نسخه‌های رایج در دندانپزشکی

مولفین:

دکتر علی تقوی زنوز

دکتر معصومه مهدی پور

سرشناسه	:	تقوی زنوز، علی، ۱۳۴۴ -
عنوان و نام پدیدآور	:	نسخه‌های رایج در دندانپزشکی/ مولفین علی تقوی‌زنوز، معصومه مهدی‌پور؛ با مقدمه احمد قائم‌مقامی.
ویراست	:	[ویراست۲؟].
مشخصات نشر	:	تهران : شایان نمودار، ۱۳۹۶.
مشخصات ظاهری	:	۵۷ ص.: مصور(رنگی).
شابک	:	۹۷۸-۹۶۴-۲۳۷-۳۱۶-۱
وضعیت فهرست نویسی	:	فیپا
یادداشت	:	کتابنامه.
موضوع	:	دندان‌پزشکی -- نسخه‌ها و دستورالعمل‌ها
موضوع	:	Dentistry -- Formulae, receipts, prescriptions
موضوع	:	پزشکی دهان -- نسخه‌ها و دستورالعمل‌ها
موضوع	:	Oral medicine-- Formulae, receipts, prescriptions
موضوع	:	داروهای دندان‌پزشکی
موضوع	:	Materia medica, Dental
شناسه افزوده	:	مهدی‌پور، معصومه، ۱۳۴۲ -
شناسه افزوده	:	قائم‌مقامی، احمد، ۱۳۲۳ -، مقدمه‌نویس
رده بندی کنگره	:	RK۵۱/۵/ت۷ن۵ ۱۳۹۶
رده بندی دیویی	:	۶۱۷/۶
شماره کتابشناسی ملی	:	۴۶۷۷۵۸۲

نام کتاب : **نسخه‌های رایج در دندانپزشکی**

گردآوری و تالیف : دکتر علی تقوی زنوز، معصومه مهدی پور

ناشر: انتشارات شایان نمودار

شمارگان: ۲۰۰۰ جلد

نوبت چاپ : دوم

حروف چینی و صفحه آرایی: انتشارات شایان نمودار

تاریخ چاپ : پاییز ۱۴۰۲

طرح جلد : آتلیه طراحی شایان نمودار

شابک: ۹۷۸-۹۶۴-۲۳۷-۳۱۶-۱

قیمت: ۱،۴۰۰،۰۰۰ ریال

انتشارات شایان نمودار

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

وب سایت: shayannemoodar.com

اینستاگرام: Shayan.nemoodar

(تمام حقوق برای ناشر محفوظ است. هیچ بخشی از این کتاب، بدون اجازه مکتوب 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.)

فهرست مندرجات

فصل اول..... ۶

فصل دوم..... ۱۰

فصل سوم..... ۱۷

فصل چهارم..... ۲۵

فصل پنجم..... ۳۱

فصل ششم..... ۳۹

فصل هفتم..... ۴۷

فصل هشتم..... ۵۴

پیشگفتار

به نام خداوند و هو الشافی

در بین رشته‌های دندانپزشکی شاید کمترین وابستگی به تکنولوژی که باعث پیشرفت‌های حیرت‌انگیز این علم در چهار دهه گذشته بوده است متعلق به رشته تخصصی بیماری‌های دهان باشد ولی در مقابل این رشته به علت ارتباط با ضایعات موضعی و سیستمیک مخاطی و استخوانی و بیماری‌های مختلف با منشاءهای متفاوت مانند بیماری‌های عفونی سیستم ایمنی دردهای صورتی و غیره وابستگی مبرمی به دارودرمانی و آشنائی با علم فارماکولوژی و پیشرفت‌های آن دارد.

لزوم این امر از سال‌های قبل توسط مدرسین این رشته احساس می‌شده است و کم و بیش در مورد داروهائی که در درمان بیماری‌های مختلف دهان کاربرد داشته‌اند مطالبی به صورت جزوه و کتاب‌های کوچک با قابلیت استفاده آسان منتشر شده است ولی هیچ کدام به اندازه کتاب حاضر که توسط مؤلفین کوشا و دانشمند آن سرکار خانم دکتر معصومه مهدی پور و آقای دکتر علی تقوی زنوز اساتید محترم رشته بیماری‌های دهان دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و تبریز اخیرا تألیف گردیده است مفید نبوده است زیرا این همکاران گرامی در کتاب حاضر علاوه بر ذکر داروهای موردنظر برای هر کدام از بیماری‌های رایج دهان با ارائه تصاویر گویا از هر مورد کمک مفیدی به تشخیص بیماری‌ها نیز نموده‌اند که سابقه‌ای تا آنجا که اینجانب به یاد دارم در کتب منتشر شده قبلی فارسی زبان نداشته است و این امر کمک مؤثری به تشخیص ضایعات موردنظر نیز می کند و برای استفاده کنندگان از آن به خصوص همکارانی که کمتر با این رشته سر و کار دارند مفید می‌باشد.

اینجانب انتشار این کتاب را به مؤلفین آن تبریک می گویم و از خداوند متعال برای ایشان آرزوی توفیق بیشتر به علم و آموزش دندانپزشکی ایران را خواستارم.

دکتر احمد قائم مقامی

مقدمه

بسمه تعالی

موجب کمال امتنان و دلگرمی است که کتاب نسخه های رایج دندانپزشکی به یمن الطاف مخاطبان دانای خود به چاپ سوم رسیده است. در چاپ جدید مباحث مربوط به جراحی دهان و دندان ودرمان دردهای اندودنتیک جهت ارتقاء محتوای کتاب گنجانده شده است. لازم می دانیم مراتب قدردانی و سپاس خود را از همکاری صمیمانه دو استاد گرامی جناب آقای دکتر محمدعلی قویمی دانشیار محترم رشته جراحی دهان و فک و صورت و جناب آقای دکتر محمد سمیعی دانشیار محترم رشته اندودانتیکس دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز ابراز نماییم.

بدون تردید نظرات و پیشنهادات مخاطبان گرامی موجب تشویق مولفین و استمرار کارایی اثربخش این مجموعه خواهد بود.

دکتر علی تقوی زنوز

دکتر معصومه مهدی پور

فصل اول / آلرژی

آلرژی

یکی از مشکلات شایع که ممکن است حین معالجات دندانپزشکی بروز کند،واکنش های آلرژیک می‌باشد. همچنین شکایت اصلی درصد قابل توجهی از بیماران، وقوع ضایعاتی در محیط دهان است که علت آنها «حساسیت» می‌باشد.

آنافیلاکسی:

الف) آنافیلاکسی ژنرالیزه (عمومی): که می‌تواند با علائمی‌نظیر بثورات جلدی، مشکلات قلبی-عروقی، گوارشی و اختلالات تنفسی همراه باشد که خطرناک و بالقوه کشنده است. داروی انتخابی اپی نفرین می‌باشد که به میزان ۰/۵ میلی لیتر از محلول ۱/۱۰۰۰ به صورت زیر جلدی تزریق می گردد.در کودکان بر حسب وزن بدن ۳ /۰ - ۱/ ۰ میلی لیتر تجویز می‌شود.

در صورت بروز دیسترس تنفسی و به شرط عدم وجود آریتمی‌و شوک هیپرتانسیو از ۲۵۰mg آمینوفیلین به صورت IV استفاده نمود. باید توجه داشت که تزریق سریع دارو می‌تواند باعث آریتمی‌قلبی کشنده شود.

در صورت بروز هیپوکسی باید از اکسیژن یا اسپری های سمپاتومیمیک نظیر ایزوپروترنول استفاده کرد.

در صورت بروز ادم حنجره، بهترین راه لوله گذاری است و در صورت عدم امکان لوله گذاری باید تراکئوتومی‌انجام شود.

نکته ۱: با توجه به اینکه درمان آنافیلاکسی عمومی‌باید به صورت اورژانس انجام شود، تجویز نسخه برای بیماران امکان پذیر نمی‌باشد و مراحل قید شده در فوق باید در مطب توسط دندانپزشک انجام شود.

ب) آنافیلاکسی موضعی: به دو صورت بروز می کند:

۱ - *درگیری عروق سطحی:* مهمترین عارضه این حالت، کهیر Urtricaris می‌باشد.

Rx

1/Betamethasone Oint N= 1

روزی۲ بار روی موضع بمالد

2/ Diphenhydramine Compound Syrup N= 1

روزی ۳ بار، یک قاشق مربا خوری میل کند

نکته ۱: مدت استفاده از داروها معمولا ۵ روز می‌باشد.

نکته ۲: درگیری عروق عمقی: که باعث بروز آنژیوادم یا ادم آنژیونوروتیک می گردد. تورم در یک پوست به ظاهر

سالم که معمولا در اطراف چشم و زبان اتفاق می‌افتد و در صورت درگیر شدن نواحی خلفی دهان و تنگ شدن راههای هوایی، خطر خفگی و مرگ وجود دارد.

نکته ۳: در صورت گسترش آنژیوادم به نواحی تنفسی:

- تزریق اپی نفرین ۰/۵ میلی لیتر از محلول ۱۰۰۰/ ۱ به صورت زیرجلدی

- در موارد شدید می‌توان ۰/۲ میلی لیتر اپی نفرین ۱۰۰۰/ ۱ را به صورت زیر جلدی مجددا تزریق نمود.

نکته ۱: جهت کاهش ادم حلق و حنجره (پس از اینکه بیمار از دیسترس تنفسی خارج شد) و همچنین برای جلوگیری ا ز بروز آنژیوادم در دفعات بعدی مراجعه می‌توان یک ساعت قبل از شروع کار دندانپزشکی از دیفن هیدرامین استفاده کرد.

حساسیت تماسی:

نظیر حساسیت به برخی مواد غذایی (مانند: فلفل ،شکلات، توتون) دنچرهای آکریلی، پلاک های کروم-کبالت، کرون های موقت، سمان موقت، آدامس خمیردندان می‌باشد. درمان شامل دو مرحله می‌باشد:

- تشخیص و قطع عامل ایجاد کننده
- دارودرمانی

الف) در صورتی که ناحیه مبتلا محدود به یک قسمت کوچک در دهان باشد (نظیر حساسیت به روکش موقت)

Rx

1/Adcortyl in Orabase Oint N= 1

(Triamcinolone in Ormucosal Paste)

روزی۳ بار روی ناحیه بمالد.

ب) در صورت درگیرشدن پوست اطراف لب

Rx

1/Betamethasone Oint N= 1

روزی۲ بار روی موضع بمالد.

ج) در صورت بروز استوماتیت ژنرالیزه:

Rx

1/ Betamethasone Amp N= 5

یک آمپول را در نصف استکان آب حل کرده روزی ۳ بار غرغره نماید.

و یا:

Rx

1/ Syrup Al Mg S N=1

2/ Syrup Diphenhydramine Compound N=1

3/ Betamethasone Amp N=8

شربت ها و آمپول ها را مخلوط و روزی ۳ بار غرغره نماید.

فصل دوم / آفت

آفت

آفت عبارت از زخم های عودکننده دهانی است که با سایر بیماری های شناخته شده مرتبط نیستند. در اغلب مطالعات پس از زخم های تروماتیک به عنوان شایع ترین زخم دهانی شناخته می‌شود.

باید در نظر داشت آفت ممکن است یکی از علائم بیماری بهجت باشد و یا موارد دیگری نظیر سندرم رایتر، کولیت اولسراتیو و..... را شامل گردد. این بیماری ها جدی هستند و درمان های خاص خود را می‌طلبند. لذا باید از قبل مطمئن بود که بیمار تحت درمان، فقط به آفت مبتلا است و دچاربیماری بهجت و یا سایر بیماری های دیگر نمی‌باشد. نحوه افتراق این موارد از یکدیگردر کتب مرجع ذکر شده است.

اشکال بالینی آفت در مخاط دهان

الف) برای زخم های نه چندان متعدد که نسبتا در نواحی قدامی دهان واقع هستند:

نکته ۱: نحوه استفاده از Adcortyl

Rx

1/Adcortyl in Orabase* Oint N= 1

روزی۴ بار روی زخم مالیده شود.

2/ Syrup Diphenhydramine Compaund N= 1

روزی ۳ بار، یک قاشق مربا خوری از شربت در نصف استکان آب حل کرده غرغره گردد.

بیمار ابتداء چند بار از دهان تنفس می کند تا مخاط دهان کمی خشک شود. سپس مقدار کمی‌از دارو را روی زخم و اطراف آن قرار می‌دهد.اما ناحیه را زیاد مالش نمی‌دهد.(مالش زیاد چسبندگی ادکورتیل را کاهش می‌دهد.)

نکته ۲: در مورد چسبندگی ادکورتیل به بیمار توضیح دهید:

۳۰ – ۱۵ ثانیه پس از مالیدن روی زخم به موضع می‌چسبد و این امر مهمترین مزیت این دارو است. البته این حالت ممکن است برای برخی از بیماران ناراحت کننده باشد.

نکته ۳: تمام داروهای آفت از جمله ادکورتیل هر چه در مراحل ابتدائی تر زخم استفاده شوند اثر بهتر و بیشتری دارند. لذا به بیمار توصیه کنید بلافاصله پس از ایجاد زخم از دارو استفاده کند.

* نام ژنریک این دارو Triamcinolone in Oramucosal Paste است.داروی مزبور جزء فارماکوپه ایران نمی‌باشد.

ب) برای زخم های متعدد و پراکنده و هم چنین درنواحی خلفی دهان واقع هستند:

(استفاده از ادکورتیل برای زخم های پراکنده بسیار مشکل و برای زخم های خلفی دهان غیر ممکن است).

نکته ۱: برخی از محققین بر این عقیده اند که فرم Compound دیفن هیدرامین برای بیحسی موضعی موثرتر است.

Rx

1/ Syrup Al Mg S	N=1
2/ Syrup Diphenhydramine Compound	N=1
3/ Amp Betamethasone	N=10

شربت ها و آمپول ها را مخلوط و روزی ۴ بار غرغره نماید.

نکته ۲: دارو قبل از استفاده به شدت هم خورده و تکان داده شود.

نکته ۳: بسیاری از مولفین برای استفاده موضعی از دهان شویه تتراسیکلین نیز فوایدی قائل شده اند.لذا در موارد آفت های متعدد و با فواصل عود کوتاه مدت می‌توان این دارو را نیز به داروهای قبلی افزود. در این صورت نسخه تجویز شده به شکل زیر خواهد بود:

Rx

1/ Syrup Al Mg S N=1

2/ Syrup Diphenhydramine Compound N=1

3/ Amp Betamethasone N=10

شربت ها و آمپول ها را مخلوط و روزی ۴ بار غرغره نماید.

4/ Cap Tetracycline N=10

یک کپسول را داخل نصف استکان آب بریزد و روزی دو بار غرغره نماید

نکته ٤: استفاده طولانی مدت و پشت سر هم تتراسیکلین ممکن است منجر به بروز کاندیدیازیس دهانی شود.لذا استفاده از دارو به مدت ۵-۴ روز کافی است.

آفت در نواحی خلفی دهان

منظور نواحیی است که استفاده از دهانشویه ترکیبی بسیار مشکل است نظیر وجود زخم در لوزه ها ،حلق دهانی. در این گونه موارد معمولا استفاده از داروهای مالیدنی نیز بسیار مشکل است. به همین جهت می‌توان یا همان آمپول های بتامتازون را تجویز نمود و یا از اسپری های حاوی کورتون استفاده کرد.در این صورت نسخه تجویز شده بدین شکل خواهد بود:

Rx

1/ Beclometasone Spry N= 1

روزی۴ بار هر بار یک پاف(Puff) از اسپری داخل دهان استفاده شود

* آفت های ماژور در خلف دهان شیوع بیشتری دارند.

* * این دارو جزء داروهای استفاده شده در آسم آلرژیک می‌باشد.

نکته: استفاده طولانی مدت از اسپری بکلومتازون ممکن است منجر به بروز کاندیدیازیس دهانی – حلقی شود.بنابراین استفاده ۵-۴ روز کافی است.

۳- آفت های بسیار دردناک

الف: برای نواحی قدامی دهان

در این موارد با گوشزد نمودن عوارض جانبی دارو می‌توان از ژل‌ها یا اسپری های بیحسی موضعی استفاده نمود.در این صورت مثالی از نسخه تجویز شده، به شکل زیر خواهد بود:

Rx

1/Adcortyl in Orabase Oint N=1

روزی۴ بار روی زخم بمالد

2/ Xylocain Oint N= 1

روزی ۳ بار روی زخم مالیده شود

نکته ۱: استفاده طولانی مدت و مداوم زایلوکائین می‌تواند باعث مسمومیت گردد.لذا استفاده یک دو روزه از دارو کافی می‌باشد.

نکته ۲: با توجه به خاصیت چسبندگی ادکورتیل به بیمار توصیه کنید ابتداء از زایلوکائین استفاده نماید و سپس ادکورتیل را روی زخم قرار دهد.

ب: برای زخم های پراکنده بسیار دردناک در نواحی خلفی دهان امکان افزودن زایلوکائین وجود دارد:

٤- آفت های مقاوم به درمان های موضعی

در این گونه موارد با در نظر گرفتن شرایط زیر می‌توان از کورتون های سیستمیک استفاده نمود:

۱- عدم پاسخ مناسب به درمان های موضعی

Rx

1/ Syrup Al Mg S N=1

2/ Syrup Diphenhydramine Compound N=1

3/ Xylocain Vial 15 cc N=1

4/ Amp Betamethasone N=10

ترکیب را روزی ۴ بار غرغره نماید.

۲- وجود آفت های ناتوان کننده که در این موارد تکلم، بلع و تغذیه بیمار بسیار مشکل می‌شود.

۳- به موارد عدم تجویز برای کورتون های سیستمیک توجه گردد (نظیر قند خون بالا، پر فشاری خون

سابقه بیماری های عفونی مزمن خصوصا سل، زخم های دستگاه گوارش، عفونتهای انگلی...).

۴- بیمار بالغ باشد.

در این صورت نسخه تجویز شده، به شکل زیر خواهد بود:

Rx

1/ Prednisolone 5 mg Tab N= 16

روزی۴ قرص پس از صبحانه یکجا میل شد

2/ Xylocain Oint N= 1

قبل از صرف غذا روی زخم مالیده شود

نکته ۱: در صورتی که وزن بیمار خیلی کم نباشد و شدت آفت ها شدید

باشد می‌توانید علاوه بر ۴ قرص پس از صبحانه ۲ قرص پس از نهار نیز اضافه کنید (به همان مدت).

نکته ۲: بعلت کوتاه بودن مدت استفاده از کورتون سیستمیک استثنائا نیازی به Tapering وجود ندارد.

نکته ۳: چنانکه ملاحظه می‌کنید پردنیزولون حتما باید پس از صرف غذا باشد.حتی می‌توانید برای احتیاط به همراه استفاده از این دارو، شربت آنتی اسید نیز جهت جلوگیری از بروز ناراحتی های گوارشی تجویز نمائید.

پیشنهاد:

برخی از خوراکی ها ممکن است باعث بروز و یا تشدید آفت در افراد مستعد شود. در این صورت به بیمار پیشنهاد کنید از موادی نظیر پنیر، آرد سبوس دار، گردو، بادمجان، انگور، طالبی، خربزه، موز مواد خیلی شیرین، مواد خیلی ترش و ادویه پرهیز نمایدیا کمتر استفاده کند.

توصیه:

با توجه به اینکه آفت در افراد دچار کم خونی شدت می‌یابد و با درمان کم خونی تخفیف پیدا می‌کند و همچنین با توجه به شیوع زیاد آنمی، بهتر است برای بیماران آفتی، آزمایشات مخصوص کم خونی را درخواست کنید. در این صورت آزمایش درخواست شده بدین شکل خواهد بود:

CBC – MCV,MCH,-MCHC

RETIC COUNT

SI* , TIBC*

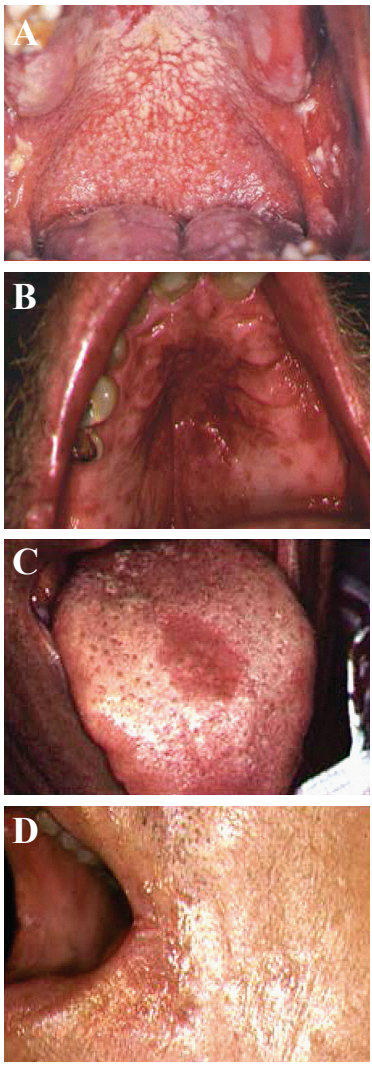
* با توجه به شیوع زیاد کم خونی فقر آهن موارد آهن سرم (SI) و ظرفیت تام باند آهن (TIBC) و Ferritinرا نیز چک کنید.

**Ferritin حساسترین شاخص سرمی‌به کاهش ذخائر آهن است.

فصل سوم / کاندیدیازیس

کاندیدیازیس

کاندیدیازیس بعنوان بخشی از بیماری های قارچی شناخته می‌شود که پوست و مخاط را مبتلا می‌سازد.این عفونت توسط قارچ کاندیدا خصوصا کاندیدا آلبیکانس ایجاد می گردد.



- اشکال بالینی کاندیدیازیس: A- غشاء کاذب B- اریتماتوز C - شقاق گوشه لب D- گلوسیت لوزی شکل

۱) کاندیدیازیس حاد با غشاء کاذب (برفک) :

Acute Pseudomembranous Candidiasis

شایعترین فرم کاندیدیازیس دهانی است که در نواحی مخاط گونه، قسمت پشتی زبان و کام بروز می‌کند(شکل A). به صورت پلاک های نرم و برجسته سفید مایل به زرد ظاهر می‌شود که به آسانی پاک می‌شود و سطح اریتماتو و زخمی‌بجا می‌گذارد که گاه حساس و دردناک می‌باشد.این شکل از کاندیدیازیس در نوزادان و بچه ها و در کسانی که داروهایی نظیر آنتی بیوتیک های وسیع الطیف و کورتیکواستروئید دریافت می‌کنند وهم چنین در افرادی که دچار ضعف سیستم ایمنی مانند عفونت HIV، لوسمی، لنفوم و دیابت دیده می‌شود.

الف) فرم موضعی ضایعه (افرادی که دارای سیستم ایمنی طبیعی هستند):

Rx

1/ Nystatin Tab 500000 U/ml N=70

چهار بار در روز به مدت ۱۴ روز بعد از هر وعده غذایی و هنگام خواب در دهان مکیده شود.

نکته ۱: به بیمار توصیه شود تا نیم ساعت بعد از مصرف دهانشویه از خوردن و آشامیدن بپرهیزد.

نکته ۲: تا دو روز بعد از التیام علائم مصرف نیستاتین ادامه یابد.

نکته ۳: در ترکیبات قرص نیستاتین سوکروز وجود دارد که در بیماران مبتلا به خشکی دهان بهتر است به منظور پیشگیری از پوسیدگی از قطره و قرص واژینال (بصورت مکیدنی) آن استفاده شود.

نکته ٤: در ترکیبات در بیمارانی که مصرف قرص را تحمل نمی‌کنند از محلول سوسپانسیون نیستاتین می‌توان استفاده نمود که نسخه تجویز شده به صورت زیر خواهد بود:

Rx

1/ Nystatin Susp 100000 U/ml N=4

چهار بار در روز به مدت ۱۴ روز یک قاشق چایخوری به مدت دو دقیقه در دهان نگهداشته و سپس بیرون ریخته شود.

نکته ۱: درنوزادان و اطفال روزانه چهار بار با استفاده از پنبه آغشته نظیر گوش پاک کن به قطره تمام مخاط دهان را می‌توان شستشو داد.

ب) فرم منتشر ضایعه (در افرادی که دچار ضعف سیستم ایمنی می‌باشند):

Rx

1/Ketoconazole Tab 200mg N=28

دو بار در روز همراه با صبحانه و در هنگام خواب میل شود.

نکته ۱: در افرادی که داروهایی نظیر آنتی اسید، ضدانعقاد خوراکی و فنی توئین مصرف می‌کنند هم چنین در افراد با سابقه بیماری کبدی و مصرف الکل، کتوکونازول منع مصرف دارد.

نکته ۲: بهتر است دارو با معده خالی یا به همراه یک لیوان آب پرتقال میل شود زیرا کتوکونازول جهت جذب نیاز به pH اسیدی دارد.

نکته ۳: در صورت مصرف طولانی مدت، آنزیم های کبدی بیمار کنترل شود.

نکته ٤: طعم بد دارو اغلب مصرف آن را مختل می‌سازد که در صورت عدم تحمل بیمار بهتر است از داروی دیگر این دسته استفاده شود.

Rx

1/ Fluconazole Tab 100 mg N=14

روزی یک بار میل شود.

نکته ۱: در بیماران مبتلا به ایدز به لحاظ آتروفی مخاط معده، بهترین انتخاب می‌باشد.

نکته ۲: در موارد شدید ضایعه، ۴ عدد در روز می‌توان تجویز نمود.

نکته ۳: در خانم های باردار بعلت دارا بودن اثرات تراتوژنیک، مصرف سیستمیک کلیه ترکیبات آزول ها منع مصرف دارد.

۲- کاندیدیازیس مزمن آتروفیک (اریتماتو):

Chronic Atrophic (Erythematous) Candidiasis

شایعترین فرم کاندیدیازیس در زیر پروتزهای دندانی است که بیشتر در کام سخت، سطح پشتی زبان(گلوسیت لوزی شکل) و سایر نواحی دهان بروز می‌کند. مهم ترین عامل بروز آن عدم رعایت بهداشت دهان می‌باشد

(خصوصا در سنین بالا و در حضور دنچر با تطابق کم) اما عوامل دیگری نظیر تضعیف سیستم ایمنی، خشکی دهان و مصرف داروها در بروز آن دخیل می‌باشند.

ضایعه بصورت تکه قرمز رنگ و پلاک نرم ومخملی دیده می‌شود که

گاه با سوزش همراه است. گذاشتن پروتز بر روی ضایعه به مدت طولانی موجب بروز فرمی‌از کاندیدیازیس بنام پاپیلاری هیپرپلازی می‌شود که نمای برجسته و گل کلمی‌شکل دارد (شکل B).

Rx

1 /Nystatin Susp 100000 U/ml N=4

چهار بار در روز یک قاشق چایخوری به مدت دو دقیقه در دهان نگهداشته و سپس بیرون ریخته شود

2/ Clotrimazole Cream 1% N=1

در سطح داخلی پروتز مالیده شود

نکته ۱: در بیماران دارای پروتز بهتر است قبل از استفاده از کرم پروتز را در وایتکس با غلظت ۰/۱ ٪ به مدت ۳۰ دقیقه گذاشت و سپس به مدت ۲ دقیقه با آب شستشو داد و نیم ساعت در هوای اطاق گذاشت. بعد از آن سطح داخلی پروتز را با کرم آغشته نمود. بیمار در طول شب از پروتز استفاده نکند و در صبح بعد از شستن، آن را در دهان بگذارد.

نکته ۲: در صورت فقدان کرم کلوتریمازول، می‌توان از کرم های میکونازول و کتوکونازول استفاده نمود.

نکته ۳: در بیماران مقاوم به درمان میتوان از دسته دارویی آزول ها کمک گرفت.

۳- شقاق گوشه لب:

Angular Cheilitis (Perleche)

در بیمارانی که عادت به خیس کردن لب ها دارند و یا دارای پروتز دندانی

با ارتفاع کوتاه هستند ضایعات دردناکی در گوشه لب ها ایجاد می‌شود که در نمای بالینی به صورت سائیده و ترک دار بروز می کند(شکل C).

Rx

1/ Fluconazole Tab N=28

روزی دو بار میل شود.

2/ Miconazole Cream 2% N=1

در سطح داخل پروتز مالیده شود

نکته ۱: تا زمانی که ناحیه خشک و عاری از علائم شود از دارو استفاده می‌شود. معمولا دوره درمانی دو هفته بطول می‌انجامد.

نکته ۲: در کلیه موارد کاندیدیازیس از جمله شقاق گوشه لب رفع عامل مستعدکننده نظیر آنمی‌فقر آهن، تصحیح ارتفاع عمودی دنچر الویت

Rx

1 /Nystatin Oint 100000 U/ml N=2

چهار بار در روز بعد از هر وعده غذایی و هنگام خواب در روی ضایعه مالیده شود.

دارد.

در صورت مقاومت به درمان می‌توان از نسخه بعدی استفاده نمود:

نکته ۱: در صورت فقدان کلوتریمازول می‌توان از کرم کتوکونازول

ویا میکونازول استفاده نمود.

۴- کاندیدیازیس هیپرپلاستیک مزمن:

Chronic Hyperplastic Candidiasis

Rx

1/ Clotrimazole Cream 1% N=1

چهار بار در روز بعد از هر وعده غذایی و هنگام خواب در روی ضایعه مالیده شود

2/Triamcinolone Cream % 0/1 N=1

دو ساعت بعد از کرم ضد قارچ روی موضع مالیده شود

این فرم از کاندیدیازیس معمولا بصورت ایدئوپاتیک ویا بدنبال ضعف سیستم ایمنی ایجاد می‌شود.علائم ضایعه به شکل پاپول و یا پلاک های سفید بدون علامت در مسیر خط اکلوژنی در مخاط گونه و طرفین زبان دیده می‌شود.

احتمال بروز بدخیمی‌در این شکل از ضایعه وجود دارد.

درمان نظیر فرم کاندیدیازیس با غشاء کاذب می‌باشد. در بسیاری از تحقیقات مصرف Isotretinoin موجب تسریع بهبودی شده است.

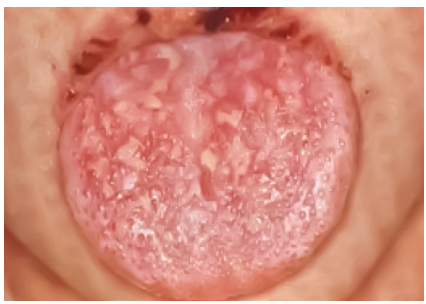
فصل چهارم / اریتم مولتی فرم

اریتم مولتی فرم

اریتم مولتی فرم بیماری التهابی مخاطی-پوستی است که به صورت حاد ایجاد می‌شود و معمولا خودبخود محدود می‌گردد. درکودکان و بالغین جوان بروز می‌کند و در سنین بالای پنجاه سال بندرت دیده می‌شود.

ضایعات پوستی به شکل دوایر متحدالمرکزی است که در مرکز به صورت پتشی قرار دارد و در ناحیه وسطی کم رنگ می‌باشد و حدود آن را حاشیه اریتماتو محصور می‌کند. این ضایعات بنام ضایعات هدف یا Target Lesion معروفند. ابتلاء دست و پا بیشتر از تنه می‌باشد. سروگردن نیز مبتلا می‌شوند. ضایعات مخاطی به صورت نواحی اریتماتو و اروزیو همراه با سوزش و درد تظاهر می‌یابد. ضایعات دهانی به ترتیب در مخاط گونه، لب ها، کام، زبان و حلق دیده می‌شود و لثه ها بندرت گرفتار می‌شوند.

ضایعات چشمی‌به همراه زخم و چسبندگی و اختلال دید بروز می‌کنند. به چندین شکل بالینی نظیر اریتم مولتی فرم خفیف و شدید (سندرم استیون جانسون) و نکرولیز اپیدرمال توکسیک (Toxic Epidermal Necrolysis = TEN) تقسیم می‌شود.



- ضایعات مخاط دهان

- ضایعات هدف مانند (Target Lesion) در دست و پا

الف) فرم خفیف:

ابتلاء یک جایگاه مخاطی مثل مخاط دهان که معمولا در طی سه روز تمامی علائم ظاهر می‌شوند و ظرف یک تا دو هفته بهبود می‌یابند.

Rx

1/ Chlorhexidine Gluconate Mouth wash N= 1

۲۰-۱۵ قطره ۳ دقیقه در دهان بماند.

2/ Syrup Diphenhydramine Compound N= 1

روزی ۳ بار، یک قاشق مربا خوری از شربت در نصف استکان آب حل کرده غرغره نماید.

نکته ۱: کلیه بیماران تحت معاینه پوست در نواحی دست و پا قرار گیرند. هم چنین جهت معاینه چشم به متخصص مربوطه ارجاع گردد.

نکته ۲: سابقه ابتلا به عفونت هرپس سیمپلکس (تبخال) در بیش از ۶۰٪ از موارد، وجود دارد. این بیماران معمولا در طی سه هفته گذشته دچار علایم این عفونت بوده اند که با پرسش از بیمار مشخص می گردد.

نکته ۳: سابقه مصرف دارو هایی نظیر NSAIDs، ضد تشنج ها (فنی توئین، باربیتورات و کاربامازپین)، آنتی بیوتیکها (پنی سیلین ،تتراسیکین و سولفانامید ها...) مورد بررسی قرار گیرد که معمولا ۱۴-۷ روز بعد از مصرف علائم ظاهر می‌شود و در صورت تایید، دارو قطع شود.

نکته ٤: رعایت بهداشت در بهبودی علایم دهانی مفید خواهد بود و رژیم غذایی نرم توصیه می‌شود.

ب) فرم شدید:

گرفتاری حداقل دو ناحیه مخاطی (نظیر مخاط چشم و ژنیتال) که مرتبط با سندرم استیونس جانسون است. این فرم از بیماری غالبا با مصرف داروها بروز می کند.

Rx

1/ Prednisolone Tab 5 mg N= 35

سه روز اول ۶ عدد واز روز چهارم ۵ میلی گرم کاسته می‌شود.

2/ Clobetasol Oint N= 1

روزی ۲ بار، در مخاط دهان مالیده شود.

نکته ۱: تجویز کورتیکوستروئید سیستمیک در کوتاه مدت (معمولا بین ۷ تا ۱۰ روز) به میزان ۵۰-۳۰ میلی گرم روزانه صورت می گیرد.

نکته ۲: به منظور جلوگیری از سرکوب محور هیپوفیز –آدرنال دوسوم دوز داروی خوراکی در صبح و یک سوم آن در ظهر تجویز می‌شود.

نکته ۳: بیمار جهت معاینه چشم به متخصص مربوطه ارجاع گردد.

نکته ٤: در صورت پیشرفت علایم بیمار در بیمارستان باید بستری گردد.

۱: در صورت وجود خارش در ضایعات پوستی از داروهای آنتی هیستامین استفاده می‌شود:

Rx
1/ Diphenhydramine Compound Syrup N= 1
روزی ۳ بار، یک قاشق مربا خوری میل کند.

۲: در صورت بروز عفونت ثانویه بر روی بثورات پوستی از آنتی بیوتیک استفاده می‌شود:

Rx
1/ Erythromycin Tab 400 mg N= 28
هر ۶ ساعت یک عدد میل کند.

ج) فرم Recurrent اریتم مولتی فرم

معمولا مرتبط با عفونت هرپس سیمپلکس است. برای پیشگیری از بروز ضایعه در طول مدتی که بیمار عاری از علائم اریتم مولتی فرم می‌باشد از داروهای آنتی ویرال استفاده می‌شود که در این صورت نسخه تجویز شده به شکل زیر خواهد بود:

Rx
1/ Acyclovir Tab 200mg N= 240
روزی ۲ قرص میل شود.

نکته ۱: در صورتی که بیمار در طول چهارماه فاقد علائم بود دارو قطع می گردد.

در صورتی که بیمار به آسیکلوویر مقاوم باشد از نسخه تجویز شده به شکل زیر استفاده می‌شود:

Rx

1/ Valacyclovir Tab 500 mg N= 240

روزی ۲ قرص میل شود.

و یا:

Rx

1/ famciclovir Tab 125 mg N= 240

روزی ۲ قرص میل شود.

نکته ۱: در تجویز طولانی بودن داروهای آنتی ویرال تست های بررسی فانکشن کلیوی نظیر کلیرانس کراتینین بعمل آید.