

ملاحظات بالینی در ایمپلنت‌های دندانی

تألیف و گردآوری:

دکتر سیداحسان هاشمی کیا

به نام آفریدگار هستی

مقدمه

آنچه در پیش رو دارید، خلاصه نکات و ملاحظات بالینی، در درمان ایمپلنت‌های دندان‌سازی است. بدون شک، خواندن این کتاب هنگامی تأثیرگذار خواهد بود که همکاران محترم، مطالب مربوطه را ابتدا به طور دقیق و مفصل از کتاب مرجع مطالعه نموده و سپس جهت یادآوری "نکات اساسی" در کیس‌های بالینی، این مجموعه را مرور نمایند. این کتاب، شامل ۶ فصل بوده که در آنها، نکات بالینی مربوط به هر موضوع، بطور "خلاصه" و "تیتروار" بیان شده است.

بر خود لازم می‌دانم از مدیریت محترم انتشارات شایان نمودار، جناب آقای مهندس خزعلی، سرکار خانم آقازاده، مسئول محترم هماهنگی و چاپ و همچنین سرکار خانم درویش که زحمت تایپ و صفحه‌آرایی این مجموعه را کشیده‌اند، نهایت سپاس و قدردانی خود را ابراز نمایم.

فروردین ماه ۱۳۹۷ خورشیدی

فهرست مطالب

- فصل اول: ملاحظات سیستمیک در درمان ایمپلنت ۵
- فصل دوم: ملاحظات دارویی در درمان ایمپلنت ۱۸
- فصل سوم: نکات و ملاحظات پریودنتال در درمان ایمپلنت ۲۵
- فصل چهارم: ملاحظات جراحی در درمان ایمپلنت ۳۳
- فصل پنجم: ملاحظات بیومکانیکی در درمان ایمپلنت ۴۲
- فصل ششم: ملاحظات بعد از درمان ایمپلنت ۵۵

فصل اول:

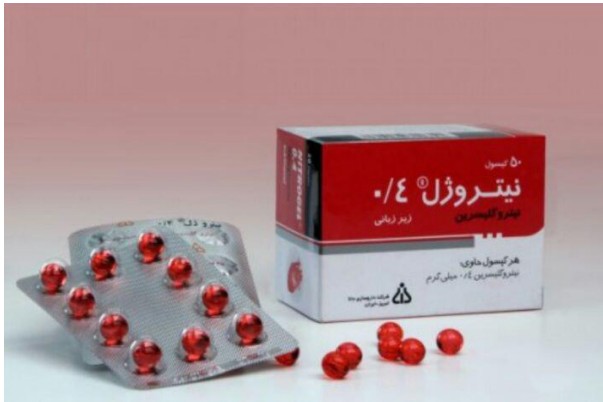
«ملاحظات سیستمیک در درمان ایمپلنت»

❖ برخی از بیماران همراه با تاریخچه پزشکی خود مراجعه نموده و این افراد در عین حال از نارسایی‌های سیستمیک خود آگاهی داشته و داروهای خاصی مصرف می‌نمایند. در چنین حالتی، هنر دندانپزشک، **تعیین میزان خطر جراحی ایمپلنت** برای بیمار خواهد بود. دندانپزشک می‌بایست با توجه به شرایط خاص بیمار تغییراتی در شیوه جراحی خود اعمال نماید. مشورت با پزشک بیمار نیز، پیش از درمان، مفید خواهد بود. دسته دیگر از بیماران، تاریخچه پزشکی شفاف و مشخصی نداشته و در جلسات اولیه، دندانپزشک به نکاتی پیرامون سلامتی عمومی بیمار، پی می‌برد. در این مواقع نیز، **انجام مشاوره** پیش از آغاز جراحی ایمپلنت، ضروری است.

❖ در صورتی که فشار سیستولیک بیمار به بالای 200mmHg و فشار دیاستولیک به بالاتر از 110mmHg برسد، درمان جراحی ایمپلنت تا کنترل کامل فشار خون بیمار، می‌بایست به تأخیر افتد. در بیمار مبتلا به آنژین ناپایدار، تجویز اپی نفرین بیش از 0.4mg ، هنگام جراحی مجاز نیست. برای کاهش استرس این بیماران، بهترین راه، بی حسی موضعی عمیق و اکسیژن رسانی کافی می‌باشد. در معالجه این بیماران، بهتر است پیش از شروع جراحی ایمپلنت، نیتروگلیسیرین در دسترس باشد تا در صورت لزوم به بیمار داده شود.



شکل ۱



شکل ۲

❖ اگر بیمار کاندید درمان ایمپلنت، سابقه انفارکتوس قلبی (MI) داشته باشد، جراحی می‌بایست ۶ ماه بعد از MI انجام پذیرد. همچنین ملاحظاتی از جمله محدود کردن دوز اپی نفرین و نیز افزایش اکسیژن‌رسانی حین جراحی، باید مد نظر جراح باشد.

❖ بیمارانی که از مشکلات دریچه‌ای قلب رنج می‌برند، اگر علائم نارسایی قلب نداشته باشند می‌توانند تحت درمان جراحی ایمپلنت قرار گیرند. نظر

به اینکه احتمال باکتری‌می حین جراحی ایمپلنت وجود داشته، بهتر است در این بیماران پروفیلاکسی آنتی بیوتیکی قبل از آغاز درمان انجام گیرد. در صورتی که در این بیماران بافت‌های پیرامون ایمپلنت دچار التهاب شوند، امکان ایجاد باکتری‌می و نیز اندوکاردیت افزایش می‌یابد. انجام ارزیابی کامل از میزان رعایت بهداشت، سلامت استخوان و لثه و نیز همکاری بیمار، پیش از آغاز درمان ایمپلنت، مفید خواهد بود. بیمارانی که دچار نارسایی احتقانی قلبی (CHF) بوده، اگر به دنبال فعالیت‌های طبیعی دچار علائم تنفسی شوند معالجات ایمپلنت برای آنها مجاز نیست.

برای جلوگیری از فیبریلاسیون مزمن شریانی و به دنبال آن ترومبوزهای شریانی در بیماران (CHF) تجویز داروهای آنتی کوآگولان پیش از جراحی توصیه می‌شود. در این بیماران مدت زمان جراحی ایمپلنت می‌بایست کوتاه شده و بیمار در حالت نزدیک به Upright بر روی یونیت قرار گیرد. در صورتی که بیمار مبتلا به CHF هنگام جراحی ایمپلنت دچار تنگی نفس و سرفه‌های مکرر شد، احتمالاً دچار نارسایی حاد قلبی شده و درمان را باید متوقف نمود.

❖ مصرف داروهای گروه NSAID در بیماران آسمی مجاز نبوده و احتمال بروز حساسیت در این افراد وجود دارد. پیش از آغاز جراحی ایمپلنت، بیمار آسمی نباید دچار هیچگونه علائم ناشی از عفونت‌های تنفسی باشد. جهت جلوگیری از بروز حمله آسمی حاد، حتماً کرومولین سدیم در دسترس داشته باشید. همچنین داشتن تئوفیلین و اپی نفرین در مطب الزامی است. بیماران مبتلا به انسداد مزمن ریوی (COPD) به هیچ عنوان نباید داروهای آرام بخش و یا کاهش دهنده تنفس مصرف نمایند. هنگام جراحی از دادن اکسیژن زیاد به این بیماران خودداری نموده و بهتر است به مدت طولانی در حالت Supine نباشند.



شکل ۳

❖ **بیماران دیابتی ترجیحاً صبح، تحت جراحی ایمپلنت قرار** گیرند. در صورتی که بیمار، صبحانه کافی میل نموده باشد، مجاز به مصرف انسولین خواهد بود. به دلیل عوارضی همچون نوروپاتی، نفروپاتی و آنژیوپاتی در این بیماران، فرآیند ترمیم بافت‌ها، دچار اختلال بوده که در درمان ایمپلنت حائز اهمیت است. پیشگیری از ایجاد عفونت در بیمار دیابتی الزامی است، زیرا سرعت ترمیم زخم در آنها پایین می‌باشد. در این بیماران، پس از قرار دادن پایه ایمپلنت در استخوان، به دلیل اختلال در فاز اولیه التهابی و پیشرفت التهاب به سمت فاز فیبروپلازی، احتمال شکست درمان بالاست. معمولاً هم، شکست در **مرحله اول استئواینترگیشن** اتفاق می‌افتد. در صورتی که بیمار هنگام جراحی دچار **استرس** شود، **مراقب علائم** هایپوگلاسمی باشید.

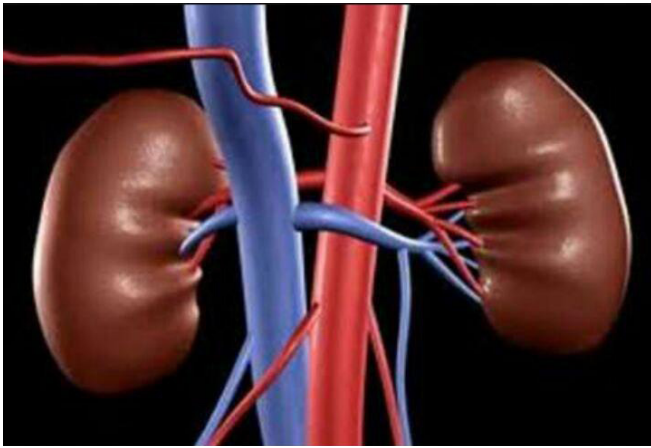


شکل ۴

❖ اگر بیمار کاندید ایمپلنت، دچار نارسایی کلیوی باشد، الزاماً جراحی ایمپلنت می‌بایست یک روز پس از انجام دیالیز صورت گیرد. مصرف داروهای گروه NSAID در بیمار کلیوی ممنوع بوده و همچنین داروهایی با دفع کلیوی نباید برای آنها تجویز شود.



شکل ۵



شکل ۶

در بیمارانی که پیوند کلیه برایشان انجام گرفته، به دلیل مصرف دراز مدت کورتون‌ها، احتمال تشدید عفونت‌ها وجود دارد. بنابراین پیش از شروع جراحی ایمپلنت، پروفیلاکسی آنتی بیوتیکی مفید خواهد بود. آنتی بیوتیک مناسب در این بیماران، کلیندامایسین بوده و تجویز آموکسی سیلین و سفالکسین مجاز نخواهد بود. همچنین بیمار پیوند کلیه بهتر است جهت تسکین درد از استامینوفن استفاده نماید، زیرا داروهای گروه NSAID در این بیماران تجویز نمی‌شود. در این بیماران به دلیل مصرف سیکلوسپورین A برای کاهش فعالیت سیستم ایمنی، معمولاً لته‌ها، هایپرپلاستیک شده که نباید با ژینژیویت و یا بیماری‌های دیگر لته، اشتباه شود. کنترل فشار خون و نیز دسترسی به داروهای کورتون، هنگام جراحی ضروری است.

❖ در بیماران دچار نارسایی کبدی، می‌بایست جراحی ایمپلنت در شرائط بستری در بیمارستان انجام گیرد و ارزیابی PT و INR بیمار، پیش از آغاز درمان الزامی است. همچنین در این بیماران

به دلیل بزرگی طحال و کاهش پلاکت‌ها، احتمال ترومبوسیتوپنی و افزایش زمان BT وجود دارد. تست هیپاتیت B هم پیش از جراحی ایمپلنت، ضروری است.



شکل ۷

❖ **پوکی استخوان** به عنوان ریسک فاکتور در درمان ایمپلنت محسوب می‌شود. در این بیماران توانایی استخوان در بازسازی خود، دچار اختلال شده و بتدریج تراکم و محتوای معدنی آن کاهش می‌یابد. با این وجود به نظر می‌رسد، درمان ایمپلنت در بیماران مبتلا به پوکی استخوان، هم امکان پذیر بوده و موفقیتی برابر با افراد سالم داشته باشد. نگرانی مهم در درمان ایمپلنت این بیماران، مصرف داروهای خانواده «بیس فسفونات»، بوده که منجر به استئونکروز فک می‌شود.



شکل ۸

- ❖ در بیماران مبتلا به پرکاری تیروئید رعایت نکاتی لازم است؛ از جمله عدم لمس غده تیروئید حین درمان ایمپلنت و عدم استفاده از بی‌حسی‌های حاوی اپی نفرین و آتروپین.
- ❖ در صورتی که بیمار دچار مشکلات انعقادی است، به دلیل پیشگیری از ایجاد هماتوم، تزریق انفیلتره نسبت به بلاک منطقه ای، ارجحیت دارد.
- ❖ مصرف داروهای گروه NSAID در بیمار دچار مشکلات انعقادی توصیه نمی‌شود.