samter's می‌گویند. پزشکان براساس تناوب، شدت و علت بیماری، برای بیمار دارو تجویز می‌کنند.

بیماران دچار آسم شدید نیاز به برونکودیلاتورهای مشتق اگزانتین مثلاً تنووفیلین، کورتیکوستروئید استنشاقی یا دوره‌های کوتاهی از کورتیکوستروئید سیستمیک با دوز بالا دارند. کرومولین (cromolyn) ممکن است برای پیشگیری از حملات حاد استفاده شود ولی زمانی که برونکواسپاسم رخ دهد تأثیری ندارد.

بسیاری بیماران آمین های مقلد سمپاتیک مثل اپی نفرین یا متاپروترنول (Metaproterenol) به فرم آئروسل را همراه خود دارند که در هنگام ایجاد ویزینگ استفاده می‌کنند. آگونیست‌های بتا آدرنرژیک استنشاقی مثل آلبوترونول، معمولاً برای ایپزودهای حاد برونکواسپاسم تجویز می‌شوند تا برونکودیلاتورهای فوری را بهتر کنند.

پاهای باز جذب عروقی شده، توزیع مجدد مرکزی پیدا می‌کند، بار قلب را زیاد می‌کند و باعث ادم ریوی می‌شود.

مدتی پس از دراز کشیدن برای خواب، در حالی که احساس تنگی نفس دارد و سعی می‌کند که بنشیند تا بتواند هوا دریافت کند ناگهان بیدار می‌شود.

ادم اندام‌های تھاتی که همیشه به شکل تورم پا، زانو یا هردو خود را نشان می‌دهد به علت افزایش مایع بینایینی است. تجمع این مایع معمولاً در نتیجه هر مشکلی که باعث افزایش فشار وریدی یا کاهش پروتئین سرم شود و یا مقادیر اضافی پلاسما را وارد به ماندن در فضاهای بافتی پا بنماید ایجاد می‌شود.

ادم با فشار دادن یک انگشت روی ناحیه تورم برای چند ثانیه بررسی می‌شود. اگر فرو رفتگی بافت نرم پس از برداشتن انگشت باقی بماند، وجود ادم گوده گذار (pedal edema)، مشخص می‌شود. سایر علائم CHF افزایش وزن و دیس پنه هنگام فعالیت است.

بیماران مبتلا به CHF که تحت نظر پزشک هستند، معمولاً رژیم غذایی کم سدیم برای کاهش احتباس مایعات دارند و دریافت دیورتیک‌ها برای کاهش حجم داخل وریدی، گلیکوزیدهای قلبی مثل دیگوکسین برای بهبود کارایی قلب و بعضی وقت‌ها داروهای کاهنده after load مثل نیترات، آنتاگونیست‌های بتا آدرنرژیک یا آنتاگونیست‌های کانال کلسیم برای کنترل میزان کار قلب، مصرف می‌کنند. به علاوه بیماران دچار فیبریلاسیون دهلیزی مزمن ایجاد شده به علت HCM معمولاً برای پیشگیری از شکل گیری لخته ضد انعقاد مصرف می‌کنند.

بیماران مبتلا به CHF که با رژیم و درمان دارویی وضعیت متعادلی دارند، می‌توانند بدون خطر تحت جراحی سرپایی دهان قرار بگیرند. پروتکل کاهش اضطراب و اکسیژن مکمل مفید هستند. بیمار دچار ارتوپنه نباید در هنگام انجام کار در وضعیت سوپاین قرار داده شود. جراحی بیماری که وضعیت متعادلی ندارد بهتر است تا زمان دست یابی به تعادل به تاخیر بیفتند، یا جراحی در بیمارستان انجام شود(باکس، ۱-۱۲)

دچار اختلال می شوند، خصوصیات الاستیک خود را از دست می دهند و بعلت ادم مخاطی، ترشحات بیش از حد و برونوکواسپاسم بسته می شوند که تظاهرات COPD را ایجاد می کند.

بیماران مبتلا به COPD مکررا در هنگام فعالیت ملایم تا متوسط دچار دیس پنه می شوند سرفه مزمن دارند که مقادیر زیادی از ترشحات غلیظ ایجاد می کند، عفونت های مکرر راه هوایی و قفسه سینه بشکه ای شکل (barrel shape) دارند. ممکن است لب هایشان را برای تنفس جمع کنند و ویزینگ قابل شنیدن هنگام نفس کشیدن داشته باشند. بیمار ممکن است دچار هیپرتنتشن ریوی همراه و حتی اختلال سمت راست قلب شود.

برونکودیلاتورهایی مثل تئوفیلین، بتا آگونیست های استنشاقی یا آنتی کولینرژیک های استنشاقی معمولا برای بیمار دچار COPD واضح به کار می روند. در موارد شدیدتر، مواد طولانی اثر و کورتیکوستروئیدهای استنشاقی و یا دوره های کوتاه از کورتیکوستروئید سیستمیک تجویز می شوند.

فقط در شدیدترین موارد مزمن اکسیژن مکمل قابل حمل استفاده می شود. در درمان دندانپزشکی بیماران دچار COPD که کورتیکوستروئید دریافت می کنند، دندانپزشک باید استفاده از مکمل کورتیکوستروئید را قبل از جراحی مازور مدنظر داشته باشد. باید از آرام بخش ها، داروهای خواب آور، مخدراها و مواد دپرس کننده فعالیت تنفسی اجتناب شود. شاید لازم باشد بیمار در وضعیت نشسته upright در طول کار دندانپزشکی قرار داده شود تا قادر به کنترل بهتر ترشحات بیش از حد ریوی شود. در نهایت اکسیژن مکمل بیشتر از میزان معمول این بیماران نباید در بیماری شدید تجویز شود مگر این که دستور پزشک باشد. برخلاف بیماران سالم که در آنها افزایش سطح دی اکسید کربن شریانی محرك اصلی تنفس است، بیمار COPD با سطوح بالای CO<sub>2</sub> شریانی سازگار شده است و برای تحریک تنفس وابسته به کاهش سطوح اکسیژن خون شریانی است. اگر غلظت O<sub>2</sub> شریانی با تجویز اکسیژن مکمل با غلظت زیاد افزایش یابد، تحریک تنفسی وابسته به هیپوکسی حذف می شود و تعداد تنفس بیمار به میزان بحرانی کاهش می یابد.

درمان جراحی های بیمار مبتلا به آسم شامل شناخت نقش اضطراب در شروع برونوکواسپاسم و پتانسیل سرکوب آدرنال در بیماری که درمان کورتون سیستمیک می گیرد است.

جراحی الکتیو دهان در صورت وجود عفونت راه تنفسی و ویزینگ باید به تأخیر بیفت. زمانی که جراحی انجام می شود، باید از پروتکل کاهش اضطراب استفاده شود. اگر بیمار کورتیکوستروئید مصرف می کند باید با پزشک بیمار در خصوص نیاز به دوز احتمالی قبل از عمل، برای جراحی های مازور مشاوره شود. تجویز نیتروز اکساید برای بیمار مبتلا به آسم خطی ندارد و بخصوص در بیمارانی که آسم آنها با اضطراب تشدید می شود کاربرد دارد. نیتروواکساید می تواند درجاتی از اثر برونوکودیلاتوری ملایم داشته باشد.

اسپری تنفسی خود بیمار، موقع جراحی باید در دسترس باشد و داروهایی مثل اپی نفرین تزریقی، تئوفیلین، بتا آگونیست های استنشاقی باید در کیت اورژانس موجود باشد.

از به کار بردن NSAID خود داری شود چون اغلب شروع حمله آسم را در افراد مستعد تسریع می کنند.

#### باکس ۱-۱۳ : مدیریت بیمار دچار آسم

- درمان دندانی تا زمان کنترل خوب بیماری و فقدان هرگونه علامت عفونت راه هوایی بیمار به تأخیر بیفت.
- باستتوسکوپ به صدای سینه گوش داده شود تا هرگونه ویزینگ قبل از جراحی دهانی بزرگ یا آرام بخشی کشف شود.
- استفاده از پروتکل کاهش اضطراب شامل نیتروز اکساید . از دپرسانت های تنفسی اجتناب شود.
- از پزشک بیمار در مورد به کار بردن احتمالی کرومولین سدیم قبل از جراحی سوال شود.
- اگر بیمار به صورت مزمن کورتیکو ستروئید می گرفته یا می گیرد، برای adrenal insufficiency پروفیلاکسی بگیرد
- یک اسپری برونوکو دیلاتور با دسترسی آسان وجود داشته باشد.
- در بیماران مستعد از NSAID استفاده نشود.

#### بیماری انسدادی مزمن ریوی (COPD)

#### Chronic obstructive pulmonary disease

بیماری های ریوی معمولا تحت دو گروه انسدادی restrictive و obstructive هستند.

سابقا از اصطلاح امفیزم و برونشیت برای توضیح نمای بالینی COPD استفاده می شد ولی COPD به عنوان طیفی از مشکلات پاتولوژیک ریوی می باشد که معمولا به علت اکسپوژر طولانی مدت به محرك هایی مثل دود تباکو، که باعث متاپلازی راه هوایی تنفسی می شود ایجاد می شود. راههای هوایی ملتهد و

هنگام دیالیز را می دهد و بیمارهای در بهترین شرایط فیزیولوژیک خودش با توجه به حجم اینترواسکولار و محصولات متابولیک است. داروهایی که متابولیسم یا دفع کلیوی دارند نباید به کار برond و یا باید در دوزهای تغییر داده شده (تعديل شده) برای جلوگیری از سمیت سیستمیک استفاده شوند.

داروهایی که توسط پروسه دیالیز از خون پاک می شوند نیازمند رژیم دوز ویژه هستند.

از داروهای نفروتوکسیک مثل NSAID در بیمار با آسیب کلیوی جدی اجتناب شود.

با خاطر شیوع بالاتر هپاتیت در بیمارانی که دیالیز کلیوی می شوند، دندانپزشک باید ملاحظات لازم را لحاظ کند. به نمای تغییر یافته استخوانی بعلت هیپرپاراتیروئیدیسم ثانویه در بیماران دچار اختلال کلیوی باید توجه شود. از رادیولوستنسی هایی که در نتیجه پروسه های متابولیک ایجاد می شوند، در بیماری های دندانی، نباید غفلت کرد.

### پیوند کلیه و پیوند سایر ارگان ها

بیمار نیازمند جراحی پس از پیوند کلیه یا عضو دیگری، معمولاً تعداد زیادی دارو برای حفظ عملکرد پیوندی دریافت می کند. این بیماران کورتیکوستروئید مصرف می کنند و شاید نیاز به کورتیکوستروئید مکمل داشته باشند اکثر این بیماران ایمونوساپرسیو مصرف می کنند که از طرف دیگر می تواند عفونت های خود محدود شونده را تشدید کند. بنابراین کاربرد مهاجمانه‌ی آنتی بیوتیک و بستری کردن زود هنگام بیمار در هنگام عفونت لازم است. باید با پزشک مراقبت اولیه بیمار در مورد نیاز به آنتی بیوتیک پروفیلاکتیک مشاوره شود.

سیکلوسپورین (Cyclosporine A-A) داروی ایمونو ساپرسیو تجویز شده بعداز پیوند اعضا می تواند باعث هیپرپلازی له شود. دندانپزشک باید این مسئله را به یاد داشته باشد تا هیپرپلازی له را فقط به بهداشت دهان نسبت ندهد. بیمارانی که پیوند کلیه شده اند گهگاه با فشار خون شدید مشکل دارند. علائم حیاتی بیمار باید درست قبل از جراحی دهان ثبت شود (۱۶) باید با پزشک بیمار مشاوره شود.

### باکس ۱-۱۴ : مدیریت بیمار مبتلا به بیماری انسداد مزمن ریوی

- ۱- تا زمان بهبود عملکرد ریوی درمان به تأخیر بیفتند.
- ۲- سمع دو طرفه قفسه سینه با گوشی پزشکی مشخص شود.
- ۳- استفاده از پروتکل کاهش اضطراب ولی اجتناب از مصرف دپرسانتهای تنفسی.
- ۴- اگر نیازمند مصرف مزمن اکسیژن است با میزان تجویز شده ادامه داده شود و قبل از تجویز با پزشک بیمار مشاوره شود.
- ۵- اگر بیمار به صورت مزمن کورتیکواستروئید دریافت می کند، احتمال عدم کفایت آدرنال درنظر گرفته شود.
- ۶- از قرار دادن بیمار در وضعیت سوپاین اجتناب کنید تا زمانی که مطمئن باشید بیمار می تواند این وضعیت را تحمل کند.
- ۷- اسپری حاوی بروونکوپیلاتور در دسترس باشد.
- ۸- تعداد تنفس و تعداد ضربان قلب به دقت مونیتور شود.
- ۹- ملاقات بیمار در بعداز ظهر گذاشته شود تا اجازه کاهش ترشحات داده شود.

### باکس ۱-۱۵ : مدیریت بیماران دچار نارسایی کلیوی و کسانی که دیالیز می شوند

- ۱- از مصرف داروهای دارای متابولیسم یا دفع کلیوی اجتناب شود و اگر کاربرد آنها ضروری است دوز آنها تعییل شود. از شانت شریانی وریدی برای تزریق دارو یا گرفتن نمونه خون استفاده نشود.
- ۲- از داروهای نفروتوکسیک و NSAID اجتناب شود.
- ۳- درمان دندانپزشکی تا روز بعداز دیالیز به تأخیر بیفت.
- ۴- در مورد پروفیلاکسی آنتی بیوتیک با پزشک بیمار مشاوره شود.
- ۵- فشار خون و تعداد ضربان قلب بیمار مونیتور شود.
- ۶- علائم هایپرپاراتیروئیدیسم ثانویه مدنظر باشند.
- ۷- درخصوص غربالگری ویروس هپاتیت B قبل از درمان دندانی، در صورتی که امکان غربالگری نیست ملاحظات لازم در نظر گرفته شود.

### مشکلات کلیوی

#### نارسایی کلیوی (Renal failure)

بیماران با نارسایی مزمن کلیوی، دیالیز کلیوی دوره ای نیاز دارند. این بیماران نیاز به ملاحظات خاص در هنگام درمان جراحی دهان دارند. درمان مزمن دیالیز نیازمند وجود شانت شریانی وریدی است. شانت یک اتصال بزرگ بین شریان و ورید است که به طریقه جراحی ایجاد می شود. اجازه دسترسی وسکولار آسان و تجویز هپارین را می دهد که اجازه حرکت خون از میان دستگاههای دیالیز بدون لخته شدن را می دهد. دندانپزشک هرگز نباید از شانت برای دسترسی وریدی استفاده کند مگر در اورژانس های تهدید کننده حیات. کاف فشار خون هرگز نباید روی بازویی که شانت شریانی وریدی دارد بسته شود.

بهترین زمان انجام دادن درمان الکتیو دندانپزشکی روز بعد از دیالیز است. این زمان اجازه از بین رفتن هپارین استفاده شده در

### باکس ۱-۱۷ : مدیریت بیماران مبتلا به فشار خون

#### Mild to moderate Hypertension(cystolic)

- ۱- به بیمار پیشنهاد شود که از پزشک مراقبت اولیه خود راهنمایی و درمان دارویی بخواهد. به تأخیر انداختن درمان لازم نیست.
- ۲- فشار خون بیمار در هر ویزیت و در هر زمان که تزریق بی حسی موضعی اپی نفرین بیشتر از  $0/04$  میلیگرم شود اندازه گیری شود.
- ۳- از پروتکل کاهش اضطراب استفاده شود.
- ۴- از تغییر سریع پوزیشن بیماری که داروهای ایجاد کننده اتساع عروق مصرف می کند خودداری شود.
- ۵- از تزریق محلول های داخل وریدی حاوی سدیم اجتناب شود.

#### Sever Hypertension(cystolic)

- ۱- درمان الکتیو دندانپزشکی تا کنترل بهتر فشار خون به تأخیر بیفت.
- ۲- در موارد اورژانس، ارجاع به جراح دهان و فک و صورت در نظر قرار گیرد.

#### اختلالات کبدی

بیمار با آسیب شدید کبدی به دنبال بیماری های عفونی، سوء مصرف اтанول، احتقان عروقی یا صفرایی قبل از جراحی دهان نیاز به ملاحظات ویژه دارند. تغییر دوز یا اجتناب از داروهای متабولیسم کبدی ممکن است ضرورت داشته باشد. در بیماری شدید کبدی ممکن است ساخت تقریباً همه فاکتورهای انعقادی خاص پروتئین S,C کاهش یابد.

لذا اخذ PTT, INR,PT در بیماران دارای اختلال شدید کبدی بخصوص آنها یکی که تحت جراحی که پتانسیل خونریزی وسیع دارد قرار می گیرند، سودمند است. پروفشاری ورید پورت که در بیماری های کبدی ایجاد می شود میتواند باعث هیپراسپلینیسم و از دست رفتن پلاکت ها و ایجاد ترومبوسیتوپنی نسبی شود. ترومبوپوئتین thromboPoietin در کبد ساخته می شود، کاهش تولید آن می تواند باعث ترومبوسایتوپنی حقیقی شود. طولانی شدن زمان خونریزی یا کاهش تعداد پلاکت ها این مشکل را نشان می دهد. بیمار دچار اختلال شدید کبدی، شاید برای انجام جراحی دهان نیاز به بستری شدن داشته باشد که به علت کاهش توانایی بیمار در متabolیزه کردن نیتروژن موجود در خون بلعیده شده است که می تواند سبب انسفالوپاتی شود.

در نهایت مگر در مواردی که علت مشخص دیگری وجود داشته باشد، هر بیمار مبتلا به بیماری کبدی با منشاء ناشناخته باید حامل ویروس هپاتیت در نظر گرفته شود.

### باکس ۱-۱۶ : مدیریت بیماران با پیوند کلیه

- ۱- درمان تا زمانی که پزشک مراقبت اولیه بیمار یا جراح پیوند اجازه دهد، به تأخیر بیفت.
- ۲- از کاربرد داروهای نفرو توکسیک اجتناب شود
- ۳- استفاده از کورتیکوستروئید مکمل مدنظر قرار گیرد
- ۴- فشار خون مونیتور شود
- ۵- در خصوص غربالگری ویروس هپاتیت B قبل از درمان دندانپزشکی دقت شود. در صورت نبودن امکان غربالگری ملاحظات لازم مدنظر قرار گیرد
- ۶- هیپرپلازی لشه ای القا شده به وسیله سیکلوسپورین A مورد توجه قرار گیرد. به اهمیت بهداشت دهان تأکید شود
- ۷- استفاده از آنتی بیوتیک پروفیلاکتیک، بخصوص در بیماری که داروی ایمونوساپرسیو می گرد مدنظر باشد.

#### افزایش فشار خون (Hypertension)

افزایش مزمن فشار خون که دلیل آن ناشناخته باشد essential hypertension نامیده می شود.

هیپرتنشن Mild ( $< 110$  mmhg) یا diastolic pressure ( $< 200$  mmhg) یا cystolic pressure ( $< 140$  mmhg) معمولاً مشکلی در انجام جراحی سرپایی دهانی نیست، تا زمانی که بیمار علائم و نشانه های درگیری end organ ثانویه به افزایش فشار خون را نداشته باشد.

مراقبت از بیمار مبتلا به فشار خون با کنترل ضعیف شامل پروتکل کاهش اضطراب و مونیتورینگ علائم حیاتی است. بی حسی موضعی حاوی اپی نفرین باید با احتیاط استفاده شود. پس از جراحی باید به بیمار توصیه شود که برای فشار خون بالای خود درمان مdicakal بگیرد.

جراحی الکتیو دهان برای بیماران دچار هیپرتنشن شدید cystolic pressure  $\geq 200$  mmHg/diastolic pressure  $\geq 110$  mmHg باید تا زمان کنترل فشار خون به تأخیر انداخته شود.

جراحی اورژانس دهان در بیماران دچار هیپرتنشن شدید باید در شرایط با کنترل خوب و در بیمارستان با مانیتورینگ کافی انجام شود و پس از آن کنترل سریع فشار خون برنامه ریزی شود.

می شود (phagoglycemic) انسولین فقط در صورتی مورد نیاز است که بیمار نتواند سطوح قابل قبول گلوكز خون را علیرغم استفاده از مقیاس های درمانی معمول حفظ کند. هیپرگلیسمی شدید در بیمار مبتلا به دیابت نوع II به ندرت باعث ایجاد کتواسیدوز می شود ولی باعث وضعیت هیپراوسمولار می شود که باعث تغییر سطح هوشیاری می شود.

هیپرگلیسمی کوتاه مدت mild-to-moderate معمولاً مشکل واضحی برای بیمار ایجاد نمی کند، پس در هنگام طرح ریزی جراحی دهان بهتر است اگر خطای صورت می گیرد به سمت هیپر گلیسمی باشد. بهترین کار اجتناب از دوز بیش از حد انسولین و همین طور تجویز گلوكز دهانی است. درمان های جراحی سرپایی باید در ابتدای روز انجام شوند و از پروتکل کاهش اضطراب استفاده شود. صحبت با پزشک مراقبت او لیه بیمار لازم است اگر رژیم دارویی بیمار نیاز به ادجاست دارد، هم چنین تغییرات غذایی در روز جراحی باید بلا فاصله بعداز جراحی بررسی شود. انسولین رگولار و نصف دوز NPH را بگیرد. علائم حیاتی بیمار باید کنترل شود.

اگر علائم هیپوگلیسمی (شامل: هیپوتنشن، گرسنگی، گیجی، تهوع، تعریق بیش از حد یا تغییرات خلقی) رخ دهد، مکمل گلوكز سرم در حدی بالا می رود که جذب مجدد کل گلوكز توسط کلیه انجام نمی شود و گلوكز اوری ایجاد می شود.

اثر اسموتیک گلوكز حل شده باعث پلی اوریا می شود که خودش باعث تحریک تشنجی و ایجاد پلی دیسپیا (= مصرف مکرر مایعات) می شود.

متابولیسم کربوهیدرات ها تغییر می کند که باعث تجزیه چربی ها و ساخت کتون بالا می شوند. به دنبال آن می تواند کتواسیدوز ایجاد شود که همراه خود، تاکی پنه و گیجی و حتی کما را دارد.

بیماران مبتلا به دیابت تیپ I باید یک تعادل دقیق بین دریافت کالری، تحرک و دوز انسولین داشته باشند. هرگونه کاهش در کالری معمول یا افزایش فعالیت یا افزایش دوز انسولین باعث هیپوگلیسمی می شود و بالعکس.

بیماران مبتلا به دیابت نوع II معمولاً انسولین می سازند ولی میزان آن کافی نیست که علتش کاهش فعالیت انسولین، مقاومت رسپتورهای انسولین یا هر دو است. این فرم از دیابت عموماً در بزرگسالی آغاز می شود و با چاقی بدتر می شود، معمولاً نیازی به انسولین ندارد. این نوع دیابت با کنترل وزن، محدودیت غذایی و استفاده از فاگوگلیسمیک های دهانی درمان

#### باکس ۱۸-۱: مدیریت بیماران دچار اختلال کبدی

- ۱- برای کشف علت مشکل کبدی تلاش شود. اگر دلیل هپاتیت است ملاحظات معمول صورت بگیرد.
- ۲- از داروهای دارای متابولیسم و دفع کبدی اجتناب شود و اگر ضروری است تعديل دوز انجام شود.
- ۳- بیمار دچار بیماری شدید کبدی از احتلالات خونریزی دهنده بررسی شود و تست های شمارش پلاکت, bleeding time (BT), partial thromboplastin time (PTT) PROTHROMBIN TIME (PT) انجام شود.
- ۴- از شرایطی که بیمار در آن ممکن است مقادیر زیادی خون بیلعدجلوگیری شود

#### احتلالات اندوکرین

##### دیابت ملیتوس

دیابت ملیتوس به علت ساخت ناکافی انسولین، مقاومت گیرنده های انسولین در ارگانهای هدف به تأثیر انسولین و یا هردو ایجاد می شود. دیابت عموماً به انواع وابسته به انسولین (نوع I) و غیر وابسته به انسولین (نوع II) تقسیم می شود. نوع I معمولاً در زمان کودکی یا نوجوانی آغاز می شود، مشکل اصلی در این نوع دیابت کاهش تولید انسولین است که باعث ناتوانی بیمار در استفاده مناسب از گلوكز می شود.

گلوكز سرم در حدی بالا می رود که جذب مجدد کل گلوكز توسط کلیه انجام نمی شود و گلوكز اوری ایجاد می شود. اثر اسموتیک گلوكز حل شده باعث پلی اوریا می شود که خودش باعث تحریک تشنجی و ایجاد پلی دیسپیا (= مصرف مکرر مایعات) می شود.

متابولیسم کربوهیدرات ها تغییر می کند که باعث تجزیه چربی ها و ساخت کتون بالا می شوند.

به دنبال آن می تواند کتواسیدوز ایجاد شود که همراه خود، تاکی پنه و گیجی و حتی کما را دارد.

بیماران مبتلا به دیابت تیپ I باید یک تعادل دقیق بین دریافت کالری، تحرک و دوز انسولین داشته باشند.

هرگونه کاهش در کالری معمول یا افزایش فعالیت یا افزایش دوز انسولین باعث هیپوگلیسمی می شود و بالعکس.

بیماران مبتلا به دیابت نوع II معمولاً انسولین می سازند ولی میزان آن کافی نیست که علتش کاهش فعالیت انسولین، مقاومت رسپتورهای انسولین یا هر دو است. این فرم از دیابت عموماً در بزرگسالی آغاز می شود و با چاقی بدتر می شود، معمولاً نیازی به انسولین ندارد. این نوع دیابت با کنترل وزن، محدودیت غذایی و استفاده از فاگوگلیسمیک های دهانی درمان

**باکس ۱-۱۹ : مدیریت بیمار مبتلا به دیابت****دیابت وابسته به انسولین (تاپ)**

- ۱- جراحی تا زمانی که دیابت به خوبی کنترل شده باشد به تعویق بیفتند. با پزشک بیمار مشاوره کنید
- ۲- ملاقات، صبح زود باشد و طولانی نباشد
- ۳- از پروتوكل کاهش اضطراب استفاده کنید ولی تکنیک های آرام بخش عقیق در بیمار سرپایی به کار نمود
- ۴- پالس تنفس و فشار خون بیمار، قبل در هنگام و پس از جراحی مونیتور شود
- ۵- حفظ تماس کلامی با بیمار در طول جراحی
- ۶- اگر بیمار نباید قبل از جراحی چیزی بخورد، یا بیاشامد و پس از آن هم در غذا خوردن مشکل داشته باشد باید دستورالعمل استفاده نکردن از دوز معمول انسولین یا رگولار یا NPH داده شود. تجویز دکستروز ۵٪ در آب که ۱۵۰ ml در ساعت، دریپ می شود.
- ۷- اگر می تواند غذا بخورد، صحنه معمول را بخورد، دوز رگولار انسولین را بگیرد ولی دوز NPH نصف شود.
- ۸- به بیمار گفته شود که تا زمانی که به سطح نرمال دریافت کالری و فعالیت نرسیده به دوز نرمال انسولین باز نگردد.
- ۹- اگر هرگونه نگرانی درخصوص تغییر رژیم انسولین وجود دارد با پزشک مشاوره شود
- ۱۰- مواظب علائم هیپوگلیسمی باشید
- ۱۱- عفونت را بصورت مهاجمانه درمان کنید

**دیابت غیر وابسته به انسولین (نوع ۲)**

- ۱- جراحی را تا کنترل مطلوب بیماری به تأخیر بیاندازید
- ۲- ملاقات در ابتدای صبح باشد و از ملاقات های طولانی مدت اجتناب شود
- ۳- از پروتوكل کاهش اضطراب استفاده شود
- ۴- پالس، تنفس و فشار خون بیمار قبل، در حین و بعد از جراحی مونیتور شود
- ۵- تماس کلامی با بیمار حین جراحی حفظ شود
- ۶- اگر بیمار قبل از جراحی نباید چیزی بخورد یا بنوشد، مصرف هرگونه داروی هیپوگلیسمیک را در روز عمل قطع کند
- ۷- اگر بیمار بتواند قبل از جراحی بخورد، صحنه نرمال بخورد و دوز معمول داروی خودش را بگیرد
- ۸- مراقب علائم هیپوگلیسمی باشد
- ۹- عفونت ها را بصورت مهاجم درمان کنید

اگر بیمار دچار عدم کفایت اولیه یا ثانویه آدرنال نیاز به جراحی پیچیده داشته باشد، باید با پزشک بیمار درخصوص نیاز به استروئید مکمل مشاوره شود. عموماً عمل های مینور فقط نیاز به پروتوكل کاهش اضطراب دارند. بنابراین کورتیکوستروئید مکمل برای اکثر کارهای دندانپزشکی لازم نیست. دندانپزشک باید به دقت بیمار را برای هرگونه علامت و نشانه بحران آدرنال مونیتور کند عمل های پیچیده تر مثل جراحی ارتوگناستیک نیاز به کورتیکوستروئید مکمل دارند

در هر حال اگر شرایط اورژانس یا عفونت جدی دهان وجود داشته باشند باید بستری در بیمارستان برای کنترل هیپرگلیسمی و درمان مهاجمانه عفونت مدنظر قرار گیرد. بسیاری پزشکان اعتقاد دارند که بطور روتین باید آنتی بیوتیک پروفیلاکتیک به بیمار دیابتی که برایش جراحی دهان انجام می شود داده شود. در این مسئله اختلاف نظر وجود دارد.

**TABLE 1.1 Types of Insulin**

Onset and Duration of Action	Names	Peak Effect of Action (Hours After Injection)	Duration of Action (Hours)
Fast (F)	Regular	2-3	6
	Semilente	3-6	12
Intermediate (I)	Globin zinc	6-8	18
	NPH	8-12	24
Long (L)	Lente	8-12	24
	Protamine zinc	16-24	36
	Ultralente	20-30	36

Insulin sources are pork—F, I; beef—F, I, L; beef and pork—F, I, L; and recombinant DNA—F, I, L.

NPH, Neutral protamine Hagedorn.

**عدم کفایت آدرنال (Adrenal insufficiency)**

بیماری های کورتکس آدرنال ممکن است باعث عدم کفایت آدرنال شود. علائم اولیه شامل: ضعف، کاهش وزن، خستگی، هیپرپیگامانتاسیون پوست و مخاطات است. شایعترین علت عدم کفایت آدرنال درمان مزمن با کورتیکوستروئیدهاست (عدم کفایت ثانویه آدرنال) اغلب بیماری که به طور منظم کورتیکوستروئید مصرف می کند moonface و buffalohump (back) و پوست نازک ترنس لوسنت دارد. ناتوانی آنها برای افزایش سطوح کورتیکوستروئید اندوژن، در پاسخ به استرس فیزیولوژیک ممکن است باعث شود که دچار افت فشار خون، سنکوب، تهوع و تب، در هنگام انجام جراحی پیچیده و طولانی مدت شوند که در ادامه بحران آدرنال است.

اگر هیپرتیروئیدیسم زود تشخیص داده نشود بیمار ممکن است دچار نارسایی قلبی شود.

تشخیص باشناسایی افزایش میزان هورمونهای تیروئید موجود در گردش خون صورت می‌گیرد که برایشان آزمایش نوع مستقیم و غیر مستقیم وجود دارد.

بیماران تیروتوکسیک معمولاً با داروهایی که سنتز و آماده‌سازی هورمون‌های تیروئید را بلاک می‌کنند، تیروئیدکتمی یا هردو، درمان نمی‌شوند. بیمارانی که درمان نمی‌شوند با به طور کامل درمان نمی‌شوند کریزهای تیروتوکسیک دارند که با آزادسازی ناگهانی مقادیر زیاد هورمون‌های تیروئید فعال ایجاد می‌شود. علائم اولیه بحران تیروتوکسیک شامل بیقراری (restlessness)، تهوع (nausea)، کرم‌شکمی است. علائم و نشانه‌های بعدی، تب بالا، تعریق بیش از حد (diaphoresis)، تاکیکاردي و در نهایت نارسایی قلبی است، بیمار دچار اختلال هوشیاری و کاهش پاسخ‌دهی به حرکات (stupor) و افت فشار خون می‌شود و در صورت عدم درمان می‌میرد.

دندانپزشک باید قادر باشد هیپرتیروئیدیسم ناشناخته را از روی تاریخچه پزشکی و معاینه دقیق کشف کند. اگر شک به هیپرتیروئیدیسم شدید وجود دارد باید غده را لمس کرد چون دستکاری آن ممکن است سبب شروع بحران شود. بیمار مشکوک به هیپرتیروئیدیسم را باید برای بررسی پزشکی ارجاع داد.

برای بیماران با بیماری درمان شده تیروئید می‌توان بدون خطر، جراحی دهان سرپائی انجام داد.

اگر بیمار عفونت دهان دارد، باید به پزشک وی اطلاع داده شود به ویژه اگر علامت مشخصی از هیپرتیروئیدیسم هم مشهود است. آتروپین و مقادیر بیش از حد اپی نفرین ( محلول بی‌حسی حاوی اپی نفرین) در صورتی که مشکوک به درمان شدن کامل بیمار باشیم نباید استفاده شوند(باکس ۱-۲۱)

### هیپوتیروئیدیسم

دندانپزشک می‌تواند در تشخیص اولیه هیپوتیروئید نقش داشته باشد. علائم اولیه هیپوتیروئیدیسم شامل خستگی، بیوست constipation، افزایش وزن، hoarsness (نوعی تغییر صدا به شکل گرفتگی به علت پیدایش مشکل در تارهای صوتی)، سردرد، درد مفاصل arthralgia، اختلالات دوره‌های ماهیانه menstrual disturbance، ادم، پوست خشک و شکنندگی موها و ناخن‌ها باشد.

اگر علائم هیپوتیروئیدیسم mild باشند، هیچگونه تغییری در درمان دنданپزشکی لازم نیست

**باکس ۱-۲۰: مدیریت بیمار دچار عدم کفایت آدرنال که نیاز به جراحی دهانی مأذور دارد**

اگر بیمار هم اکنون کورتیکوستروئید مصرف می‌کند:

- از پروتکل کاهش اضطراب استفاده شود
- پالس، فشار خون بیمار قبل، در طول و بعداز جراحی مونیتور شود
- به بیمار دستور العمل داده شود که دوز روزانه مصرفی خود را در روزهای قبل از عمل، روز عمل و بعداز عمل دو برابر کند
- در روز دوم بعداز عمل، به بیمار گفته شود که به دوز استروئید معمول برگردد.

اگر بیمار در حال حاضر کورتیکوستروئید مصرف نمی‌کند ولی حداقل ۲۰ میلی گرم در روز هیدروکورتیزون یا معادل آن را به مدت بیشتر از ۲ هفته در یک سال مصرف کرده است

- از پروتکل کاهش اضطراب استفاده شود
- پالس و فشار خون، قبل در طول و بعد عمل مونیتور شود
- به بیمار گفته شود که ۶۰ میلی گرم هیدروکورتیزون یا معادل آن، روز قبل از عمل و روز عمل بخورد یا این که دنданپزشک ۶۰ میلی گرم هیدروکورتیزون یا معادل آن را بصورت وریدی به بیمار تزریق کند
- در روز اول پس از عمل باید ۴۰ میلی گرم و در ۳ روز بعد از آن ۲۰ میلی گرم شود. می‌توان مصرف کورتون را ۶ روز بعداز جراحی قطع کرد.

### روزهای بعد از جراحی

روز جراحی	روز قبل از جراحی	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۶۰ mg	۶۰ mg	۴۰ mg	۴۰ mg	۲۰ mg	۲۰ mg	۲۰ mg	-

**باکس ۱-۲۱: مدیریت بیمار دچار هیپرتیروئیدیسم**

۱- جراحی تا زمان کنترل مناسب اختلال عملکرد تیروئید به تعویق بیفت

۲- پالس و فشار خون قبل، در طول و بعد عمل مونیتور شود

۳- میزان اپی نفرین مصرفی محدود شود

### هیپرتیروئیدیسم

اختلال غده تیروئید که در دنданپزشکی اهمیت اول را دارد تیروتوکسیکوز است. چرا که تنها بیماری غده تیروئید است که ممکن است حمله حاد در آن رخ دهد. تیروتوکسیکوز نتیجه افزایش تری‌یدوتیروزین و تیروکسین در گردش خون است که مکررا به علت بیماری گریوز، گواتر مولتی ندولر یا آدنوم تیروئید رخ می‌دهد. تظاهرات زود هنگام افزایش تولید هورمون تیروئید شامل موهای نرم و شکننده، هیپرپیگمنتسیون پوست، تعریق بیش از حد، تاکیکاردي، تپش قلب، کاهش وزن و عدم ثبات عاطفی و احساسی است.

بیماران به کرات، اگرچه نه همیشه اگزوافتالموس (برآمدگی رو به جلوی گلوب که بعلت افزایش چربی درون چشم است) دارند.

## مشکلات هماتولوژیک

مشکلات پلاکت‌ها ممکن است کیفی یا کمی باشد. مشکلات کمی ممکن است دوره‌ای باشند و هماتولوژیست می‌تواند زمان مناسب جراحی الکتیو را تعیین کند. برای بیماران با کمبود مزمن پلاکت‌ها می‌توان تزریق پلاکت انجام داد. مقادیر باید کمتر از ۵۰ هزار تا در میلی متر مکعب باشد که باعث خونریزی غیر طبیعی پس از عمل شود. اگر پلاکت بین ۲۰ تا ۵۰ هزار باشد، ممکن است هماتولوژیست تا زمانی که خونریزی بعد از عمل اتفاق بیفتد تزریق پلاکت را به تعویق بیناندازد.

برای بیماران بالای ۵۰ هزار تاهم در صورت مشکلات کیفی پلاکت، پلاکت تزریق می‌شود. اختلال عملکرد پلاکت‌ها اساساً به علت تجویز داروهای ضد پلاکت (مثل آسپرین clopidogrel) است ولی ممکن است به علت اختلالات عملکرد کبد و طحال هم باشد. شمارش پلاکت‌ها اگر کمتر از ۲۰ هزار تا باشد، معمولاً نیاز به تزریق پلاکت قبل از جراحی دارد یا باید تا زمان افزایش تعداد، جراحی را تعویق انداده.

اگر به اختلال عملکرد پلاکت‌ها مشکوک هستید باید-platelet let function test انجام شود.

سود و زیان تغییر دادن رژیم دارویی بیمار در مقابل مشکلات پس از جراحی سنجیده می‌شود. بی‌حسی موضعی با اینفلیتراسیون انجام شود و بهتر است به علت احتمال آسیب دیدن عروق بزرگ و خونریزی طولانی قبل از عمل و تشکیل هماتوم از بلاک استفاده نشود. باید استفاده از مواد موضعی تقویت کننده تشکیل لخته مدنظر باشند و باید دستورات لازم در مورد راه‌های جلوگیری از جابجایی لخته تشکیل شده به بیمار داده شود(باکس ۱-۲۲) برای توضیحات اضافه درخصوص کنترل خونریزی پس از عمل به فصل ۱۲ مراجعه نمایید.

### درمان ضد انعقادی

درمان ضد انعقادی برای بیمارانی که وسایل ترومبوژنیک ایمپلنت شده مثل دریچه‌های پروتزی قلب دارند، کسانی که بیماری‌های ترومبوژنیک کاردیوسکولار مثل فیبریلاسیون دهلیزی یا MI دارند، کسانی که تاریخچه قلبی شرایط افزایش انعقاد خون به صورت ارشی یا اکتسابی دارند مثل امیولی ریوی راجعه و ترومبوژنیک عمیق، تجویز می‌شود. در کسانی که به جریان خون خارج از بدن نیاز دارند مثل کسانی که دیالیز می‌شوند هم داروهایی با خواص ضد پلاکتی مثل آسپرین، برای تأثیر ثانویه داده می‌شود.

**(Hereditary coagulopathies)** بیماران مبتلا به اختلالات ارشی خونریزی، معمولاً از مشکل خود آگاه هستند. این مسئله به پزشک اجازه لحاظ کردن ملاحظات لازم قبل از جراحی را می‌دهد. به هر حال در تعدادی از بیماران، خونریزی طولانی مدت از ساکت دندان کشیده شده شاید اولین نشانه وجود اختلالات خونریزی دهنده باشد. از همه بیماران باید در مورد خونریزی طولانی مدت بعد از صدمات و جراحی‌های قبلی سوال شود. تاریخچه خونریزی بینی (epistaxis)، به راحتی کبود شدن، خونریزی در ادرار (hematuria)، خونریزی شدید دوره‌های ماهیانه، خونریزی خود به خود باید زنگ خطر را برای غربالگری لاپاتسواری کواگولاسیون قبل از عمل یا مشاوره با هماتولوژیست به صدا درآورد.

PT برای بررسی فاکتورهای مسیر خارجی و PTT برای مسیر داخلی به کار می‌رود.

برای استاندارد شدن بهتر مقادیر INR از PT استفاده شد. این تکنیک PT حقیقی را در موادی که برای تست به کار رفته است ادجاست می‌کند و مقدار بصورت یک نسبت بین PT بیمار و یک مقدار استاندارد از همان آزمایشگاه فرستاده می‌شود. عدم کفایت پلاکت‌ها باعث کبود شدن سریع می‌شود و ارزیابی آن توسط BT, platelet count انجام می‌شود. در صورت وجود هرگونه شک به اختلالات خونریزی دهنده باید بیمار را به هماتولوژیست ارجاع داد.

مدیریت بیمار مبتلا به اختلال خونریزی دهنده بستگی به ذات مشکل دارد. کمبود فاکتورهای خاص مثل هموفیلی von wilbrand A,C,B desmopressin معمولاً با تجویز حین عمل فاکتورهای انعقادی تغليظ شده یا دسموبریین و استفاده از مواد آنتی فیبرینولیتیک مثل آمینوکاپروئیک اسید (آمیکار) انجام می‌شود. این که جایگزینی فاکتور بر چه فرمی انجام شود توسط پزشک و باتوجه به درجه کمبود و باتوجه به تاریخچه جایگزینی فاکتور بیمار تعیین می‌شود. کسانی که فاکتور جایگزین می‌گیرند در معرض خطر ابتلا به بیماری عفونی با منشاء خون هستند (البته نادر است) ملاحظات جهانی، مثل همه بیماران دیگر، باید در مورد این نوع هم رعایت شود تا دندانپزشک و همه کارکنان حدائق ریسک انتقال بیماری‌ها را داشته باشند.

شود. اگر ۲-۳ باشد، معمولاً انعقاد کافی برای جراحی همان روش‌های کمکی فراهم می‌کند.

اگر PT کماکان بیشتر از ۳ برابر INR باشد جراحی تازمانی که این کسر به ۳ برسد به تعویق می‌افتد.

زخم‌های جراحی باید با مواد ترموبوژنیک پانسمان شوند و به بیمار دستورات لازم درخصوص نگهداری از لخته داده شود. درمان وارفارین روز جراحی از سرگرفته شود. پیشرفت‌های جدید در مهار کننده‌های مستقیم و غیر مستقیم (Xa) درمان ضد انعقادی را برای اکثر بیماران در دسترس تر کرده است. این داروها نیاز به بررسی لاپراتواری ندارند چون مقادیر INR در بررسی کفایت آنها نقشی ندارد. مشخصاً این داروها نیمه عمر کوتاه تری دارند. اگر نیاز به قطع آنها باشد (در اکثر موارد، قطع این داروها قبل از جراحی‌های معمول دهان ضرورت ندارد) میتوان از روش‌های کمکی برای بدست آوردن، حفظ هموستان استفاده کرد.

قطع هرگونه داروی ضد انعقاد یا آنتی پلاکت نیاز به سادگی انجام شود. در اکثر جراحی‌های روتین خونریزی پیش‌بینی شده هنگام جراحی بصورت معمول با تکنیک‌های هموستان کمکی کنترل می‌شود. البته در صورتی که تست‌های لاپراتواری در حد مقادیر درمانی باشند.

به دنبال هر نوع جراحی، پاسخ التهابی طبیعی، که شرایط مستعد هیپرکواگولوپاتی بصورت لوکال و سیستمیک را تقویت می‌کند ایجاد می‌شود که می‌تواند بیمار را در معرض افزایش ریسک تشکیل لخته مثل stroke امبوی ریوی و MI قرار دهد.

## اختلالات نورولوژیک

### اختلالات تشنجی

از بیماران دارای سابقه تشنجی باید درخصوص تناوب، نوع و سرانجام تشنج سؤال شود. تشنج ممکن است به علت ترک اتانول، تب بالا، اختلالات الکتروولیت، هیپوگلیسمی یا آسیب تروماتیک مغز باشد یا ایدیوپاتیک باشند.

دندانپزشک باید درخصوص داروهای مصرفی برای کنترل تشنج و بخصوص در مورد همکاری بیمار و هرگونه اندازه‌گیری سطوح سرمی که اخیراً انجام شده سؤال کند. با پزشک بیمار باید در خصوص تاریخچه مشورت شود تا مشخص شود که می‌توان جراحی را انجام داد یا به هر دلیلی باید به تأخیر انداخته شود.

### باکس ۱-۲۲: مدیریت بیمار مبتلا به اختلالات خونریزی دهنده

- ۱- تازمان مشاوره با هماتولوژیست، در خصوص درمان بیمار جراحی به تعویق بیفت
- ۲- تست‌های انعقادی اصلی (BT, PTT, PT) شمارش پلاکت‌ها) و غربالگری هپاتیت در صورتی که انديکاسيون دارد انجام شود.
- ۳- برنامه‌ریزی جراحی طوری باشد که هرچه زودتر پس از استفاده از اصلاح انعقادی انجام شود (بعداز ترانسفیوژن پلاکت، جایگزینی فاکتور، تجویز آمنوکاپروئیک اسید)
- ۴- در هنگام جراحی، لخته با استفاده از مواد موضعی تقویت کننده تشکیل لخته، سوچور و پک فشاری که خوب قرار گرفته تقویت شود.
- ۵- به مدت ۲ ساعت زخم مانیتور شود (برای اطمینان از شکل گیری خوب لخته اولیه)
- ۶- راه‌های جلوگیری از جایگایی لخته به بیمار گفته شود و همچین توضیح داده شود که در صورت شروع خونریزی چه کار کند.
- ۷- NSAID تجویز نشود.
- ۸- درخصوص انتقال هپاتیت حین جراحی، ملاحظات لازم لحاظ شود.

وقتی انجام جراحی الکتیو دهان ضروری است نیاز به استفاده مستمر به داروی ضد انعقاد و نیاز به هموستان بعد جراحی باید سبک و سنگین شوند. این تصمیم باید با مشاوره با پزشک بیمار گرفته شود.

داروهایی مثل دوز پایین آسپرین معمولاً برای جراحی‌های معمول نیازی به توقف استفاده ندارند. در بیماری که هپارین مصرف می‌کند می‌توان جراحی را پس از گذشت زمان لازم برای غیرفعال شدن هپارین در خون (۶ ساعت در صورت دریافت وریدی و ۲۴ ساعت در صورت دریافت زیر جلدی) انجام داد. پروتامین سولفات اثرات هپارین را معکوس می‌کند و در شرایط اورژانس که نمی‌توان تا غیرفعال شدن هپارین صبر کرد، کاربرد دارد.

بیماران نیازمند جراحی دهان که وارفارین مصرف می‌کنند از همکاری نزدیک پزشک و دندانپزشک سود می‌برند و مقیاس درمانی مورد نیاز برای بیشتر مشکلاتی که برای درمان آنها از وارفارین استفاده می‌شود ۲-۳ INR است و در برخی موارد حتی ۳/۵ هم لازم است. وارفارین ۲-۳ روز تأخیر در شروع اثر دارد لذا تغییرات اثرات هپارین چند روز بعداز تغییر دادن دوز طول می‌کشد.

INR معیار مورد استفاده برای بررسی فعالیت ضد انعقادی وارفارین است. بیشتر پزشکان اجازه می‌دهند تا حدود ۲ قبل از جراحی پایین بیاید، که اغلب کواگولاسیون کافی را برای جراحی بی خطر ایجاد می‌کند.

در صورتی که قطع دارو ضرورت دارد، وارفارین باید ۲-۳ روز قبل از جراحی قطع شود. در صبح روز جراحی، INR باید چک



شکل ۱-۵: یک پیشبند سربی مناسب حین انجام رادیوگرافی دندانی استفاده می‌شود.

#### اتانولیسم (الکلیسم)

بیمارانی که سابقه اعتیاد به مصرف الکل را دارند یا کسانی که مشکوک به مصرف اتانول هستند و مصرف آنها با روش‌های دیگر به جز تاریخچه اثبات می‌شوند نیازمند ملاحظات خاصی قبل از جراحی دهان هستند.

اولین مشکلی که معتادان الکل دارند و باید در دندانپزشکی به ان توجه شود عدم کفايت است. تداخل اتانول و داروهای مصرفی، اختلالات الکترولیت و پدیده ترک (سندرم ترک الکل) هم وجود دارد. اتانول با بسیاری از داروهای آرام بخش که در پروتکل کاهش اضطراب به کار می‌روند تداخل دارد.

این تداخل معمولاً سطوح آرام بخشی را افزایش و رفلکس gag را کاهش می‌دهد. معتادان الکل اگر شدیداً مصرف الکل را کاهش داده باشند در دوره قبل از عمل، دچار سندروم ترک می‌شوند. این پدیده ممکن است خود را بصورت آژیتاسیون ملایم، هیپرتنشن شدید که می‌تواند به صورت ترمور و تشنج ادامه پیدا کند، تعریق و ندرتاً رفتار متوهمنه (delirium) همراه با hallucination، آژیتاسیون زیاد و کلاپس عروقی نشان دهد. بیماران نیازمند جراحی دهان که علائم ترک الکل را نشان می‌دهند باید در شرایط بیمارستانی درمان شوند. تست‌های عملکرد کبدی، پروفایل انعقادی و مشاوره پزشکی

#### باکس ۱-۲۳: بیمارانی که آسپرین یا سایر داروهای مهارکننده پلاکت دریافت می‌کنند

- ۱- درخصوص بی خطر بودن قطع داروها به مدت چند روز با پزشک بیمار مشاوره کنید
- ۲- جراحی تا ۵ روز پس از قطع داروهای مهارکننده پلاکت به تأخیر بیفتد
- ۳- از روش‌های اضافی تقویت و حفظ لخته در هنگام و پس از جراحی استفاده کنید
- ۴- اگر خونریزی وجود ندارد، داروی آنتی پلاکت را روز بعد از جراحی شروع کنید) (وارفارین روز گرایی بود) بیمارانی که وارفارین (کومادین) مصرف می‌کنند:
- ۱- درخصوص بی خطر بودن رسیدن PT به ۲INR-۳ که مستلزم قطع چند روزه دارو است با پزشک بیمار مشاوره کنید.
- ۲- مقدار پایه PT را ثبت کنید.
- ۳- (a) اگر PT/INR زیر ۱/۲ است جراحی انجام شود و به مرحله ۶ رجوع کنید
- (b) اگر PT/INR بیشتر از ۲ است به مرحله ۴ بروید
- ۴- وارفارین را حدوداً دو روز قبل از جراحی قطع کنید
- ۵- روزانه چک شود و روزی که PT/INR در حد زیر ۳ بود، جراحی انجام شود
- ۶- روش‌های اضافی برای تقویت تشکیل، پایداری لخته حین و پس از جراحی به کار ببرید
- ۷- وارفارین را روز جراحی شروع کنید بیمارانی که هپارین دریافت می‌کنند:
- ۱- با پزشک بیمار درخصوص بی خطر بودن قطع هپارین در دوره پیش از عمل مشاوره کنید
- ۲- جراحی را تا حداقل ۶ ساعت پس از توقف مصرف هپارین یا تا زمان ریورس شدن با استفاده از پروتامین ادامه دهید
- ۳- بعد از این که لخته خوب شکل گرفت هپارین را آغاز کنید

اگر اختلالات تشنجی خوب کنترل شده باشند جراحی استاندارد دهان بدون ملاحظه خاصی (غیر از پروتکل کاهش اضطراب) می‌تواند انجام شود. اگر کنترل خوب وجود ندارد باید بیمار را به جراح دهان و فک و صورت ارجاع داد تا جراحی با آرام بخشی عمیق در مطب یا بیمارستان انجام شود.

#### باکس ۱-۲۴: مدیریت بیمار دچار اختلالات تشنجی

- ۱- تا زمان کنترل مناسب اختلال تشنجی جراحی به تعویق بیفتد
- ۲- اگر همکاری بیمار مورد تردید است سطوح سرمی داروهای ضد تشنج را چک کنید
- ۳- از پروتکل کاهش اضطراب استفاده کنید
- ۴- از روش‌هایی برای جلوگیری از بی حوصلگی و خستگی در بیمار استفاده کنید

سودمند است. در بیمارانی که می‌توان آنها را بصورت سرپایی درمان کرد دوز داروهای دارای متابولیسم کبدی باید تغییر داده شود و بیمار به صورت دقیق درخصوص علائم آرام بخشی بیش از حد مونیتور شود.

## مدیریت بیماران در هنگام و پس از بارداری

### بارداری

اگر چه بیماری نیست ولی شرایطی است که در آن ملاحظات خاصی در هنگام نیاز به جراحی دهان لازم است و این ملاحظات برای محافظت از دارو و جنین در حال تکامل است.

اولین نگرانی در هنگام درمان بیمار باردار، جلوگیری از آسیب ژنتیکی به جنین است.

درمان جراحی دهان در موارد زیر پتانسیل ایجاد آسیب جنین دارد: ۱- تصویربرداری دندانی، ۲- تجویز داروها غیرممکن است که بتوان بدون داشتن رادیوگرافی یا تجویز دارو، درمان جراحی دهان انجام داد.

لذا یک انتخاب، به تعویق انداختن جراحی الکتیو تا بعد از زایمان است. می‌توان یک سری کارهای ابتدایی هم برای به تأخیر انداختن انجام داد.

به هر حال اگر نمی‌توان جراحی را به تعویق انداخت، باید تلاش کرد تا حداقل اکسپوژر جنین به تراویزون ها اتفاق بیفتد. در مورد تصویربرداری، استفاده از پیش بندهای محافظتی و فیلم های پری اپیکال و دیجیتال فقط از نواحی که قرار است جراحی بشوند این هدف را تأمین می کند(شکل ۱-۵) تعداد داروهایی که به نظر می رسد تأثیر کمی روی جنین بگذارند اندک است. در جراحی دهان، اعتقاد براین است که کاربرد مقادیر متوسط داروهای زیر حداقل احتمال را در آسیب بر جنین دارند. لیدوکائین، بوپیوکائین، استامینوفن، کدئین، پنی سیلین و سفالوسپورین ها NSAIDs مثل آسپرین و ایپوپروفن نباید در هنگام حاملگی تجویز شود به خصوص در سه ماهه سوم حاملگی چون این ها خواص آنتی پلاکت دارند و ممکن است باعث بسته شدن زودهنگام داکتوس آرتربیوس شوند. نیتروزاسید نباید در سه ماهه اول تجویز شود ولی در صورت لزوم می‌تواند در سه ماهه دوم و سوم، در حالی که با حداقل ۵۰ درصد اکسیژن و با مشاوره متخصص زنان انجام بشود به کاربرود (باکس ۱-۲۶)

FDA یک سیستم طبقه بندی دارویی دارد که براساس درجات

**TABLE 1.2 Effect of Dental Medications in Lactating Mothers**

No Apparent Clinical Effects in Breastfeeding Infants	Potentially Harmful Clinical Effects in Breastfeeding Infants
Acetaminophen	Ampicillin
Antihistamines	Aspirin
Cephalexin	Atropine
Codeine	Barbiturates
Erythromycin	Chloral hydrate
Fluoride	Corticosteroids
Lidocaine	Diazepam
Meperidine	Metronidazole
Oxacillin	Penicillin
Pentazocine	Tetracyclines

**باکس ۱-۲۵ : مدیریت بیمار باردار**

- اگر ممکن است جراحی را تا زمان زایمان به تأخیر بیندازید.
- اگر نمی شود جراحی را به تأخیر انداخت بایدبا متخصص زنان مشاوره شود.
- رادیوگرافی دندانی اخذ نشود مگرایکه کسب اطلاعات درخصوص ریشه های دندان یا استخوان برای کار مناسب ضروری باشد. اگر ضروری است که رادیوگرافی گرفته شود از شیلهای سربی مناسب استفاده کنید.
- از به کار بردن داروهای دارای اثرات تراوت‌نیک خودداری کنید.
- اگر استفاده از بی حسی ضروری است از local استفاده کنید.
- اگر از نیتروز اکساید استفاده می شود، حداقل ۵۰ درصد اکسیژن بدھید. در سه ماهه اول اصلا به کار نبرید.
- از قرار دادن بیمار در وضعیت سوپاین به مدت طولانی احتساب کنید تا از کمپرسن و انساکواوی تحتنانی جلوگیری شود
- به بیمار اجازه رفتن به دست شویی هر چند بار که لازم است را بدھید.

**باکس ۱-۲۶ : طبقه بندی داروها با توجه به قابلیت خطر برای جنین**

گروه A: مطالعات کنترل در زنان نتوانسته خطری را در صورت مصرف در سه ماهه اول نشان دهد(شواهدی از خطر در سه ماهه های بعدی هم وجود ندارد) و احتمال آسیب رساندن به جنین وجود ندارد.

گروه B: مطالعات جانوری، خطری برای جنین را نشان نداده اند، مطالعات کنترل در زنان باردار وجود ندارد و یا اینکه مطالعات بازسازی جانوری اثر نامطلوبی نشان داده اند ولی در مطالعات کنترل زنان باردار ثابت نشده است (در سه ماه اول اصلاً نبوده و در سه ماهه های بعدی هم شواهدی نبوده)

\*اثرات سوء کاهش باروری را شامل نمی شود.

گروه C: مطالعات جانوری اثر سوء روی جنین را نشان داده اند ولی گروه کنترل زنان باردار وجود ندارد و یا مطالعات جانوری و زنان باردار کلام موجود نیست. داروهای این گروه باید فقط زمانی تجویز شوند که جایگزین بی خطرتری وجود نداشته باشد و اگر مزایای بالقوه آن بیشتر از خطر یا خطرات شناخته شده روی جنین باشد.

گروه D: شواهد مثبت از خطرات روی جنین انسان وجود دارد ولی مزایای موجود برای خانم باردار شاید علیرغم ریسک موجود، کاربرد این داروها را موجه کند. مثلاً شرایط تهدید کننده حیات یا بیماری های جدی که داروهای بی خطر غیر مؤثرند یا نتوان آنها را به کار برد. جمله مناسبی باید در قسمت WARNING بر چسب داروهای میانی گروه نوشته شده باشد.

گروه X: مطالعات جانوری و انسانی، اینورمالیته های جنینی را نشان داده اند یا شواهدی از خطر برای جنین براساس تجربیات انسانی وجود دارد. (یا هردو) ریسک کاربرد این داروها در خانم باردار به وضوح از هر سود احتمالی بیشتر است. جمله مناسب باید در بخش contraindication لیبل داروها نوشته شود.