

جراحی دهان، فک و صورت

پیترسون (هاپ) ۲۰۱۹

مترجمین:

دکتر رضا گلوردی یزدی، دکتر شقایق بزرگزاده، دکتر صبا میرزائیان، دکتر دنیا سادات ماهوتچی، دکتر مهدیه حاجی مرادی، دکتر سارا افشاری نیا، دکتر محمد مصطفی آقامحسینی، دکتر مهشید کرانی، دکتر پویا فدایی تهرانی، دکتر زینب بختیاری

ویراستاران علمی:

دکتر علیرضا جهانگیرنیا، دکتر پویا باقری، دکتر پارسا بهنیا، دکتر طناز پوراک

زیر نظر:

دکتر علیرضا جهانگیرنیا، دکتر سیدامید کیهان

سرشناسه	هاپ، جیمز آر. Hupp, James R.
عنوان و نام پدیدآور	جراحی دهان، فک و صورت پیترسون ۲۰۱۹/ ویراستاران جیمز آر هاپ، ادوارد الیس، مایرون آر. تاکر؛ مترجمین رضا گل‌وردی‌یزدی ... [و دیگران]؛ ویراستاران علمی علیرضا جهانگیرنیا ... [و دیگران]؛ زیر نظر علیرضا جهانگیرنیا، سیدامید کیهان.
مشخصات نشر	تهران: شایان نمودار، ۱۳۹۹.
مشخصات ظاهری	۸۰۵ ص: مصور، جدول: ۲۲ × ۲۹ س.م.
شابک	۹۷۸-۹۶۴-۳۳۷-۴۸۷-۸
وضعیت فهرست نویسی	فیا
یادداشت	عنوان اصلی: Contemporary oral and maxillofacial surgery, 7th ed, 2019.
یادداشت	مترجمین رضا گل‌وردی‌یزدی، شقایق بزرگ‌زاده، صبا میرزائیان، دنیاسادات ماهوتچی، مهدیه حاجی‌مرادی، سارا افشاری‌نیا، محمدمصطفی آقامحسینی، مهشید کرانی، پویا فدایی‌تهرانی، زینب بختیاری.
یادداشت	ویراستاران علمی علیرضا جهانگیرنیا، پویا باقری، پارسا بهنیا، طناز پورلک.
عنوان دیگر	جراحی دهان و فک و صورت نوین (پیترسون).
موضوع	دهان -- جراحی
موضوع	Mouth -- Surgery
موضوع	فک -- جراحی
موضوع	Jaws -- Surgery
موضوع	صورت -- جراحی
موضوع	Face -- Surgery
موضوع	لب -- جراحی
موضوع	Lips -- Surgery
شناسه افزوده	الیس، ادوارد
شناسه افزوده	Ellis, Edward
شناسه افزوده	تاکر، مایرون آر.
شناسه افزوده	Tucker, Myron R.
شناسه افزوده	گل‌وردی‌یزدی، رضا، ۱۳۷۴- مترجم
شناسه افزوده	جهانگیرنیا، علیرضا، ۱۳۵۹- ویراستار
شناسه افزوده	کیهان، سیدامید، ۱۳۶۱-
شناسه افزوده	پیترسون، لاری، ۱۹۴۲- م. جراحی دهان و فک و صورت نوین (پیترسون)
رده بندی کنگره	RK5۲۹
رده بندی دیویی	۶۱۷/۵۲۲۰۵۹
شماره کتابشناسی ملی	۶۰۶۷۷۲۶

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

مترجمین: دکتر رضا گل‌وردی‌یزدی، دکتر شقایق بزرگ‌زاده، دکتر صبا میرزائیان، دکتر دنیاسادات ماهوتچی، دکتر مهدیه حاجی‌مرادی، دکتر سارا افشاری‌نیا

دکتر محمدمصطفی آقامحسینی، دکتر مهشید کرانی، دکتر پویا فدایی‌تهرانی، دکتر زینب بختیاری

ویراستاران علمی: دکتر علیرضا جهانگیرنیا، دکتر پویا باقری، دکتر پارسا بهنیا، دکتر طناز پورلک

زیر نظر: دکتر علیرضا جهانگیرنیا، دکتر سیدامید کیهان

ناشر: انتشارات شایان نمودار

شمارگان: ۱۰۰۰ جلد

مدیر تولید: مهندس علی خزعلی

حروفچینی و صفحه‌آرایی: انتشارات شایان نمودار

طرح جلد: آتلیه طراحی شایان نمودار

نوبت چاپ: اول

تاریخ چاپ: بهار ۱۳۹۹

شابک: ۹۷۸-۹۶۴-۳۳۷-۴۸۷-۸

قیمت: ۴۰۰، ۳ ریال



شایان نمودار

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



وب سایت: shayannemoodar.com



اینستاگرام: Shayannemoodar

(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.)

مقدمه

به نام خداوند جان و خرد

خدای خود را شاکرم که بار دیگر توانایی به من داد تا در کنار همکاران خوب و دانشمندانم 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 می باشد. 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 رشته های مختلف دندانپزشکی مورد ترجمه قرار گرفته است.

در چاپ جدید فصل مربوط به علم ایمپلنت های دندانی کاملاً به روز شده است و فصل مربوط به جراحی های 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 زمینه های لازم سپاس بسیار دارم و آرزومند آرزوهای خوب همگان هستم.

Alireza_omfs@icloud.com

علیرضا جهانگیرنیا

بهار ۱۳۹۹

فهرست مطالب

بخش اول: اصول جراحی ۶

فصل اول: ارزیابی سلامت بیمار پیش از بیمار.....	۷
فصل دوم: پیشگیری 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

بخش دوم: تشخیص و طرح ریزی درمان ۱۰۷

فصل هفتم: وسایل جراحی دهان (همراه با فیلم آموزشی).....	۱۰۸
فصل هشتم: اصول خارج کردن دندان به روش ساده (همراه با فیلم آموزشی).....	۱۳۶
فصل نهم: اصول خارج کردن دندان های پیچیده تر (همراه با فیلم آموزشی).....	۱۷۲
فصل دهم: اصول خارج کردن دندان های نهفته (همراه با فیلم آموزشی).....	۲۰۴
فصل یازدهم: مدیریت بیمار بعد از کشیدن دندان.....	۲۳۴
فصل دوازدهم: ملاحظات پزشکی قانونی.....	۲۶۰

بخش سوم: جراحی پیش پروتزی و ایمپلنت ۲۷۵

فصل سیزدهم: جراحی پیش پروتزی.....	۲۷۶
فصل چهاردهم: درمان ایمپلنت: مفاهیم و روش های مقدماتی (همراه با فیلم آموزشی).....	۳۱۶
فصل پانزدهم: درمان ایمپلنت: نظریات پیشرفته و موارد پیچیده (همراه با فیلم آموزشی).....	۳۵۱

بخش چهارم: عفونت ها ۳۸۸

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 اشعه درمانی و یاشیمی درمانی ۴۷۲

فصل بیستم: بیماریهای ادونتوز نیک سینوس ماگزیلاری ۴۹۷

فصل بیست و یکم: تشخیص و درمان در بیماریها و اختلالات غدد بزاقی ۵۱۲

بخش پنجم: درمان ضایعات پاتولوژیک دهانی ۵۴۲

فصل بیست و دوم: اصول تشخیص افتراقی و بیوپسی ۵۴۳

فصل بیست و سوم: درمان جراحی ضایعات پاتولوژیک حفره دهان ۵۷۴

بخش ششم: آسیب دهان و فک و صورت بر اثر ضربه ۵۹۸

فصل بیست و چهارم: آسیبهای دنتوآلوئولار و بافت نرم ۵۹۹

فصل بیست و پنجم: درمان شکستگیهای صورت ۶۲۵

بخش هفتم: دفورمیتیهای دندانی صورتی ۶۵۳

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

بخش هشتم: اختلالات تمپورومندیبولار و دیگر دردهای صورتی ۷۶۱

فصل سیام: نوروپاتی صورت ۷۶۲

فصل سی و یکم: درمان اختلالات مفصل گیجگاهی فکی ۷۷۳

بخش ۱

اصول جراحی

جراحی بر اصولی استوار است که در نتیجه تحقیقات بنیادی و قرن‌ها آزمون خطا به دست آمده است. این اصول بر انواع جراحی‌ها مانند جراحی دهان، فک و صورت، جراحی پریدنتال 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 مرتبطند، را ارائه می‌کند. کارهای lister و semmelwiss در سالهای ۱۸۰۰ کلینسین‌ها 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. ظهور 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 اپی‌تلیالی در حین جراحی پاره می‌شود آنها باعث عفونت زخم یا عفونت‌های سیستمیک می‌شود. جدی‌ترین مثال‌های آنها ویروس هیپاتیت 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 آلودگی زخم و انتشار ارگانیزم‌های عفونی در میان افراد را شرح می‌دهد. این روش‌ها شامل رفع کامل آلودگی 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 توسط کسانی که جراحی‌های دهان را انجام می‌دهند و برای کنترل درد و اضطراب بیمار به کار می‌روند، که شامل بی‌حسی موضعی و آرامبخشی با نیتروژاکساید می‌باشند، را پوشش می‌دهد.

ارزیابی وضعیت سلامت بیمار پیش از عمل

موضعی، آرام بخشی نیتروژاکساید یا هردو، از ارزیابی‌های مورد نیاز بیمار بستری و نیازمند بیهوشی عمومی متفاوت است. دندانپزشک باید وجود یا تاریخچه مشکلات پزشکی که ممکن است روش درمان را تحت تاثیر قرار دهد و همین‌طور شرایطی که روی ناحیه دهان، فک و صورت تاثیر می‌گذارند را دریابد. این مسئله بخصوص در جراحی‌های دنتوالوئولر که فاکتورهای اضافه‌ای مثل استرس، زخم خونریزی دهنده نیازمند بهبودی و میکروارگاناسم‌ها وجود دارند، اهمیت بیشتری دارد. دندانپزشک‌ها در علم بیومدیکال و پاتوفیزیولوژی عمومی مشکلات پزشکی آموزش دیده‌اند، به ویژه مشکلاتی که به ناحیه‌ی ماگزیلوفیشیال 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 مختصری 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 پیش بینی کند که مشکل یا مشکلات پزشکی، چگونه می‌توانند پاسخ بیمار به ماده بی‌حسی و جراحی را تغییر دهند. اگر تاریخچه پزشکی درست گرفته نشود، معاینه بالینی و ارزیابی لابراتواری نقش کمتری در بررسی قبل از جراحی ایفا خواهد کرد. فرمت استاندارد که برای ثبت نتایج تاریخچه پزشکی و معاینه بالینی استفاده می‌شود در باکس ۱-۱ نشان داده شده است.

رئوس 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

آسم

بیماری مزمن انسدادی ریه

مشکلات کلیوی

اختلالات کلیوی

پیوند کلیه و پیوند سایر اعضا

هایپرتنشن

مشکلات کبدی

مشکلات غدد درون ریز

دیابت ملیتوس

نارسایی آدرنال

پرکاری تیروئید (هایپرتیروئیدیسم)

کم کاری تیروئید (هایپوتیروئیدیسم)

مشکلات خونی

اختلالات انعقادی ارثی

جلوگیری از انعقاد برای اهداف درمانی

مشکلات عصبی (نورولوژیک)

اختلالات تشنجی

اتانولیس (الکسیم)

تدابیر درمانی در بارداری و پس از زایمان

بارداری

پس از زایمان

وسعت تاریخچه پزشکی، معاینات بالینی و ارزیابی‌های لابراتواری مورد نیاز بیمار سرپایی مورد جراحی دنتوالوئولر تحت بی‌حسی

بیمار اولویت بندی می کند) علاوه بر این وادار کردن بیمار به بیان chief complain، او را تشویق می کند که برای خودش و همین طور دندانپزشک روشن کند که چه انتظاری دارد. گهگاه ممکن است بیمار آگاهانه یا ناآگاهانه هدفی مخفیانه داشته باشد. در این شرایط، اطلاعات اخذ شده از بیمار در مصاحبه ممکن است هدف واقعی بیمار را مشخص کند. (مثلا استفاده از داروهای مخدر هنگام بستری 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 می گذارد. مثلا 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 می کند یا بهبود می دهد. به علاوه باید در مورد علائم (symptoms) بالینی مثل تب، لرز، لتارژی (حالت گیجی و خواب آلودگی) آنورکسیا (بی اشتها)، malaise (بی حالی) و هرنوع ضعف همراه با شکایت اصلی جستجو شود.

این بخش از تاریخچه سلامت شاید کاملا واضح باشد، مثلا سابقه دو روزه درد و تورم در اطراف دندان مولر سوم در حال رویش، ولی ممکن است پیچیده تر باشد مثل محل کشیدن دندان که مدت هاست ترمیم نمی شود و دردناک است و بیمار هم سابقه پرتو درمانی دارد. در این موارد پیچیده تر، اخذ تاریخچه باید دقیقتر انجام شود.

۴) تاریخچه پزشکی (medical History)

بیشتر دندانپزشکان پرسش نامه های تاریخچه سلامت دارند که برای جمع آوری اولیه تاریخچه سلامت مفید است. فرم ها ممکن است بصورت نوشتاری یا بصورت الکترونیک پر شود. وقتی بیمار معتبر، فرم را پر می کند دندانپزشک می تواند از پاسخ هایی که داده در مصاحبه اولیه استفاده کند. شاید دستیار دندانپزشک آموزش دیده هم بتواند پاسخ های مهم بیمار را روی فرم مشخص کند (مثلا دور سابقه آلرژی بیمار دایره قرمز بکشد یا در پرسشنامه الکترونیک آن را مشخص کند) این کار برای جلب کردن توجه پزشک به پاسخ های مثبت است. پرسشنامه سلامت باید به شکل واضح نوشته شده باشد، به زبان حرفه ای نباشد و مختصر باشد.

مصاحبه، تاریخچه پزشکی و معاینات بالینی باید متناسب با هر بیمار باشد و باید مشکلات پزشکی بیمار، سن، هوش، و شرایط اجتماعی را مدنظر قرار دهد. همچنین باید به پیچیدگی درمان و روش بی هوشی 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 سیستم های بیمار (عضو به عضو)
- ۶: معاینه بالینی
- ۷: نتایج آزمایشگاهی و تصویر برداری

۱) اطلاعات بیوگرافیک

اولین اطلاعاتی که از بیمار گرفته می شود 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 می شود 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 روش های جایگزین برای اخذ اطلاعات ضروری استفاده شود. ارزیابی حقیقت باید در طول کل مصاحبه و معاینه بالینی ادامه یابد. کسی که دارد مصاحبه می کند باید به دنبال پاسخ های غیر منطقی، غیر محتمل و متناقض باشد و اگر متوجه این موارد شد نیاز به تایید اطلاعات می باشد.

۲) شکایت اصلی بیمار (chief complain)

باید از هر بیماری خواست که شکایت اصلی اش را بگوید. ممکن است روی 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 ترجیحا با کلمات خود بیمار ثبت شود. این طرز بیان اظهار شده توسط بیمار به دندانپزشک کمک می کند که اولویت ها را در هنگام اخذ تاریخچه و طرح ریزی درمان تعیین کند (براساس اظهار

یک تاریخچه خانوادگی خلاصه باید گرفته شود که روی بیماری‌های ارثی مثل هموفیلی تمرکز می‌کند. (باکس ۳-۱) 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.

۵) Review of systems

مرور مدیکال سیستم‌ها، متدی 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 سؤالاتی در مورد ناراحتی قفسه سینه (Chest discomfort) باشد حالا این احساس ناراحتی ممکن است در زمان فعالیت باشد، در زمان غذا خوردن و یاهنگام استراحت، در مورد تپش قلب-palpitation؛ از حال رفتن (fainting) و تورم داشتن پاشنه پا هم باید سؤال شود. این سؤالات 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 کاردیووسکولار، تنفسی (respiratory) 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 ۴-۱ آمده است. نیاز به مرور سیستم‌ها به علاوه بررسی آنچه در ناحیه مگزیلویشیال است، به شرایط بالینی وابسته است. سیستم‌های کاردیووسکولار و تنفس عموماً قبل از جراحی یا آرام بخشی نیاز به بررسی دارند (باکس ۵-۱)

برای به حداقل رساندن احتمال اینکه بیمار پاسخ غیر دقیق یا ناکافی بدهد و برای قانع کردن سیستم بیمه حمایت گر بیمار و تنظیم پرداخت‌ها Health Insurance portability and accountability act regulation فرم باید شامل جمله‌ای باشد که از محرمانه بودن اطلاعات بیمار اطمینان دهد و یک خط برای نام بردن اشخاصی که بیمار تأیید می‌کند که می‌توانند به اطلاعات دندانپزشکی او دسترسی داشته باشند، مثلاً پزشک خانواده یا سایر متخصصین. باید با روشی در فرم مشخص کرد که بیمار سؤالات 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 ۲-۱: Baseline Health History Database

- ۱- بستری 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 آلرژی (خصوصاً به داروها)
- ۴- شرح دادن عادات مرتبط با سلامت یا اعتیاد مثل استفاده از اتانول، تنباکو و داروهای محرک و همچنین میزان و نوع فعالیت روزانه
- ۵- تاریخ و نتیجه آخرین چک آپ یا ویزیت پزشکی

پاسخ به سؤالاتی که در باکس ۲-۱ نوشته شده (فرم یا 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 خونریزی‌دهنده (شامل استفاده از داروهای آنتی کواگولان و ضد انعقاد)، آسم، بیماری‌های مزمن ریه، هیپاتیت، عفونت‌های قابل انتقال تناسلی (SEXUALLY 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 آلرژی 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 حفره ی دهان و به درجات کمتر روی کل ناحیه مگزیلوفیشیال تمرکز دارد. ثبت نتایج معاینات بالینی باید بصورت توضیحات دقیق باشد نه یک لیست از تشخیص های احتمالی. مثلا اگر پزشک یک ضایعه ی مخاطی با قطر ۵ میلی متر، 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 معاینه ی 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 سنجش های بعدی می باشد. تکنیک اندازه گیری فشار خون و pulse rate در شکل های ۱-۲ و ۱-۳ نشان داده شده است. ارزیابی بالینی بخش های مختلف بدن معمولاً شامل یکی یا تعداد بیشتری از چهار معیار اولیه ی زیر می باشد:

(۱) مشاهده (inspection)

(۲) لمس (palpation)

(۳) دق (percussion)

(۴) سمع (auscultation)

در ناحیه ی دهان و فک و صورت باید مشاهده صورت بگیرد. پزشک باید به پراکندگی و texture موها، قرینگی و نسبت های صورت، حرکات چشم و رنگ ملتحمه، patency بینایی 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 می باشد. (شکل ۱-۴)

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

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

۱- آلرژی به آنتی بیوتیک ها یا مواد بی حسی موضعی

۲- آنژین

۳- استفاده از داروهای ضد انعقاد

۴- اختلالات خونریزی دهنده

۵- شیردهی

۶- مصرف کورتیکوسترئوئیدها

۷- دیابت

۸- murmur قلب (م: صدای جریان خون که ممکن است باعث اختلالات دریچه ای یا افزایش تعداد ضربان باشد و معمولاً درمان نمی خواهد)

۹- هپاتیت

۱۰- افزایش فشار خون

۱۱- وسایل ایمپلنت پروتزی

۱۲- بیماری های ریوی

۱۳- انفارکتوس میوکارد (مثلاً حمله قلبی) myocardial infarction

۱۴- استیوپورز

۱۵- حاملگی

۱۶- بیماری های کلیوی

۱۷- بیماری های روماتیک قلبی (rheumatic heart disease)

۱۸- اختلالات تشنجی

۱۹- بیماری های مقاربتی (STD)

۲۰- سل tuberculosis

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

۱-۱- شرایط جسمانی: تب، لرز، کاهش وزن، خستگی، بی حالی، کاهش اشتها

۲- سر: سردرد، سرگیجه، fainting، dizziness، بی خوابی (insomnia)

۳- گوش ها: کاهش شنوایی Ringing tinnitus، (وزوز گوش)، درد

۴- چشم ها: تاری دید (blurring)، دوبینی (double Vision)، اشک ریزش بیش از حد، خشکی، درد

۵- بینی و سینوس ها: آبریزش بینی، خونریزی از بینی، مشکل در تنفس از طریق بینی، تغییر حس بویایی، درد

۶- ناحیه مفصل تمپورو مندیبولار: درد، صدا، محدودیت حرکت

۷- دهان: درد یا حساسیت دندان، زخم در لب ها مخاط، رستوریشن های ضعیف، گلودرد، خرخر با صدای بلند

۸- گردن: مشکل در بلع، تغییر صدا، درد و stiffness

باکس ۱-۵: 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 کردن خون (هموپتزی) (coughing up blood)



شکل ۱-۲: اندازه گیری فشار خون سیستمیک: کاف با سایز مناسب دور بازوی بیمار محکم بسته می شود که لبه تحتانی آن ۴-۲ سانتی متر بالای فوسای ANTECUBITAL باشد. شریان براکیال 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.

معمولا پزشکان دق را در معاینات توراکس و ابدومن و دندانپزشکی در بررسی دندان ها و سینوس ها به کار می برند.

دندانپزشکان سمع را در اصل برای ارزیابی مفصل تمپورو مندیبولار به کار می برند ولی در ارزیابی سیستم های قلبی، ریوی و گوارشی هم ممکن است از آن استفاده شود (باکس ۶-۱) نتایج ارزیابی مدیکال برای مشخص کردن طبقه بندی فیزیکیال به کار می رود. سیستم های طبقه بندی مختلفی وجود دارد که شایع ترین طبقه بندی مورد استفاده سیستم طبقه بندی وضعیت فیزیکیال ASA است (باکس ۸-۱)

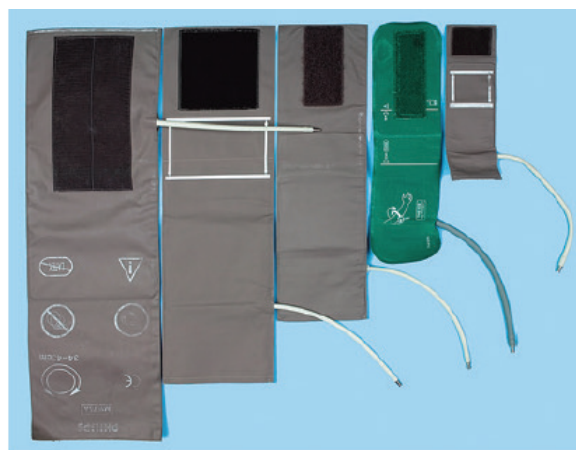
بعد از تخمین کلاس ASA، دندانپزشک می تواند تصمیم بگیرد که آیا می تواند درمان مورد نیاز را بدون خطر و بصورت معمول انجام دهد یا نه. اگر بیمار سالم (کلاس I) یا بیمار تقریبا سالم (کلاس II) نباشد، پزشک عموما یکی از چهار گزینه زیر را برای انتخاب دارد.

۱- تغییر دادن طرح درمان معمول با کاهش میزان اضطراب، تکنیک های دارویی کنترل اضطراب و مانیتورینگ دقیق تر بیمار در هنگام درمان یا مجموعه ای از دو روش (معمولا این مجموعه برای کلاس II ضروری است)

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

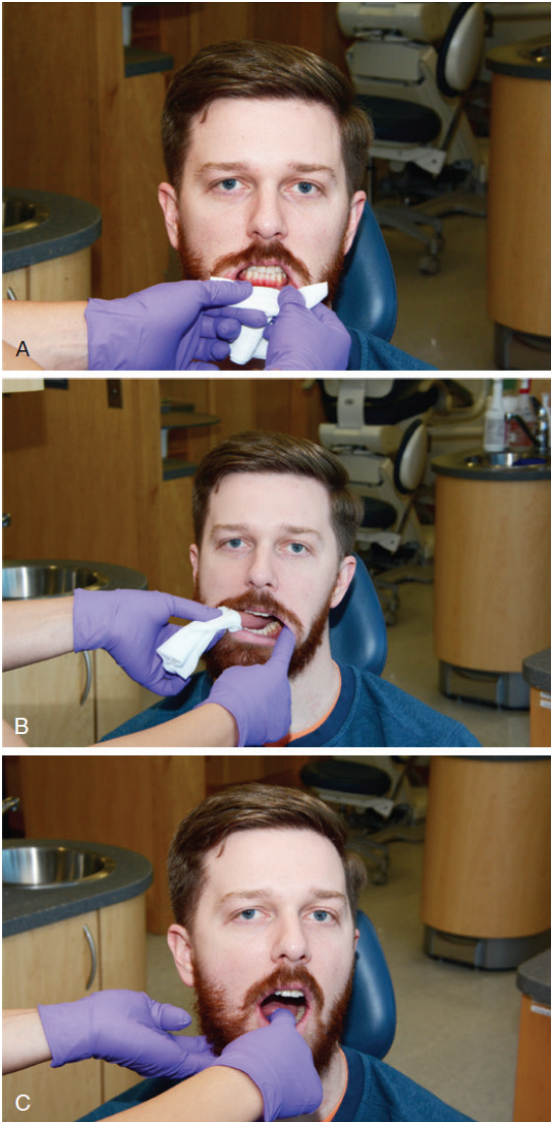
۳- ممانعت کردن از درمان سرپایی بیمار ۴- ارجاع بیمار به جراح دهان و فک و صورت

اگر نبض ضعیف یا ریتم نامنظم در هنگام لمس شریان یافت شد، باید برای بررسی RATE و ریتم قلب، مستقیما 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 ۳-۱: کاف های فشار خون سایزهای مختلف دارد که برای بیماران با قطر بازوهای متفاوت 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 خونسش بالا رفته و قرمز شده) و اگر کاف خیلی بزرگ باشد فشار خون پایین خوانده می شود.

لمس در معاینه عملکرد مفصل تمپورو مندیبولار، سایز و عملکرد غده بزاقی، سایز غده تیروئید، وجود یا غیبت گره های لنفی، 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 لب‌های بالا و پایین (B) به بیمار گفته می‌شود زبانش را بیرون بیاورد و زبان معاینه می‌شود. معاینه کننده زبان را با یک گاز استریل می‌گیرد و به آرامی دستکاری می‌کند تا دور بورد‌های آن معاینه کند. از بیمار خواسته می‌شود دهان را باز کند تا اجازه مشاهده سطح و نترال و کف دهان را بدهد. (C) غده ساب مندیولار به صورت دو دستی (BIMANUALLY) و با تشخیص غده از میان کف دهان و پوست زیر کف دهان مشخص می‌شود.

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

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

مشاهده (inspection)

- ۱- سرو صورت: شکل عمومی، قرینگی، پراکنندگی موها
- ۲- گوش: واکنش طبیعی به صوت (معاینات اتوسکوپیک در صورتی که اندکاسیون دارد)
- ۳- چشم: قرینگی، سایز، واکنش مردمک‌ها، رنگ ملتحمه و اسکلرا، حرکت، تست بینایی
- ۴- دهان: خلط، مخاط، فارنکس، لب‌ها، لوزه‌ها
- ۵- گردن: سایز غده تیروئید، اتساع ورید ژوگولر

لمس palpation

- ۱- مفصل تمپورومندیولار: کرپیتوس، تندرئس
- ۲- پارائازل: درد روی سینوس‌ها
- ۳- دهان: غدد بزاقی، کف دهان، لب‌ها، عضلات جویدن
- ۴- گردن: سایز غده‌ها، تیروئید، لنف‌نودها

دق percussion تشدید صدا (Resonance)

- ۱- پارائازل: در دق روی سینوس‌ها (ارزیابی آن مشکل است)
- ۲- دهان: دندان‌ها

سمع auscultation

- ۱- مفصل تمپورومندیولار: کلیک، کرپیتوس
- ۲- گردن: carotid bruit (یک نوع murmur است که روی کاروتید شنیده می‌شود، شاید بعلت استنوز کاروتید که همراه سایر بیماری‌هاست 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

بیماری‌های ایسکمیک قلب

بیماری‌های ایسکمیک قلب به علت کاهش خونرسانی به عضله قلب می‌باشد. این بیماری‌ها اغلب ناشی از انسداد عروق کرونر، (مثل اترواسکلروز)، می‌باشند 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 معمولاً هنگام

استراحت و در افراد جوان رخ می‌دهد)

نیاز میوکارد به اکسیژن در شرایطی مثل تحرک و ورزش و اضطراب افزایش می یابد. آنژین نشانه‌ای از بیماری ایسکمیک قلبی برگشت پذیر است که زمانی که ذخیره خونی میوکارد نتواند به حدی افزایش یابد که نیاز افزایش یافته اکسیژن را تأمین کند اتفاق می افتد. در نتیجه میوکارد ایسکمیک می شود و باعث ایجاد حس فشار سنگین یا فشردگی در ناحیه ساب استرنال بیمار می شده که می تواند به شانه چپ، بازو و حتی مندیبل 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) معمولاً تحریک فعالیت واگ اتفاق افتاده که باعث تهوع، تعریق و برادیکاردی می شود. ناراحتی بطور معمول به محض پایین آوردن شرایط کار قلب و یا افزایش ذخیره اکسیژن عضله قلب بهبود می یابد.

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

اگر آنژین بیمار فقط در فعالیت های نسبتاً شدید ایجاد می شود و به خوبی به استراحت و تجویز نیتروگلیسرین دهانی پاسخ می دهد، 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 می افتند 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 می شود و یا پاسخ آن به دارو درمانی مشخص نیست) جراحی انتخابی باید تا زمانی که مشاوره پزشکی انجام می شود به تاخیر بیفتد.

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

باکس ۷-۱: خلاصه معاینه مگزیلوفیشیال

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

معاینات روتین

ناحیه تمپورومندیبولار

۱- لمس و سمع مفاصل

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

ناحیه بینی و پاراناژال

۱- سوراخ های بینی به طور جداگانه بسته شوند تا Patency هوا در هر کدام مشخص شود.

۲- مخاط قدامی بینی مشاهده شود.

دهان

۱- کلیه پروتزهای متحرک خارج شوند.

۲- مشاهده حفره دهان به منظور بررسی، مشکلات دندان، ضایعات دهانی، مخاطی، حلقی همچنین به لوزه ها و uvula نیز توجه شود.

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

۴- زبان، لب ها، کف دهان و غدد بزاقی (خروج بزاق را نیز چک کنید) را لمس کنید.

۵- گردن را برای لطف ها و سایز تیروئید لمس کنید.

(ورید ژوگولار را نیز مشاهده کنید)

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

ASA I بیمار نرمال و سالم

ASA II بیمار سیستمیک mild و یا ریسک فاکتور مشخص دارد

ASA III بیماری که بیماری سیستمیک شدیدی دارد اما بیماری باعث ناتوانی وی نمی شود.

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

ASA V بیمار در حال احتضار (Moribund) که انتظار نمی رود 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 می شود. بیشتر در مردان بالای ۴۰ سال و در خانمها پس از سن یائسگی شایع است. پروسه اصلی بیماری، تنگی پیشرونده یا اسپاسم (یا هر دو) یک یا تعداد بیشتری شریان کرونری می باشد. این مسئله باعث عدم تطابق بین نیاز اکسیژن میوکارد و توانایی شریان کرونری برای رساندن اکسیژن می شود.

ایسکمیک یا بای پس جراحی عروق مسدود شده برای تقویت وسکولاریزاسیون مجدد است. به علاوه اگر هر کدام از مسیرهای هدایت اولیه در ناحیه دچار انفارکتوس درگیر 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 ترومبولیتیک بعد کاهش کار قلب و افزایش ذخیره اکسیژن، بعد بای پس و اگر هدایت الکتریکی در گیر بود pace maker) اگر بیمار از چند هفته بعد از MI جان سالم به در ببرد، ناحیه نکروتیک با سائزهای مختلف به تدریج توسط بافت اسکار جایگزین میشود. بافت اسکار توانایی انقباض و یا انتقال مناسب سیگنال‌های الکتریکی را ندارد

باکس ۹-۱: 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

- ملاحظات غیر دارویی کنترل اضطراب
- ۱- اطمینان کلامی دادن به بیمار بصورت مداوم
 - ۲- مکالمه ای که حواس بیمار را پرت کند
 - ۳- قبل از انجام هرکاری 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

بعد از جراحی

- ۱- دادن دستورالعمل‌های کوتاه و روشن برای مراقبت پس از عمل
- ۲- به بیمار درخصوص مشکلات پیش بینی شده پس از عمل اطلاع داده شود (مثلاً 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 ۹-۱) بی حسی موضعی عمیق بهترین راه کاهش اضطراب بیمار است. اگرچه درخصوص استفاده از بی حسی موضعی در بیمار مبتلا به آنژین اختلاف نظر کنتراورسی وجود دارد (مثلاً بی حسی طولانی مدت را با غلظت زیاد) مزایای آن بیشتر از خطرات آن است. به هر حال باید مواظب 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 بی حسی 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 نیتروز اکساید 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 ۱۰-۱)

قراردادن کاتترهای balloon-tipped به درون شریان‌های کورونری باریک شده به هدف ایجاد مجدد جریان خون کافی و باز کردن شریان‌های استنت گذاری شده، متداول شده است. اگر آنژیوپلاستی 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 سلولار و مرگ سلول 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 ناحیه ای که معمولاً دارای ایسکمی قابل برگشت است احاطه می‌شود. این ناحیه بعنوان کانون دیس ریتمی عمل می‌کند. در طی ساعت و هفته‌های اولیه پس از MI اگر درمان ترومبولیتیک 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 مقادیر مناسب بی‌حسی موضعی حاوی اپی نفرین، با تکنیک آسپیراسیون تزریق شود خطری ندارد. علائم حیاتی باید در حین عمل مونیتر شوند. (باکس ۱۱-۱)

در کل، به جز جراحی‌های مازور دهان، بیمارانی که coronary Artery Bypassing graft (CABG) داشته‌اند، به روش مشابه بیمارانی MI درمان می‌شوند.

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

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

باکس ۱۱-۱: مدیریت بیمار با سابقه MI

- ۱- مشاوره با پزشک (primary care بیمار)
- ۲- اگر قبل از گذشت ۶ ماه از زمان MI درمان تهاجمی دندانپزشکی لازم است با پزشک بیمار چک شود
- ۳- بررسی کنید آیا بیمار داروی ضد انعقاد مصرف می‌کند (آسپرین)
- ۴- از پروتکل کاهش اضطراب استفاده کنید
- ۵- نیتروگلیسرین در دسترس باشد. در صورتی که پزشک بیمار تجویز کرده، پروفیلاکتیک استفاده شود
- ۶- تجویز اکسیژن مکمل (optional)
- ۷- ایجاد بی‌حسی موضعی عمیق
- ۸- تجویز نیتروز اکساید در نظر گرفته شود
- ۹- علائم حیاتی بیمار مونیتر شود و تماس کلامی با بیمار حفظ شود
- ۱۰- محدودیت مصرف اپی نفرین با دوز اپی نفرین ۰/۰۴ میلی گرم مدنظر باشد
- ۱۱- ارجاع بیمار به جراح دهان و فک و صورت مدنظر باشد.

Cerebrovascular accident (stroke)

بیمارانی که CVA داشته‌اند همیشه مستعد عوارض نورواسکولار دیگری نیز هستند. این بیماران معمولاً داروهای آنتی‌کوآگولان (ضد انعقاد) و یا ضد پلاکت مصرف می‌کنند که براساس علت ایجاد بیماری است. اگر فشار خون بالا داشته باشند داروهای کاهنده فشار خون مصرف می‌کنند.

CVAها بصورت معمول نتیجه لخته‌های ایجاد شده به دنبال فیبرینولایسین دهلیزی، ترومبوز به دنبال شرایط Hypercoagulable یا وریدهای استنوتیک هستند.

باکس ۱۰-۱: 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 بی‌حسی 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 (۰/۰۴ 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 می‌شود.

توصیه می‌شود که جراحی‌های الکتیو مازور تا حداقل ۶ ماه بعد از انفارکتوس به تعویق انداخته شوند.

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

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

به علاوه بسیاری از درمان‌های دندانپزشکی را هم در صورتی که پزشک بیمار در مشاوره اجازه آن را بدهد می‌توان 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 HCM (CHF) تلاش شود.

بیماری که MI کرده معمولاً آسپرین یا دیگر داروهای آنتی پلاکت یا ضد انعقاد را برای کاهش ترومبوز کرونری مصرف می‌کند. جزئیات مصرف این داروها برای تصمیم‌گیری 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 می‌توان مد نظر داشت ولی معمولاً غیر ضروری است. نیتروگلیسرین پروفیلاکتیک فقط در صورتی که توسط پزشک بیمار گفته شده باشد تجویز می‌شود ولی باید در دسترس

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 یا 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 پیشنهادهی پیشگیری در فصل ۸ ذکر شده است.

اختلال احتقانی قلب (کاردیومیوپاتی هیپرتروفیک) (congestive Heart failure Hyper trophic cardiomyopathy) (CHF) (HCM) 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 وادم مچ 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) اتفاق می‌افتد. بار قلب افزایش می‌یابد و برای کنترل preload 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 بالش زیر سر خودشان می‌گذارند.

(PND PAROXAYSMAL Nocturnal) (تنگی نفس حمله‌ای شبانه)

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

در مواردی که بیمار stroke امبولیک یا ترومبوتیک 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 امبولیک و ترومبولیتیک: 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 انداختن 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 غلظت 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 ایмпالس (impulse initiation) یا انتشار ایмпالس (impulse propagation) آغاز می‌شود. دیس ریتمی در بیمار ممکن است در نتیجه تاریخچه‌ای از بیماری‌های مزمن سیستمیک مثل بیماری قلبی قلبی، جراحی قلب باز، اختلالات دریچه‌ای (valvopathy)، بیماری‌های تیروئید، سندرم متابولیک، اختلالات الکترولیت و یا به صورت ایدیوپاتیک رخ دهد.

فیبریلاسیون 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 در د و اضطراب حین عمل متعادل شود.

بعلاوه 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 الکتروکوتر و میکروویو نباید استفاده شوند.

باکس ۱۲-۱: 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 بیفتد.
- 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 واقعا 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 تسریع کننده، تناوب و شدت حملات، داروهای مورد استفاده و پاسخ به داروها سؤال می‌شود.

شدت حملات اغلب با نیاز به ویزیت اورژانس و بستری در بیمارستان اندازه‌گیری شده و از این بیماران باید بخصوص در مورد آلرژی به آسپرین سؤال 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 ازگانتین مثل تئوفیلین، کورتیکواستروئید استنشاقی یا دوره‌های کوتاهی از کورتیکواستروئید 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 آمین‌های مقلد سمپاتیک مثل اپی نفرین یا متاپروتنول (Metaprotrenol) به فرم آئروسول را همراه خود دارند که در هنگام ایجاد ویزینگ استفاده می‌کنند.

آگونیست‌های بتا آدرنژیک استنشاقی مثل آلبوترول، معمولا برای اپیزودهای حاد برونکواسپاسم تجویز می‌شوند تا برونکودیلاسیون 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 تحتانی که همیشه به شکل تورم پا، زانو یا هردو خود را نشان می‌دهد به علت افزایش مایع بینابینی است. تجمع این مایع معمولا در نتیجه هر مشکلی که باعث افزایش فشار وریدی یا کاهش پروتئین سرم شود و یا مقادیر اضافی پلاسما را وادار 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، معمولا 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 آدرنژیک یا آنتاگونیست‌های کانال کلسیم برای کنترل میزان کار قلب، مصرف می‌کنند.

به علاوه بیماران دچار فیبریلاسیون دهلیزی مزمن ایجاد شده به علت HCM معمولا 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 تأخیر بیفتد، یا جراحی در بیمارستان انجام شود (باکس، ۱۲-۱).

دچار اختلال می شوند، خصوصیات الاستیک خود را از دست می دهند و بعلت ادم مخاطی، ترشحات بیش از حد و برونکواسپاسم بسته می شوند که تظاهرات COPD را ایجاد می کند. بیماران مبتلا به COPD مکرراً 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 بشکله 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 هیپرتنشن ریوی همراه و حتی اختلال سمت راست قلب شود.

برونکودیلاتورهایی مثل تتوفیلین، بتا آگونیست های استنشاقی یا آنتی کولینرژیک های استنشاقی معمولاً 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، مخدرها 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. بر خلاف بیماران سالم که در آنها افزایش سطح دی اکسید کربن شریانی محرک اصلی تنفس است، بیمار COPD با سطوح بالای CO₂ شریانی سازگار شده است و برای تحریک تنفس وابسته به کاهش سطوح اکسیژن خون شریانی است. اگر غلظت O₂ 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 برونکواسپاسم 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 بیفتد. 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 خطری ندارد و بخصوص در بیمارانی که آسم آنها با اضطراب تشدید می شود کاربرد دارد. نیترواکساید می تواند درجاتی از اثر برونکودیلاتوری ملایم داشته باشد.

اسپری تنفسی خود بیمار، موقع جراحی باید در دسترس باشد و داروهای مثل اپی نفرین تزریقی، تتوفیلین، 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 ۱۳-۱: مدیریت بیمار دچار آسم

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

بیماری انسدادی مزمن ریوی (COPD)

Chronic obstructive pulmonary disease

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

سابقاً 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 معمولاً به علت اکسپوز طولانی مدت به محرک هایی مثل دود تنباکو، که باعث متاپلازی راه هوایی تنفسی می شود ایجاد می شود. راههای هوایی ملتهب و

هنگام دیالیز را می دهد و بیمار هم در بهترین شرایط فیزیولوژیک خودش باتوجه به حجم اینترواسکولار و محصولات متابولیک است. داروهایی که متابولیسم یا دفع کلیوی دارند نباید به کار بروند و یا باید در دوزهای تغییر داده شده (تعدیل 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. بخاطر 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 رادیولوژی های 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 کورتیکو استروئید مکمل داشته باشند اکثر این بیماران ایمنوساپرسیو مصرف می کنند که از طرف دیگر می تواند عفونت های خود محدود شونده را تشدید کند. بنابراین کاربرد مهاجمانه ی 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 ایمنو ساپرسیو تجویز شده بعد از پیوند اعضا می تواند باعث هیپرپلازی لثه شود. دندانپزشک باید این مسأله را به یاد داشته باشد تا هیپرپلازی لثه 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 (۱-۱۶) باید با پزشک بیمار مشاوره شود.

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

- ۱- تا زمان بهبود عملکرد ریوی درمان به تأخیر بیفتد
- ۲- سمع دو طرفه قفسه سینه با گوشی پزشکی انجام شود تا کفایت صداهای تنفسی مشخص شود.
- ۳- استفاده از پروتکل کاهش اضطراب ولی اجتناب از مصرف دپرسانت های 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 در نظر 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 برونکودیلاتور در دسترس باشد.
- ۸- تعداد تنفس و تعداد ضربان قلب به دقت مونیتور شود
- ۹- ملاقات بیمار در بعد از ظهر گذاشته شود تا اجازه کاهش ترشحات داده شود.

باکس ۱۵-۱: 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 تعدیل شود. از شانت شریانی و ریدی برای تزریق دارو یا گرفتن نمونه خون استفاده نشود.
- ۲- از داروهای نفروتوکسیک و NSAID اجتناب شود.
- ۳- درمان دندانپزشکی تا روز بعد از دیالیز به تأخیر بیفتد.
- ۴- در مورد پروفیلاکسی آنتی بیوتیک با پزشک بیمار مشاوره شود.
- ۵- فشار خون و تعداد ضربان قلب بیمار مونیتور شود.
- ۶- علائم هیپرپاراتیروئیدیسم 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 و ریدی 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 دستگاه های دیالیز بدون لخته شدن را می دهد. دندانپزشک هرگز نباید از شانت برای دسترسی و ریدی استفاده کند مگر در اورژانس های تهدید کننده حیات. کاف فشار خون هرگز نباید روی بازویی که شانت شریانی و ریدی 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 ۱۶-۱: مدیریت بیماران با پیوند کلیه

- ۱- درمان تا زمانی که پزشک مراقبت اولیه بیمار یا جراح پیوند اجازه دهد، به تأخیر بیفتد.
- ۲- از کاربرد داروهای نفروتوکسیک اجتناب شود
- ۳- استفاده از کورتیکوستروئید مکمل مدنظر قرار گیرد
- ۴- فشار خون مونیتور شود
- ۵- درخصوص غربالگری ویروس هپاتیت B قبل از درمان دندانپزشکی دقت شود. در صورت نبودن امکان غربالگری ملاحظات لازم مدنظر قرار گیرد
- ۶- هیپرپلازی لثه 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 گیرد مدنظر باشد.

باکس ۱۷-۱: 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 ۰/۰۴ میلی گرم 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 بیفتد.
- 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 اتانول، احتقان عروقی یا صفراوی قبل از جراحی دهان نیاز به ملاحظات ویژه دارند. تغییر دوز یا اجتناب از داروهای متابولیسیم 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 یا INR در بیماران دارای اختلال شدید کبدی بخصوص آنهایی که تحت جراحی که پتانسیل خونریزی وسیع دارد قرار می گیرند، سودمند است. پرفشاری ورید پورت که در بیماری های کبدی ایجاد می شود میتواند باعث هیپراسپلنسیسم و از دست رفتن پلاکت ها و ایجاد ترومبوسیتوپنی نسبی شود. ترومبوپوئیتین 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 متابولیزه کردن نیتروژن موجود در خون بلعیده شده است که می تواند سبب انسفالوپاتی بشود.

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.

افزایش فشار خون (Hypertension)

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

هیپرتنشن Mild یا Moderate ($110 \text{ mmHg} < \text{diastolic pressure}$) 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 مدیکال بگیرد.

جراحی الکتیو دهان برای بیماران دچار هیپرتنشن شدید $\text{cystolic pressure} \geq 200 \text{ mmHg}$ / $\text{diastolic pressure} \geq 110 \text{ mmHg}$ 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 گلوکز خون را علیرغم استفاده از مقیاس‌های درمانی معمول حفظ کند. هیپرگلیسمی شدید در بیمار مبتلا به دیابت نوع II به ندرت باعث ایجاد کتواسیدوز می‌شود ولی باعث وضعیت هیپروسمولار می‌شود که باعث تغییر سطح هوشیاری می‌شود.

هیپرگلیسمی کوتاه مدت mild-to-moderate معمولاً مشکل واضحی برای بیمار ایجاد نمی‌کند، پس در هنگام طرح ریزی جراحی دهان بهتر است اگر خطایی صورت می‌گیرد به سمت هیپرگلیسمی باشد. بهترین کار اجتناب از دوز بیش از حد انسولین و همین‌طور تجویز گلوکز دهانی است. درمان‌های جراحی سرپایی باید در ابتدای روز انجام شوند و از پروتکل کاهش اضطراب استفاده شود. صحبت با پزشک مراقبت اولیه بیمار لازم است اگر رژیم دارویی بیمار نیاز به ادجاست دارد، هم چنین تغییرات غذایی در روز جراحی باید بلافاصله بعد از 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 وریدی گلوکز دهانی باید تجویز شود. بصورت ایده‌آل باید گلوکومتر الکترونیکی در مطب وجود داشته باشد که فوراً افتادن قند خون را اندازه بگیرد. باید به بیمار گفته شود که گلوکز سرم را به صورت دقیق در ۲۴ ساعت بعد از جراحی اندازه‌گیری کند و انسولین را باتوجه به آن ادجاست کند.

چنانچه بیمار باید یک وعده غذایی را قبل از جراحی نخورد، هرگز انسولین صبحگاهی را نباید بزند و فقط زمانی که قادر به دریافت کالری باشد دوز انسولین را بگیرد. انسولین رگولار باید استفاده شود که دوز آن بسته به گلوکز سرم است و دقیقاً توسط پزشک مشخص می‌شود.

به محض اینکه به الگوهای رژیمی و فعالیت فیزیکی روزمره و عادی بازگشت رژیم معمول انسولین را می‌توان آغاز کرد بیمار با دیابت با کنترل خوب مانند فرد غیرمبتلا مستعد عفونت می‌باشد ولی مشکلات بیشتری در مهار عفونت دارد. این مسئله به علت تغییر عملکرد لکوسیت‌ها و یا سایر فاکتورهایی که روی توانایی بدن برای کنترل عفونت تأثیر می‌گذارند است. مشکل در مهار عفونت در بیمار دچار دیابت با کنترل ضعیف مشهودتر است.

جراحی اکتیو دهان باید تا زمان کنترل بیماری در بیمار مبتلا به دیابت کنترل نشده به تعویق بیفتد.

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 تعدیل دوز انجام شود.
- ۳- بیمار دچار بیماری شدید کبدی از لحاظ اختلالات خونریزی دهنده بررسی شود و تست‌های شمارش پلاکت (PTT), partial thromboplastin time (BT), bleeding time (PT) انجام شود.
- ۴- از شرایطی که بیمار در آن ممکن است مقادیر زیادی خون ببلع‌دلوگیری شود

اختلالات اندوکراین

دیابت ملیتوس

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

گلوکز سرم در حدی بالا می‌رود که جذب مجدد کل گلوکز توسط کلیه انجام نمی‌شود و گلوکز اوری ایجاد می‌شود. اثر اسموتیک گلوکز حل شده باعث پل‌ی اوری می‌شود که خودش باعث تحریک تشنگی و ایجاد پلی دیسپیا (= مصرف مکرر مایعات) می‌شود.

متابولیسم کربوهیدرات‌ها تغییر می‌کند که باعث تجزیه چربی‌ها و ساخت کتون بالا می‌شوند.

به دنبال آن می‌تواند 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 می‌شود و بالعکس.

بیماران مبتلا به دیابت نوع II معمولاً انسولین می‌سازند 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 می‌شود و با چاقی بدتر می‌شود معمولاً نیازی به انسولین ندارد. این نوع دیابت با کنترل وزن، محدودیت غذایی و استفاده از فاگوگلیسمیک‌های دهانی درمان

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

- ۱- جراحی تا زمانی که دیابت به خوبی کنترل شده باشد به تعویق بیفتد. با پزشک بیمار مشاوره کنید
- ۲- ملاقات، صبح زود باشد و طولانی نباشد
- ۳- از پروتکل کاهش اضطراب استفاده کنید ولی تکنیک های آرام بخش عمیق در بیمار سرپایی به کار نرود
- ۴- پالس، تنفس و فشار خون بیمار، قبل در هنگام و پس از جراحی مونیتر 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، در پی می شود.
- ۷- اگر می تواند غذا بخورد، صبحانه 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 نگرند.
- 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 بیندازید
- ۲- ملاقات در ابتدای صبح باشد و از ملاقات های طولانی مدت اجتناب شود
- ۳- از پروتکل کاهش اضطراب استفاده شود
- ۴- پالس، تنفس و فشار خون بیمار قبل، در حین و بعد از جراحی مونیتر 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، صبحانه 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 پروتکل کاهش اضطراب دارند. بنابراین کورتیکواستروئید مکمل برای اکثر کارهای دندانپزشکی لازم نیست. دندانپزشک باید به دقت بیمار را برای هرگونه علامت و نشانه بحران آدرنال مونیتر کند عمل های پیچیده تر مثل جراحی ارتوگناتیک نیاز به کورتیکواستروئید 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. دراین 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
	Lente	8-12	24
Long (L)	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، هیپرپیگمانتاسیون پوست و مخاطات است. شایعترین علت عدم کفایت آدرنال درمان مزمن با کورتیکواستروئیدهاست (عدم کفایت ثانویه آدرنال) اغلب بیماری که به طور منظم کورتیکواستروئید مصرف می کند moonface (back) buffalo hump و پوست نازک ترنس لوسنت دارد. ناتوانی آنها برای افزایش سطوح کورتیکواستروئید اندوژن، در پاسخ به استرس فیزیولوژیک ممکن است باعث شود که دچار افت فشار خون، سنکوپ، 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 با شناسایی افزایش میزان هورمونهای تیروئید موجود در گردش خون صورت می گیرد که برایشان آزمایش نوع مستقیم و غیر مستقیم وجود دارد.

بیماران تیروتوکسیک معمولاً با داروهایی که سنتز و آماده سازی هورمونهای تیروئید را بلاک می کنند، تیروئیدکومی یا هردو، درمان می شوند. بیمارانی که درمان نمی شوند یا به طور کامل درمان نمی شوند کریزهای تیروتوکسیک دارند که با آسازای ناگهانی مقادیر زیاد هورمونهای تیروئید فعال ایجاد می شود. علائم اولیه بحران تیروتوکسیک شامل بیقراری (restlessness)، تهوع (nausea)، کرمپ شکمی است. علائم و نشانه های بعدی، تب بالا، تعریق بیش از حد (diaphoresis)، تکیکاردی و در نهایت نارسایی قلبی است، بیمار دچار اختلال هوشیاری و کاهش پاسخ دهی به حرکات (stupor) و افت فشار خون می شود و در صورت عدم درمان می میرد.

دندانپزشک باید قادر باشد هیپرتیروئیدیسم ناشناخته را از روی تاریخچه پزشکی و معاینه دقیق کشف کند. اگر شک به هیپرتیروئیدیسم شدید وجود دارد نباید 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 می توان 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 بی حسی حاوی اپی نفرین) در صورتی که مشکوک به درمان شدن کامل بیمار باشیم نباید استفاده شوند (باکس ۲۱-۱)

هیپوتیروئیدیسم

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

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

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

اگر بیمار هم اکنون کورتیکوستروئید مصرف می کند:
۱- از پروتکل کاهش اضطراب استفاده شود
۲- پالس، فشار خون بیمار قبل، در طول و بعد از جراحی مونیتور شود
۳- به بیمار دستورالعمل داده شود که دوز روزانه مصرفی خود را در روزهای قبل از عمل، روز عمل و بعد از عمل دو برابر کند
۴- در روز دوم بعد از عمل، به بیمار گفته شود که به دوز استروئید معمول برگردد.
اگر بیمار در حال حاضر کورتیکوستروئید مصرف نمی کند ولی حداقل ۲۰ میلی گرم در روز هیدروکورتیزون یا معادل آن را به مدت بیشتر از ۲ هفته در یک سال مصرف کرده است
۱- از پروتکل کاهش اضطراب استفاده شود
۲- پالس و فشار خون، قبل در طول و بعد عمل مونیتور شود
۳- به بیمار گفته شود که ۶۰ میلی گرم هیدروکورتیزون یا معادل آن، روز قبل از عمل و روز عمل بخورد یا این که دندانپزشک ۶۰ میلی گرم هیدروکورتیزون یا معادل آن را بصورت وریدی به بیمار تزریق کند
۴- در روز اول پس از عمل باید ۴۰ میلی گرم و در ۳ روز بعد از آن ۲۰ میلی گرم شود. می توان مصرف کورتون را ۶ روز بعد از جراحی قطع کرد.

روزهای بعد از جراحی

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

باکس ۲۱-۱: مدیریت بیمار دچار هیپرتیروئیدیسم

۱- جراحی تا زمان کنترل مناسب اختلال عملکرد تیروئید به تعویق بیفتد
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 دندانپزشکی 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 تری یدوتیروزین و تیروکسین در گردش خون است که مکرراً به علت بیماری گریوز، گواتر مولتی ندولر یا آدنوم تیروئید رخ می دهد. تظاهرات زود هنگام افزایش تولید هورمون تیروئید شامل موه های نرم و شکننده، هیپرپیگمنتاسیون پوست، تعریق بیش از حد، تکیکاردی، تپش قلب، کاهش وزن و عدم ثبات عاطفی و احساسی است.

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

مشکلات هماتولوژیک

کوآگولوپاتی‌های وراثتی (Hereditary coagulopathies)

بیماران مبتلا به اختلالات ارثی 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 سؤال 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 لابراتواری کوآگولاسیون 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 PT از INR 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 A, C, B بیماری von wilbrand معمولاً با تجویز حین عمل فاکتورهای انعقادی تغلیظ شده یا دسموپرسین desmopressin 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 حداقل ریسک انتقال بیماری‌ها را داشته باشند.

مشکلات پلاکت‌ها ممکن است کیفی یا کمی باشد. مشکلات کمی ممکن است دوره ای 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 بیندازد.

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 انداخت.

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

سود و زیان تغییر دادن رژیم دارویی بیمار در مقابل مشکلات پس از جراحی سنجیده می‌شود. بی‌حسی موضعی با اینفیلتراسیون 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 ۲۲-۱) 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 کاردیوواسکولار مثل فیبرینولاسیون دهلیزی یا MI دارند، کسانی که تاریخچه قلبی شرایط افزایش انعقاد خون به صورت ارثی یا اکتسابی دارند مثل امبولی ریوی راجعه و ترومبوز وریدهای 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.

شود. اگر ۲-۳ باشد، معمولاً انعقاد کافی برای جراحی همراه با روش های کمکی فراهم می کند.

اگر PT کماکان بیشتر از ۳ برابر INR باشد جراحی تا زمانی که این کسر به ۳ برسد به تعویق می افتد.

زخم های جراحی باید با مواد ترومبوژنیک پانسمان شوند و به بیمار دستورات لازم در خصوص نگهداری از لخته داده شود. درمان وارفارین روز جراحی از سر گرفته شود. پیشرفت های جدید در مهار کننده های مستقیم و غیر مستقیم Xa، درمان ضد انعقادی را برای اکثر بیماران در دسترس تر کرده است. این داروها نیاز به بررسی لابراتواری 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 جراحی های معمول دهان ضرورت ندارد) میتوان از روش های کمکی برای بدست آوردن، حفظ هموستاز استفاده کرد.

قطع هرگونه داروی ضد انعقاد یا آنتی پلاکت نباید به سادگی انجام شود. در اکثر جراحی های روتین خونریزی پیش بینی شده هنگام جراحی بصورت معمول با تکنیک های هموستار کمکی کنترل می شود. البته در صورتی که تست های لابراتواری در حد مقادیر درمانی باشند.

به دنبال هر نوع جراحی، پاسخ التهابی طبیعی، که شرایط مستعد هیپرکواگولوپاتی بصورت لوکال و سیستمیک را تقویت می کند ایجاد می شود که می تواند بیمار را در معرض افزایش ریسک تشکیل لخته مثل stroke امبولی ریوی و MI قرار دهد.

اختلالات نورولوژیک

اختلالات تشنجی

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

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

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

- ۱- تا زمان مشاوره با هماتولوژیست، در خصوص درمان بیمار، جراحی به تعویق بیفتد
- ۲- تست های انعقادی اصلی (BT, PTT, PT) شمارش پلاکت ها) و غربالگری هپاتیت در صورتی که اندیکاسیون دارد انجام شود.
- ۳- برنامه ریزی جراحی طوری باشد که هرچه زودتر پس از استفاده از اصلاح انعقادی انجام شود (بعد از ترانسفیوژن پلاکت، جایگزینی فاکتور، تجویز آمینوکاپروئیک 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- راه های جلوگیری از جابجایی لخته به بیمار گفته شود و همچنین 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 هموستاز بعد جراحی باید سبک و سنگین شوند. این تصمیم باید با مشاوره با پزشک بیمار گرفته شود.

داروهایی مثل دوز پایین آسپرین معمولاً برای جراحی های معمول نیازی به توقف استفاده ندارند. در بیماری که هپارین مصرف می کند می توان جراحی را پس از گذشت زمان لازم برای غیر فعال 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 می کند و در شرایط اورژانس که نمی توان تا غیر فعال شدن هپارین صبر کرد، کاربرد دارد.

بیماران نیازمند جراحی دهان که وارفارین مصرف می کنند از همکاری نزدیک پزشک و دندانپزشک سود می برند و مقیاس درمانی مورد نیاز برای بیشتر مشکلاتی که برای درمان آنها از وارفارین استفاده می شود 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 ضد انعقادی وارفارین چند روز بعد از تغییر دادن دوز طول می کشد.

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

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

اتانولیسیم (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 معتمدان الکل دارند و باید در دندانپزشکی به آن توجه شود عدم کفایت کبد 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. معتمدان الکل اگر شدیداً مصرف الکل را کاهش داده باشند در دوره قبل از عمل، دچار سندرم 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 ندرتا رفتار متوهمانه (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 ۲۳-۱: بیمارانی که آسپرین یا سایر داروهای مهارکننده پلاکت دریافت می‌کنند

- ۱- درخصوص بی‌خطر بودن قطع داروها به مدت چند روز با پزشک بیمار مشاوره کنید
- ۲- جراحی تا ۵ روز پس از قطع داروهای مهارکننده پلاکت به تاخیر 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 جراحی بود)
- بیمارانی که وارفارین (کومادین) مصرف می‌کنند:
 - ۱- درخصوص بی‌خطر بودن رسیدن PT به ۳-۲ INR 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 ۳/۱ است جراحی انجام شود و به مرحله رجوع کنید
 - (b) اگر PT/INR بیشتر از ۳ است به مرحله ۴ بروید
 - ۴- وارفارین را حدوداً دو روز قبل از جراحی قطع کنید
 - ۵- PT/INR 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 برید
 - ۷- وارفارین را روز جراحی شروع کنید
- بیمارانی که هپارین دریافت می‌کنند:
 - ۱- با پزشک بیمار درخصوص بی‌خطر 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 ۲۴-۱: 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 بی‌حوصلگی و خستگی در بیمار استفاده کنید

شناخته شده خطر روی جنین انسانی توسط دارویی خاص، ایجاد شده. قبل از تجویز دارو به خانم باردار کلینسین باید دقت کند که داروی تجویز شده در گروهی که ریسک قابل قبول دارد قرار گرفته باشد (باکس ۲۷-۱)

بارداری می تواند از نظر احساسی و فیزیولوژیک استرس زا باشد، لذا پروتکل کاهش اضطراب پیشنهاد می شود. علائم حیاتی بیمار، باتوجه ویژه به هرگونه افزایش فشار خون، (علامت احتمالی پره اکلامپسی) کنترل شود. بیماری که در اواخر بارداری، است شاید positioning خاص در صندلی در هنگام کار نیاز داشته باشد که به علت این است که در وضعیت سوپاین کامل محتویات رحم ممکن است روی وریداجوف تحتانی (اینفریور وناکاوا) فشار وارد کنند و باعث ایجاد اختلال در بازگشت عروقی و به دنبال آن کاهش برونده قلبی شوند. شاید نیاز باشد بیمار در وضعیت more Upright باشد یا اینکه تنه اندکی به سمت چپ بچرخد. باید در فواصل زمانی به بیمار اجازه داد که ادرار کند، بخصوص در ماه های آخر که فشار جنین روی مثانه وارد می شود. قبل از انجام هرگونه مشاوره جراحی در بیمار حامله باید با متخصص زنان مشاوره شود.

باید در خانم های باردار پس از زایمان، خصوصا اگر تغذیه با شیر مادر دارند، ملاحظاتی در نظر گرفته شود، باید از داروهایی که قابلیت ترشح در شیر مادر را دارند و توان بالقوه آسیب رساندن به نوزاد را دارند اجتناب شود. (گایدلاین ها ممکن است توسط متخصص اطفال مشخص شود) اطلاعات در مورد بعضی از داروها در جدول ۲-۱ آورده شده است. در کل تمام داروهای به کار رفته در جراحی های دهان، در دوزهای متوسط بی خطر هستند. موارد استثنا شامل:

کورتیکواستروئیدها، آمینوگلیکوزیدها و تتراسایکلین که نباید به کار بروند.

سودمند است. در بیمارانی که می توان 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- تصویر برداری دندان، 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. می توان یک سری کارهای ابتدایی هم برای به تأخیر انداختن انجام داد.

به هر حال اگر نمی توان جراحی را به تعویق انداخت، باید تلاش کرد تا حداقل اکسپوزر جنین به تراتوژن ها اتفاق بیفتد. در مورد تصویر برداری، استفاده ازپیش بندهای محافظتی و فیلم های پری اپیکال و دیجیتال فقط از نواحی که قرار است جراحی بشوند این هدف را تأمین می کند (شکل ۵-۱) 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، بوپیواکائین، استامینوفن، کدئین، پنی سیلین و سفالوسپورین ها. NSAIDs مثل آسپرین و ایبوپروفن 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 زود هنگام داکتوس آرتریوس شوند. نیتروژاکساید نباید در سه ماهه اول تجویز شود ولی در صورت لزوم می تواند در سه ماهه دوم و سوم، در حالی که با حداقل ۵۰ درصد اکسیژن و با مشاوره متخصص زنان انجام بشود به کاربرد (باکس ۲۵-۱ و ۲۶-۱)

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 ۲۵-۱: مدیریت بیمار باردار

۱- اگر ممکن است جراحی را تا زمان زایمان به تأخیر بیندازید.
 ۲- اگر نمی شود جراحی را به تأخیر انداخت باید با متخصص زنان مشاوره شود.
 ۳- رادیوگرافی دندان‌های اخذ نشود مگر اینکه کسب اطلاعات درخصوص ریشه های دندان یا استخوان برای کار مناسب ضروری باشد. اگر ضروری است که رادیوگرافی گرفته شود از شیلدهای سربی مناسب استفاده کنید.
 ۴- از به کار بردن داروهای دارای اثرات تراژونیک خودداری کنید. اگر استفاده از بی حسی ضروری است از local استفاده کنید.
 ۵- اگر از نیتروز اکساید استفاده می شود، حداقل ۵۰ درصد اکسیژن بدهید. در سه ماهه اول اصلاً به کار نبرید.
 ۶- از قرار دادن بیمار در وضعیت سوپاین به مدت طولانی اجتناب کنید تا از کمپرسن و اناکاوای تحتانی جلوگیری شود
 ۷- به بیمار اجازه رفتن به دست شویی هر چند بار که لازم است را بدهید.

باکس ۲۶-۱: طبقه بندی داروها باتوجه 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 کلاً 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، ابنورمالیته های جنینی را نشان داده اند یا شواهدی از خطر برای جنین براساس تجربیات انسانی وجود دارد. (یا هر دو) 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.