

ارزیابی وضعیت بیمار قبل از عمل جراحی

سطح اهمیت: B

تاریخچه پزشکی

تاریخچه پزشکی دقیق مفیدترین اطلاعاتی است که دندانپزشک می تواند بر اساس آن در مورد امکان درمان دندانپزشکی تصمیم بگیرد.

چنانچه اخذ تاریخچه به خوبی انجام گیرد، معاینه جسمانی بیمار و ارزیابی های آزمایشگاهی معمولاً نقش کمتری را در ارزیابی های پیش از عمل ایفا می کنند.

همین اول کار یادمون باشه: بلوغ، نوجوانی، Adolescence و اوایل سیستم دندان دایمی همه و همه یک معنی دارند و به یک بازه زمانی اشاره می کنند.

• BOX 1.1 Standard Format for Recording Results of History and Physical Examinations

1. Biographic data
2. Chief complaint and its history
3. Medical history
4. Social and family medical histories
5. Review of systems
6. Physical examination
7. Laboratory and imaging results

* اولین اطلاعاتی که از بیمار گرفته می شود اطلاعات بیوگرافیک (نام کامل، آدرس منزل، سن، جنس، شغل و نام پزشک بیمار) است. دندانپزشک با تکیه بر این اطلاعات، به همراه هوش و شخصیت بیمار، در مورد قابل اعتماد بودن وی تصمیم می گیرد.

* بیان شکایت اصلی یا chief complaint به دندانپزشک کمک می کند حین اخذ تاریخچه و تعیین طرح درمان مسائلی که از تقدم و اهمیت بیشتری برخوردار هستند را مشخص نماید. شکایت اصلی باید با همان کلمات بیمار به پرونده منتقل شود.

- ❖ از بیماران باید به طور خاص در مورد آلرژی به داروهای بی حسی موضعی، آسپیرین و پنی سیلین سؤال شود.
- ❖ از زنانی که در سنین باروری هستند باید در هر ملاقات در مورد بارداری آنها سؤال شود.

* بررسی دستگاه‌های مختلف بدن (Review of systems) ممکن است به شناسایی مشکلات پزشکی تشخیص داده نشده منجر گردد. به عنوان مثال در فردی با سابقه ایسکمی قلبی بررسی دستگاه قلبی - عروقی شامل پرسش در مورد درد قفسه سینه (حین ورزش، خوردن یا حتی استراحت)، تپش قلب، غش کردن و تورم مچ پا می‌باشد.

✓ **نکته:** وقتی از آرامبخشی استنشاقی یا داخل وریدی استفاده می‌شود، باید دستگاه‌های قلبی عروقی، تنفسی و عصبی بررسی شوند.

❖ از دندانپزشکان انتظار می‌رود در تمام بیماران بررسی سریع سر، گوش‌ها، چشم‌ها، بینی، دهان و گلو را انجام دهند.

• بررسی سیستم قلبی عروقی

ناراحتی قفسه سینه (chest discomfort) در زمان فعالیت (Exertion)، غذا خوردن یا استراحت - تپش قلب (Palpitation) - غش کردن (Fainting). ادم مچ پا (Ankle edema). تنگی نفس (Dyspnea) در زمان فعالیت - دیس پنه در وضعیت سوپاین (ارتوپنه یا دیس پنه شبانه ناگهانی) (Paroxysmal nocturnal dyspnea) - افت فشار خون وضعیتی (Postural hypotension) - ضعف (Fatigue) - گرفتگی یا کرامپ عضلات پا.

• بررسی سیستم تنفسی

دیس پنه با فعالیت، صدای خس خس (wheezing)، سرفه، تولید خلط زیاد، سرفه همراه با خون (هموپتیزی / Hemoptysis)

تست: همه موارد در بررسی سیستم قلبی عروقی بیماران مورد بررسی قرار می‌گیرد به جز:

Ankle edema (ب)

Orthopnea (الف)

Hemoptysis (د)

Fatigue (ج)

پاسخ: د

ارزیابی بالینی (Physical Examination)

هنگام ثبت نتایج حاصل از ارزیابی بالینی فقط توصیف دقیق ضایعه نوشته می‌شود و از ارائه تشخیص‌های احتمالی خودداری می‌گردد.

معاینه جسمانی با اندازه‌گیری علائم حیاتی (vital signs) آغاز می‌شود.

اندازه‌گیری فشار خون کاف با اندازه مناسب به گونه‌ای روی بازو قرار داده می‌شود که لبه پایینی آن ۴-۲ سانتی متر بالاتر از Antecubital fossa قرار گیرد. شریان براکیال درون فوسا لمس، دیافراگم استتوسکوپ بر روی آن قرار داده شده و با انگشتان دست چپ نگه داشته می‌شود. سپس کاف تا حدود ۲۲۰ میلی متر جیوه باد شده و به آرامی خالی می‌شود. صدای اولی که شنیده می‌شود نشان دهنده فشار سیستول و عددی که روی آن صدای شریانی قطع می‌گردد نشان دهنده فشار دیاستول است.

در صورتی که کاف کوچک باشد فشار خون بالا،
و در صورتی که کاف بزرگ باشد فشار خون پایین گزارش خواهد شد.

اندازه‌گیری نبض: معمولاً بوسیله قرار دادن نوک انگشتان اشاره و میانی دست راست بر روی شریان رادیال میج بررسی می‌شود. زمانی که ریتم منظم باشد، میزان نبض در ۳۰ ثانیه اندازه‌گیری شده و ضرب در دو می‌گردد. اگر نبض ضعیف و یا ریتم نامنظم باشد، باید به طور مستقیم قلب را سمع کرد.



معاینه با یک یا تعداد بیشتری از ۴ مورد زیر انجام می‌گیرد:

۱- مشاهده (Inspection)؛ ۲- لمس (Palpation)؛ ۳- دق (Percussion)؛ ۴- سمع (Auscultation)

ارزیابی بالینی قبل از جراحی دهان، فک و صورت

مشاهده (Inspection)

- سر و صورت: شکل کلی، قرینگی، رویش مو
- گوش: واکنش نرمال به صداها (در صورت نیاز معاینه با اتوسکوپ)
- چشم: قرینگی، اندازه، واکنش مردمک ها، رنگ قرنیه و ملتحمه، حرکت، تست دید.
- بینی: سپتوم، مخاط بینی، باز بودن راه بینی (Patency)
- دهان: دندان ها، مخاط، حلق (Pharynx)، لب ها، لوزه ها (Tonsils)
- گردن: اندازه غده تیروئید، اتساع ورید جاگولار (Jugular venous distension)

لمس (Palpation)

- مفصل تمپورو مندیبولار: کرپیتوس (crepitus)، درد هنگام لمس (Tenderness)
- پاراناژال: درد روی سینوس ها
- دهان: غدد بزاقی، کف دهان، لب ها، عضلات جوونده
- گردن: اندازه غده تیروئید، غدد لنفاوی

دق (Percussion)

- پاراناژال: رزونانس روی سینوس ها (Resonance over sinuses)
- (ارزیابی آن مشکل است).
- دهان: دندان ها

سمع (Auscultation)

- مفصل تمپورو مندیبولار: کلیک (clicks) - کرپیتوس (Crepitus)
- گردن: صدای غیر طبیعی کاروتید (Carotid bruits)

در ناحیه فک و صورت مشاهده همواره انجام می شود.

لمس در معاینه مفصل گیجگاهی فکی، ارزیابی عملکرد و اندازه غدد بزاقی، اندازه غده تیروئید، وجود یا عدم وجود گره های لنفاوی دردناک یا متورم، بررسی سفتی (induration) بافت های دهان و بررسی درد یا متموج (fluctuance) بودن ناحیه متورم، کاربرد دارد.

پزشکان معمولاً از دق برای معاینه قفسه سینه و شکم استفاده می کنند.

دندانپزشکان می توانند از دق برای معاینه دندان ها یا سینوس های پاراناژال استفاده نمایند.

سمع در دندانپزشکی به طور اولیه در معاینات TMJ کاربرد دارد، اما برای بررسی سیستم های قلبی، تنفسی و گوارشی نیز استفاده می شود.

طبقه بندی وضعیت جسمانی بیماران بر اساس انجمن متخصصین بیهوشی آمریکا (ASA)

وضعیت جسمانی	ASA
بیمار سالم و طبیعی	I
بیمار مبتلا به بیماری سیستمیک خفیف یا دارای ریسک فاکتور قابل توجه	II
بیمار مبتلا به بیماری سیستمیک شدید که باعث ناتوانی وی نشده است.	III
بیمار مبتلا به بیماری سیستمیک شدید که تهدید کننده حیات وی است.	IV
بیمار در شرف مرگ (Moribund) که بدون جراحی زنده نمی ماند.	V
بیمار مرگ مغزی	VI

❖ در مورد بیمارانی که در گروه ASA I یا II نسبتاً سالم جای نمی گیرند چهار راه پیش روی دندانپزشک می باشد:

۱. تغییر طرح درمان با استفاده از روش های کاهش اضطراب، داروهای کنترل استرس، مانیتورینگ دقیق بیمار یا ترکیبی از موارد فوق. (معمولاً برای بیماران ASA II همین روش ها کفایت می کند).
۲. انجام مشاوره پزشکی جهت آماده سازی بیمار برای جراحی سرپایی (به عنوان مثال امتناع از قراردادن بیمار در وضعیت کاملاً خوابیده در بیماران مبتلا به CHF)
۳. امتناع از درمان بیمار به صورت سرپایی
۴. ارجاع بیمار به جراح فک و صورت

درمان بیماران مبتلا به مشکلات پزشکی

بیماری های قلبی عروقی

آنژین صدری. اغلب در مردان بالای ۴۰ سال و زنان در سنین یائسگی مشاهده می شود. فرآیند اصلی بیماری عبارت است از تنگی پیش رونده یا اسپاسم (یا هر دو) یک یا تعداد بیشتری از شریان های کرونر. آنژین به عنوان یکی از علائم برگشت پذیر بیماری ایسکمیک قلبی زمانی ظاهر می یابد که جریان خون میوکارد نتواند جوابگوی افزایش مصرف اکسیژن (به دلیل فعالیت یا اضطراب) توسط قلب باشد. در نتیجه میوکارد ایسکمی شده و احساس فشردگی یا یک فشار سنگین در زیر جناغ پدید می آید که می تواند به بازو یا شانه چپ و حتی به فک پایین منتشر شود. بیمار از عدم امکان تنفس شکایت می کند (واژه آنژین در زبان یونانی به معنای احساس خفگی است) آنژین صدری می تواند باعث تحریک عصب واگ شود.

تحریک عصب واگ (زوج X) به تهوع، تعریق و برادی کاردی می انجامد.

وظیفه دندانپزشک در برابر بیمار آنژیینی پیشگیری از وقوع آن است که این کار با گرفتن تاریخچه دقیق آغاز می‌شود. از بیمار در مورد وقایع شروع کننده آنژین، تعداد، مدت و شدت حملات و پاسخ آن به داروها یا کاهش فعالیت سؤال می‌شود. اگر حملات آنژیینی بیمار تنها به دنبال فعالیت‌های بدنی متوسط ایجاد می‌شود و به سرعت به نیتروگلیسرین خوراکی یا استراحت پاسخ می‌دهد و اگر اخیراً شدت آن افزایش پیدا نکرده است، جراحی سرپایی معمولاً بدون خطر اما با ملاحظات خاص قابل انجام است. در غیر این صورت جراحی‌های انتخابی تا زمان انجام مشاوره پزشکی باید به تعویق بیفتد. چنانچه جراحی اورژانسی مورد نیاز باشد بیمار به جراح فک و صورت ارجاع داده می‌شود.

عامل اولیه افزایش مصرف اکسیژن حین جراحی‌های سرپایی اضطراب بیمار است.

بی حسی موضعی عمیق بهترین روش جهت کاهش اضطراب است.

✓ **نکته:** با اینکه در مورد کاربرد داروهای بی حسی حاوی اپی نفرین در بیماران آنژیینی اتفاق نظر وجود ندارد، ولی به نظر می‌رسد مزایای این کار (بی حسی عمیق تر و طولانی‌تر) بر معایبش سنگینی می‌کند. با این حال بایستی از تزریق مقادیر بیش از حد اجتناب گردد.

در بیماران آنژیینی نباید در یک جلسه ۳۰ دقیقه ای بیش از $4\text{gm}/0.4\text{gm}$ اپی نفرین (معادل ۴ میلی لیتر محلول بی حسی حاوی اپی نفرین $\frac{1}{100000}$) تجویز شود.

سایر ملاحظات آنکه حین درمان بیماران آنژیینی باید مورد توجه قرار داد: مانیتورینگ علائم حیاتی به صورت منظم قبل و حین جراحی، حفظ ارتباط کلامی با بیمار، استفاده از نیتروس اکساید یا سایر روش‌های آرامبخشی و در دسترس بودن نیتروگلیسرین در صورت نیاز.

پروتکل کاهش اضطراب عمومی

قبل از ملاقات

۱. داروی خواب آور (Hypnotic) شب قبل از جراحی (اختیاری)
۲. داروی آرامبخش (Sedative) صبح روز جراحی (اختیاری)
۳. انجام ملاقات در صبح با حداقل زمان انتظار

حین درمان

روش های غیر دارویی کنترل اضطراب

- اطمینان دادن به بیمار به طور شفاهی و مکرر
- با حرف زدن حواس بیمار را پرت کردن
- غافلگیر نکردن بیمار (آگاه کردن بیمار قبل از انجام هر کاری که باعث اضطراب می شود.)
- عدم ایجاد صدای اضافی
- وسایل جراحی باید خارج از دید بیمار باشد.
- پخش موسیقی آرامش بخش

روش های دارویی کنترل اضطراب

- استفاده از بی حس کننده های موضعی با شدت و مدت کافی
- استفاده از نیتروس اکساید
- استفاده از داروهای ضد اضطراب وریدی

پس از درمان

- آگاه کردن بیمار از پیامدهای قابل انتظار (تورم، درد و ..)
- تجویز ضد دردهای موثر
- تلفن به منزل بیمار در عصر روز عمل برای اطلاع یافتن از وضع بیمار
- دستورات مختصر در مورد مراقبت های بعد از عمل

❖ چنانچه آنژیوپلاستی (وارد کردن کاتترهای بالونی شکل به داخل عروق کرونر) موفقیت آمیز باشد (با Cardiac stress testing سنجیده می شود) جراحی دهان می تواند خیلی زود ولی با همان ملاحظات مربوط به بیماران آنژین صدری کنترل شده انجام گیرد.

انفارکتوس قلبی (MI)

انفارکتوس (مرگ سلول های میوکارد ناشی از ایسکمی طولانی) معمولاً زمانی به وقوع می پیوندد که یک لخته در محل تنگ شدگی شریان های کرونر ایجاد شود و موجب مسدود شدن جریان خون گردد. ناحیه ای که دچار سکت می شود معمولاً با میوکاردی که به صورت قابل برگشت ایسکمیک شده است احاطه می گردد که مستعد دیس ریتمی است.

❖ در ساعت‌ها و هفته‌های اولیه پس از MI، در صورت ناموفق بودن درمان ترومبولیتیک، درمان شامل محدود کردن فعالیت میوکارد، افزایش اکسیژن‌رسانی به قلب و مهار دیس ریتمی تولید شده توسط بافت‌های ایسکمیک می‌باشد. چنانچه هریک از مسیرهای هدایتی اصلی قلب در ناحیه انفارکتوس باشند، جایگذاری ضربان‌ساز (pacemaker) ضرورت پیدا می‌کند. در صورتی که بیمار در هفته‌های اولیه بعد از MI زنده بماند، ناحیه نکروتیک به مرور با بافت اسکار جایگزین می‌شود که این بافت قابلیت انقباض و انتقال پیام الکتریکی را ندارد.

✓ **نکته:** درمان جراحی بیماران دارای سابقه MI با درخواست مشاوره از پزشک بیمار آغاز می‌شود.

به طور کلی توصیه می‌شود جراحی انتخابی مازور تا ۶ ماه پس از MI به تأخیر بیفتد.

❖ امروزه با استفاده از درمان‌های ترومبولیتیک و پیشرفت مراقبت‌های MI، می‌توان جراحی‌های ساده که در مطب دندانپزشکی انجام می‌شود را زودتر از ۶ ماه انجام داد به شرطی که:

۱- جراحی اضطراب شدید در بیمار ایجاد نکند و ۲- روند بهبودی MI مناسب بوده باشد.

✓ **نکته:** بیماران با سابقه MI، باید از نظر دیس ریتمی یا CHF (کاردیومیوپاتی‌هایپر تروفیک) کشف نشده مورد بررسی قرار گیرند. همچنین این بیماران آسپیرین و سایر داروهای ضدانعقاد مصرف می‌کنند که باید به این مسئله نیز توجه داشت.

❖ نحوه درمان بیمار دارای سابقه MI که ۶ ماه از زمان وقوع انفارکتوس وی می‌گذرد یا تأیید پزشک معالج را دارد مانند بیمار آنژینی است.

ملاحظات مربوط به بیمار دارای سابقه MI

- ۱- با پزشک معالج بیمار مشورت کنید.
- ۲- در صورت نیاز به درمان‌های دندانپزشکی تهاجمی قبل از ۶ ماه از MI، با پزشک مشورت کنید.
- ۳- مصرف داروهای ضد انعقاد (مانند آسپیرین) توسط بیمار را بررسی کنید.
- ۴- از دستورالعمل کاهش اضطراب استفاده کنید.
- ۵- نیتروگلیسرین را در دسترس داشته باشید و در صورت تجویز پزشک از آن به صورت پروفیلاکتیک استفاده کنید.
- ۶- اکسیژن مکمل تجویز کنید (اختیاری).
- ۷- بی‌حسی عمیق ایجاد کنید.
- ۸- استفاده از نیتروس اکساید را مدنظر داشته باشید.
- ۹- علایم حیاتی را کنترل کرده و ارتباط کلامی با بیمار را حفظ کنید.
- ۱۰- تا حد امکان مصرف اپی نفرین را محدود کنید (حداکثر ۰/۰۴ میلی گرم)
- ۱۱- ارجاع بیمار به جراح دهان، فک و صورت را در نظر داشته باشید.

در این بیماران تجویز پروفیلاکتیک نیتروگلیسرین تنها با دستور پزشک بیمار انجام می‌شود. با این حال در دسترس بودن این دارو الزامی است. می‌توان اکسیژن نیز تجویز نمود ولی معمولاً نیازی به این کار نیست.

بی‌حسی موضعی حاوی اپی نفرین در صورت تزریق با دوز محدود و با تکنیک آسپیراسیون، قابل تجویز است.

❖ نحوه درمان بیماران دارای سابقه Bypass عروق کرونر (CABG) مشابه بیماران دارای سابقه MI می‌باشد.

❖ اگر جراحی‌های مازور زودتر از سه ماه پس از CABG ضرورت پیدا کند حتماً باید با پزشک بیمار مشاوره شود.

این بیماران نیز اگر ریکاوری عادی داشته باشند و استرس نیز در میزان حداقل نگه داشته شود می‌توانند زودتر از ۶ ماه و بدون خطر تحت جراحی‌های معمول قرار بگیرند (در مطب).

تست: در مورد بیماران کاندید جراحی انتخابی مازور با سابقه MI و CABG به ترتیب چه مدت باید صبر کرد؟

الف) ۶ ماه – ۶ ماه ب) ۶ ماه – ۳ ماه ج) ۳ ماه – ۶ ماه د) ۳ ماه – ۳ ماه

پاسخ: ب

تست: در مورد بیماران غیر مضطرب کاندید جراحی مینور در مطب با سابقه MI و CABG که روند بهبودی بیماری در آنها مناسب بوده است به ترتیب چه مدت باید صبر کرد:

الف) ۳ ماه – کمتر از ۳ ماه ب) کمتر از ۶ ماه – ۳ ماه
ج) کمتر از ۶ ماه – کمتر از ۳ ماه د) کمتر از ۶ ماه – کمتر از ۶ ماه

پاسخ: د

سکته مغزی (CVA). این بیماران همواره مستعد حوادث عروقی عصبی بیشتر می‌باشند و اغلب داروهای ضد انعقاد (به دنبال سکته امبولیک یا ترومبوتیک)، ضد پلاکت (به دنبال سکته ایسکمیک ثانویه به عروق stenotic) و ضد فشار خون (اگر فشار خون بالا داشته باشند) مصرف می‌کنند. وضعیت نورولوژیک بیمار باید قبل از درمان ارزیابی و ثبت گردد.

برای کاهش استرس در این بیماران بهتر است از عوامل غیر دارویی استفاده نمود و حین جراحی علائم حیاتی را به دقت مانیتور کرد. اگر استفاده از آرامبخشی دارویی ضروری باشد از غلظت‌های پائین نیتروس اکساید استفاده می‌شود.