

فهرست

پیشگفتار..... ۷

بخش ۱: ردیابی و مستندسازی..... ۹

فصل ۱: آزمایشات غربالگری بافت نرم خارج دهانی و داخل دهانی سر و گردن..... ۱۱

فصل ۲: پاتولوژی بافت نرم سر و گردن، توصیفات و مستندات..... ۲۹

بخش ۲: تشخیص و مدیریت ضایعات..... ۴۱

فصل ۳: ضایعات معمول بافت نرم دهانی ضایعات سفید..... ۴۳

فصل ۴: تشخیص افتراقی ضایعات معمول بافت نرم دهان..... ۹۵

فصل ۵: نشانه‌های راهنما برای مشاهده و یا ارجاع بیماران دارای ضایعه..... ۱۰۹

فصل ۶: علم و هنر بیوپسی و سیتولوژی..... ۱۱۷

بخش ۳: تمارین کلینیکوپاتولوژیک..... ۱۲۷

فصل ۷: نمونه تاریخچه‌هایی از بیماران و بحث..... ۱۲۹

پیوست A..... ۱۸۳

دستورنامه‌ی داروهای OTC و داروهای تجویز شده بر اساس طبقه‌بندی بیماری: خطاهای معمول در تجویز دارو..... ۱۸۷

پیوست B..... ۱۸۷

واژه‌یاب..... ۲۰۷

پیشگفتار

کتاب حاضر ترجمه‌ای از The ADA Practical Guide to Soft Tissue Oral Diseases است که تقدیم حضور اساتید محترم، دستیاران گرامی و دانشجویان و دندانپزشکان علاقه‌مند به کسب علم می‌گردد.

بیماری‌های دهان، و به خصوص بیماری‌های بافت نرم، جنبه‌ای از علم دندانپزشکی است که شاید در سایه‌ی مسائل مربوط به دندان‌ها و فکین کمتر مورد توجه قرار می‌گیرد، در حالی که اهمیت و تأثیر آن‌ها بر سلامت کلی و کیفیت زندگی مراجعین مطب‌های دندانپزشکی اگر از مشکلات دندانی و اسکلتی بیشتر نباشد یقیناً کمتر نیست.

امید است با ترجمه‌ی این کتاب که منبعی معتبر و راهنمایی کارگشا در زمینه‌ی معاینه، تشخیص و درمان بیماری‌ها و ضایعات بافت نرم سر و گردن است توانسته باشیم گامی در راستای افزایش آگاهی همکاران و بهبود سطح خدمات دندانپزشکی به جامعه برداشته باشیم. بدون شک این کتاب خالی از ایراد نخواهد بود و پذیرای انتقادات شما، دانشجویان و اساتید محترم جهت بهبود و ارتقای بیش‌تر این کتاب هستیم.

مترجمین

بخش ۱

ردیابی و مستندسازی

آزمایشات غربالگری بافت نرم خارج دهانی و داخل دهانی سر و گردن

بسیار مهم است که دندانپزشک یک رویکرد تکرارپذیر، منطقی، دارای مراحل مرتب و نظام‌مند برای غربالگری بافت‌های نرم سر و گردن در پیش بگیرد. باید مدنظر داشت که این کار "غربالگری سرطان دهان" نیست، چرا که تمام انواع آنومالی‌ها باید کشف شوند. غربالگری سرطان دهان به معنای جستجو برای یک بیماری واحد، سرطان، در یک زمان واحد است؛ در حالی که دندانپزشک یک معاینه‌ی کامل انجام می‌دهد و تمام ناهنجاری‌های بافت نرم را در یک زمان واحد جستجو می‌کند. هیچ رویکرد گام‌به‌گام به رسمیت شناخته شده‌ی جهانی وجود ندارد؛ بنابراین ما از رویکرد زیر استفاده می‌کنیم، که می‌توان آن را به دلخواه اصلاح نیز کرد. نکته مهم این است که هر توالی‌ای که اتخاذ شود، باید هر بار دقیقاً رعایت شود تا اطمینان حاصل شود که هیچ مرحله‌ای از قلم نیفتاده است. دنباله‌ی ایده‌آل پیشنهادی برای مراحل یک غربالگری کامل مخاط دهان بیماران جدید شامل موارد زیر است:

- معرفی خود به بیمار
- شکایت اصلی بیمار
- تاریخچه‌ی بیماری فعلی
- تاریخچه‌ی پزشکی (شامل تاریخچه‌ی اجتماعی^۱) و دندانپزشکی
- معاینه‌ی فیزیکی (برای کشف محل، مورفولوژی و رنگ ابنورمالیتی‌ها)
- مرور داده‌ها و فرمول‌بندی تشخیص افتراقی بالینی
- تست‌های بالینی و آزمایشگاهی بیشتر در صورت نیاز - تشخیص قطعی نهایی همراه با طرح درمان/مدیریت تدوین شده‌ی پزشکی باید یک رابطه دلپذیر با بیمار برقرار کند تا یک ارتباط و اعتماد عالی بین ایشان برقرار شود. اغلب مهمترین و حیاتی‌ترین اطلاعاتی که یک بیمار در اختیار دارد در فرم‌های متعددی که در ویزیت اولیه دندانپزشکی پر شده است منعکس نمی‌شوند.
- پس از جلب اعتماد، اطمینان و احترام بیمار شکایت اصلی بیمار باید تعیین شود، که می‌تواند یک مشکل خاص دندان‌ی یا یک هدف کلی‌تر از قبیل "من به معاینه نیاز دارم" باشد.

اگر بیمار دلیل خاصی را برای ویزیت دندانپزشکی بیان کند بسیار مهم است که تا حد ممکن اطلاعات درونی^۱ از وی اخذ شود. مجموعه‌ی این اطلاعات درونی نشانه‌های^۲ بیمار را تشکیل می‌دهند. نشانه‌ها شامل توصیف‌هایی مانند درد، سوزش، خشکی دهان، دردناک بودن^۳، تورم، زبری و پارستزی است. نشانه هر چه که باشد ماهیت خاص آن باید مورد سؤال قرار گیرد؛ مانند شروع، مدت، دوره‌ای بودن، ماهیت یا خصوصیات، شدت و عوامل محرک یا مرتبط. این اطلاعات به تعیین تاریخچه‌ی بیماری فعلی کمک می‌کند. پزشک سرنخ‌های تشخیصی ارائه‌شده توسط بیمار را جمع‌آوری و آن‌ها را با دانش آسیب‌شناسی خود ترکیب می‌کند تا بتواند در ادامه سؤالات مناسب و دقیقی بپرسد. بنابراین پزشک در نقش یک کارآگاه عمل می‌کند و باید اطلاعات اساسی در مورد آسیب‌شناسی و بیماری‌های سر و گردن داشته باشد تا

بتواند اطلاعات بیشتری از بیمار کسب کند و سرنخ‌های بیشتری را برای تدوین یک تشخیص افتراقی بالینی دقیق جمع‌آوری کند. فصل‌های بعدی این کتاب دانش بنیادی (عمومی و اختصاصی) رایج‌ترین آسیب‌شناسی بافت نرم سر و گردن را ارائه می‌دهد.

پس از تعیین تاریخچه‌ی بیماری فعلی، سابقه‌ی پزشکی بیمار بررسی می‌شود. معمولاً بیمار قبلاً فرم مفصلی را تکمیل کرده است که اطلاعات اولیه در مورد بیماری‌های دوران کودکی، واکسیناسیون، بستری شدن و جراحی‌های قبلی، هرگونه مراقبت پزشکی فعلی، تاریخ آخرین معاینه‌ی فیزیکی و داروهای (با نسخه و بدون نسخه، از جمله داروهای گیاهی) که مصرف می‌کند یا قبلاً مصرف می‌کرده است، به ویژه در شش ماه گذشته، را در اختیار پزشک قرار می‌دهد. جزئیات مربوط به داروها از جمله نام، دوز و مدت استفاده ثبت می‌شود. مرور کامل دستگاه‌های بدن (به عنوان مثال دستگاه‌های قلبی-عروقی، ریوی، کلیوی، درون‌ریز و عصبی) برای جمع‌آوری جزئیات بیشتر از آن‌چه از پاسخ‌های اولیه‌ی "بله" یا "خیر" حاصل شده است انجام می‌شود. علاوه بر این، سابقه‌ی پزشکی شامل مشخصات روانشناختی و اجتماعی-اقتصادی بیمار و عادات اجتماعی (مانند مصرف دخانیات و الکل) نیز می‌شود.

در مرحله‌ی بعد تاریخچه‌ی دندانپزشکی، شامل جزئیات هرگونه عادات دهانی، جمع‌آوری می‌شود. توجه به دندان‌های پوسیده، از دست رفته و ترمیم شده و همچنین هرگونه پوسیدگی فعال، بیماری‌های پریدنتال، سابقه‌ی کشیدن و سایر درمان‌های جراحی، وضعیت حیات دندان‌ها و هرگونه نیاز به پیش‌درمانی بیمار بسیار مهم است. هرگونه مشکل قبلی در حین درمان‌های دندانپزشکی باید کشف و مورد بحث قرار بگیرند. عادات دهانی شامل تکنیک و تعداد دفعات استفاده از نخ دندان، مسواک زدن، استفاده از دهانشویه و ناهنجاری‌های اکلوزن است.

معاینات فیزیکی

مقایسه‌ی طرف چپ و راست برای بررسی تقارن دوطرفه روشی شایع است، که البته در عین حال باید توجه داشت تقارن بی‌نقص اغلب در موارد نرمال نیز وجود ندارد. این امر به ویژه برای تجسم بزرگ شدن غدد لنفاوی یا غدد پاروتید بسیار مهم است.

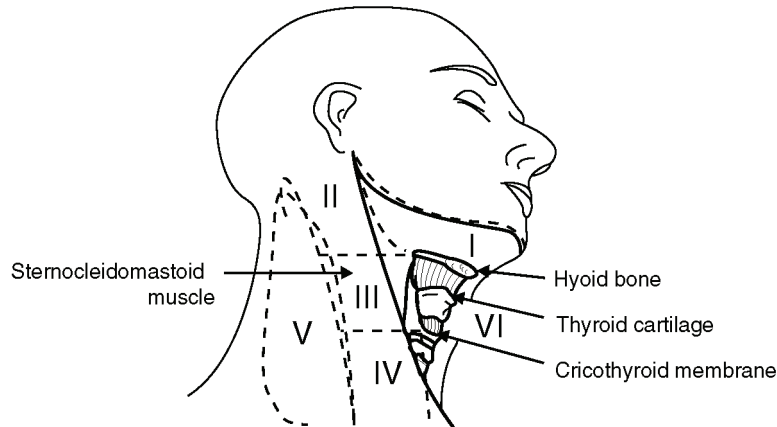
نواحی خارج دهانی

نواحی خاص شامل موارد زیر است:

- مو و پوست صورت
- چشم خارجی
- گوش خارجی
- مفاصل گیجگاهی فکی
- عضلات صورت
- دهلیز بینی
- غده تیروئید (گردن قدامی)
- غدد لنفاوی (گردن جانبی و خلفی، شکاف فوق ترقوه)
- غده پاروتید

ضخامت و ریزش موها را ارزیابی کنید. پوست صورت در معرض آفتاب را از نظر آسیب ماوراء بنفش و ایجاد ضایعات، و همچنین گردن، گوش‌ها، پیشانی، پل بینی و آلا، ناحیه مالار، ابرو/پلک/مژه، ورمیلیون لب‌ها و چانه به دقت بررسی کنید. در مرحله‌ی بعد لمس دقیق هر یک از این محل‌ها را انجام دهید تا وجود تورم‌های عمیق‌تر بافت‌های پیوندی و انواع دیگر تورم بافتی منتفی شود. تمام غدد لنفاوی را لمس کرده و هرگونه بزرگ شدن را برای آزمایش بیشتر در نظر بگیرید زیرا غدد لنفاوی طبیعی نرم هستند و قابل لمس نیستند (شکل ۱، ۱). به طور خاص، بافت زیرجلدی بر اساس دانش آناتومی پزشک با حرکت چرخشی در نواحی غدد لنفاوی مالش داده می‌شود. این فرایند می‌تواند در ناحیه‌ی ساب‌منتال، تحتانی و خلفی نسبت به چانه در برابر ماهیچه‌های مایلوهایوئید شروع شود. در مرحله‌ی بعد گره‌های تحت‌فکی را با فشار دادن بافت زیر فک به طرف داخلی مندیبل یا لمس دودستی با یک انگشت در دهان و دیگری با فشار خارجی به سمت بالا لمس کنید. سپس غده‌ی پاروتید و غدد لنفاوی مرتبط با آن را لمس کنید؛ قسمت‌های قدامی و خلفی گوش را مشاهده و لمس کنید. در مرحله‌ی بعد زنجیره‌ی غدد لنفاوی گردنی را لمس کنید. زنجیره‌ی گردنی خلفی در امتداد پشت گردن و زنجیره‌ی قدامی و عمقی گردنی

در امتداد جلوی گردن قرار دارد. یک لندمارک آناتومیکی برای گره‌های اخیر عضله‌ی استرنوکلیدوماستوئید است، مسیر آن از پشت گوش تا ترقوه را بررسی کنید و به صورت عمقی و به سمت داخلی آن مالش دهید. ناحیه پست‌آریکولار و رتروسترنوماستوئید نیز باید همراه با پشت گردن لمس شود. در نهایت غده تیروئید را با قرار دادن انگشتان به آرامی روی آن لمس کرده و به بیمار بگویید قورت دهد. گاهی اوقات برای کشف بزرگ شدگی، انگشتان با هم در یک طرف حنجره قرار می‌گیرند و در حالی که طرف مقابل را لمس می‌کنند، به صورت جانبی فشار می‌آورند.



شکل ۱-۱ سطوح لنف نودهای گردنی

نواحی داخل دهانی

نواحی مشخص مخاطی شامل موارد زیر است:

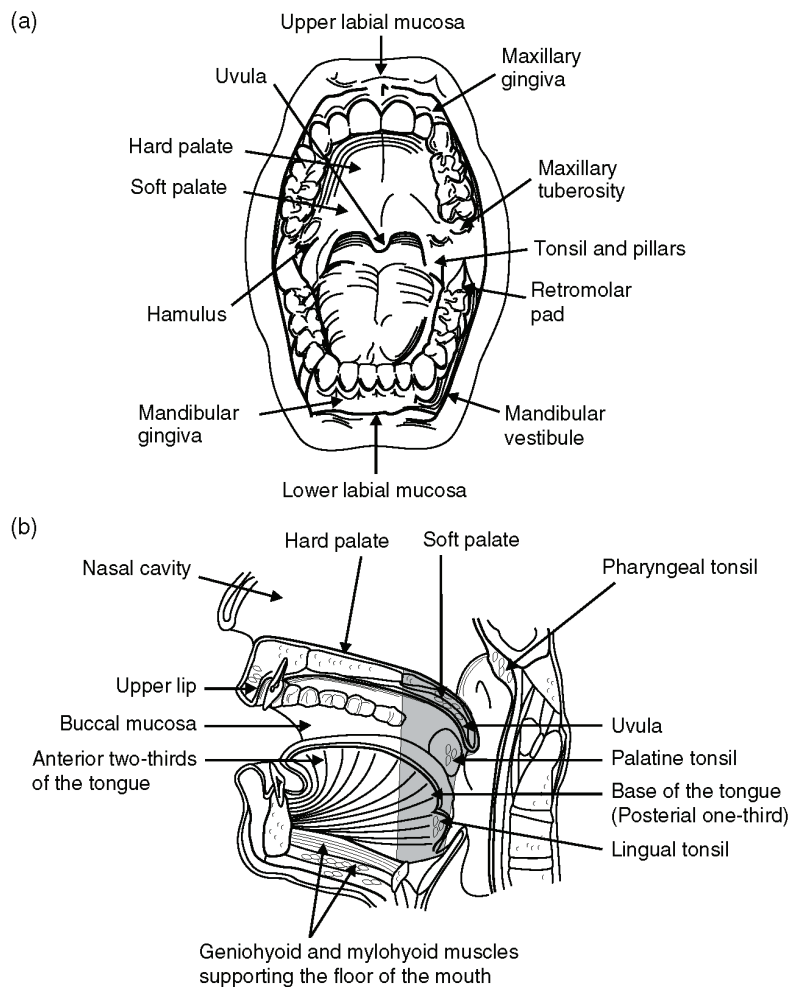
حفره‌ی دهان (شکل ۱,۲a/b)

- توبروزیته/هامولار ناچ
- لثه چسبنده
- رترومولر پد
- وستیبول (که به آن چین مخاطی-گونه‌ای نیز گفته می‌شود)
- مخاط باکال
- مخاط لبیال
- زبان (سطوح پشتی، شکمی و جانبی)
- کف دهان
- کام سخت
- غدد تحت‌فکی و زیرزبانی
- اوروفارنکس (شکل ۱,۳a/b)
- کام نرم
- ستون لوزه و حفره
- زبان (بیس)
- حلق (دیواره‌های جانبی و خلفی)

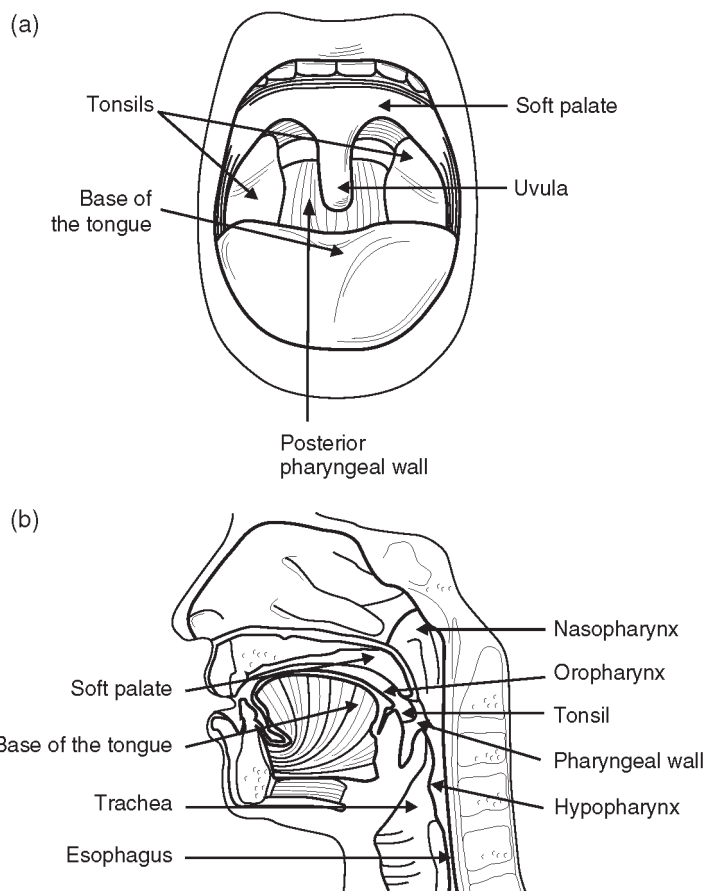
توصیه می‌شود هر بار همان توالی معاینه را ابتدا با معاینه بصری و سپس با لمس دنبال کنید. همانطور که قبلاً ذکر شد، هر دنباله‌ای تا زمانی که سازماندهی شده باشد و درک یافته‌ها و اهمیت انحرافات از وضعیت نرمال در آن وجود داشته باشد، قابل استفاده است. لمس باید دو دستی یا دوانگشتی و در صورت امکان با دید مستقیم باشد. در زیر یک روایت توصیفی پیشنهادی با جزئیات ارائه شده است:

۱. لب‌ها: از بیمار بخواهید کمی لب‌هایش را باز کند تا مرزهای ورمیلیون بالایی و پایینی و گوشه‌های سمت چپ و راست لب را بررسی کنید. سپس در حالی که دندان‌های بیمار بسته شده است، هر دو لب بالا و پایین را به سمت خارج بکشید تا مخاط لبی در معرض دید قرار گیرد. فرنوم فک بالا را مشاهده کنید، که در برخی مواقع ممکن است یک تگ مخاطی را نشان دهد که یک تغییر طبیعی است. با خشک شدن مخاط لبی بالا و پایین، غدد بزاقی کوچک را مشاهده کنید و سعی کنید موسین را از آن‌ها برداشت کنید. در حالی که لب‌ها کشیده شده‌اند، وستیبول‌های قدامی فک بالا و فک پایین را می‌توان مشاهده کرد.

۲. مخاط لبی و باکال/مخاط آلوئولی و لثه/تریگون چسبنده: انگشتان خود را به سمت عقب بر روی مخاط باکال چپ و راست و همچنین قسمت خلفی وستیبول‌ها بکشید. پاپیلای پاروتید روی مجرای استنسن باید رنگ طبیعی داشته باشد. برای بررسی عملکرد، آن را خشک کنید و سپس دهان بیمار را کاملاً باز کنید تا گونه کشیده شود. چهار انگشت خود را صاف روی صورت روی غده پاروتید در ناحیه پیش گوش قرار دهید و غده را با استفاده از فشار انگشتان برای فشرده کردن آن بر روی عضله ماستر یا ناحیه راموس بدوشید. اکثر بیماران یک خط سفید ظریف را در صفحه اکلوزال مخاط باکال (به عنوان مثال خط آلبا) نشان می‌دهند که یک تغییر طبیعی در نظر گرفته می‌شود. در حین جمع کردن گونه‌ها، از دید غیرمستقیم با کمک آینه برای بررسی ناحیه توبروزیته/ناچ هامولار استفاده کنید و سپس با دید مستقیم، از انگشتان و صورت آینه‌ای برای جمع کردن مخاط باکال و لبی استفاده کنید و مخاط آلوئولی فاسیال، محل اتصال مخاط و لثه، لثه چسبنده و لثه حاشیه‌ای آزاد روی فک بالا و فک پایین و همچنین در لینگوال فک پایین را مشاهده کنید. در نهایت، پدهای رترومولار و ناحیه تریگون را بررسی و لمس کنید.



شکل ۱-۲ الف) حفره دهان، نمای جلویی. (ب) اجزای اصلی که مرزهای حفره دهان و نمای ساژیتال تشکیل می‌دهند. حفره دهان (منطقه بدون سایه) از اوروفارنکس (ناحیه سایه‌دار) به سمت جلو / خلفی در قسمت خلفی دو سوم قدامی زبان تقسیم می‌شود. وسعت فوقانی / تحتانی حفره دهان، کام سخت و کف دهان است. وسعت فوقانی / تحتانی اوروفارنکس نازوفارنکس و هیپوفارنکس است.



شکل ۳-۱ اوروفارنکس. (الف) نمای جلویی و (ب) نمای سائزیتال.

۳. کام سخت: قسمت قدامی آن، روگنا (چین‌های محکم)، و سپس قسمت خلفی آن را بررسی کنید، که در بعضی مواقع به دلیل مقادیر جزئی کراتین اضافی روی سطح، تغییر ظریف صورتی-سفید را نشان می‌دهد. از طرفی، در ناحیه کام سخت خلفی، بسیاری از غدد بزاقی جزئی (موسینی) وجود دارند و بنابراین کام می‌تواند ظاهر صورتی-آبی ظریف داشته باشد. اغلب، خلفی‌ترین وسعت خط میانی کام سخت دارای دو فرورفتگی جفت کوچک است که فووا پالاتین نام دارند.

۴. زبان: به آرامی نوک قدامی را با گاز نگه دارید و به سمت جلو و به چپ و راست بکشید. در حالی که زبان در این وضعیت قرار دارد، سطوح جانبی و شکمی زبان، از جمله خلفی‌ترین وسعت جانبی که توسط پاپیلاهای foliate اشغال شده است را بررسی کنید. دو سوم قدامی پشتی باید پاپیلاهای filiform را نشان دهد و اغلب یک پوشش سفید خفیف ناشی از تجمع کراتین از پاپیلاهای filiform وجود دارد. در بیماران با پوست تیره رنگدانه‌های فیزیولوژیک پراکنده پاپیلاهای رشته‌ای اغلب مشاهده می‌شود. در بین پاپیلاهای filiform، پاپیلاهای fungiform گنبدی بزرگتر نیز به تعداد کمتر دیده می‌شود. در محل اتصال به یک سوم خلفی، سطح پشتی یک سری خطی وارونه "v" از پاپیلاهای circumvallate را نشان می‌دهد. پس از آزاد کردن زبان، به بیمار دستور دهید که زبان را بیرون آورده، آن را به چپ و راست حرکت دهد و با نوک زبان کام سخت را لمس کند. به این ترتیب، تحرک کامل زبان تأیید می‌شود و حرکت دوم امکان بررسی بیشتر از سطح شکمی زبان را فراهم می‌کند.

۵. کف دهان: قسمت قدامی را همراه با sulingual plicae (کرانکولای v شکل با نوکی به سمت صورت) چپ و راست معاینه کنید که شامل ورودی غدد sublingual می‌باشد. در قدامی‌ترین قسمت plicae ورودی غدد submandibular (مثل wharton's duct) وجود دارد. قسمت خلفی کف دهان نیز معاینه می‌شود. غدد ساب‌لنیگوال و ساب‌مندیولار را با قرار دادن دست بر چانه‌ی خارجی و یک انگشت بر کف دهان به صورت رو به پایین معاینه نمایید. برای تست جریان بزاق، کرانکولای لینگوال را خشک کنید و سپس یک یا دو انگشت کشیده را زیر چانه و در کنار فک پایین قرار دهید. فشار رو به بالا که به ناحیه غده زیرفکی هدایت می‌شود باید از دهانه مجرای وارتون بزاق تولید کند.