

# اورژانس‌های پزشکی در مطب دندانپزشکی

مالاتد ۲۰۲۳ (۱۴۰۲)

Medical Emergencies in the Dental Office (eight edition 2023)

نویسنده

Stanley F. Malamed

مترجم و مؤلف:

دکتر مسعود یغمائی

استاد پژوهشکده و جراحی دهان، فک و صورت

دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

Masoud Yaghmaei DMD, OMFS (Graduate university of Connecticut 1981)

Professor of Research institute , Oral & Maxillofacial Surgery Department , School of Dentistry ,

Shahid Beheshti university of Medical Sciences

|                     |   |
|---------------------|---|
| سرشناسه             | : مالامد، استنلی، ۱۹۴۴ - م. Malamed, Stanley F.   |
| عنوان و نام پدیدآور | : اورژانس‌های پزشکی در مطب دندانپزشکی مالامد ۲۰۲۳ (= (۱۴۰۲) [مدنسیوز] Medical Emergencies in the Dental Office (eight edition 2023)<br>استانلی ف. مالامد، دانیل ال اور، تیموتی ام اور؛ مترجم و مؤلف مسعود یغمائی. |
| مشخصات نشر          | : تهران: شایان نمودار، ۱۴۰۱.  |
| مشخصات ظاهری        | : ۷۱۶ص: مصور، جدول، نمودار.   |
| شابک                | : ۹۷۸-۹۶۴-۲۳۷-۶۹۳-۳   |
| وضعیت فهرست نویسی   | : فیپا  |
| یادداشت             | : عنوان اصلی: [2023]. Medical emergencies in the dental office, 8th. ed.  |
| موضوع               | : اورژانس — دستنامه‌ها، Medical emergencies — Handbooks, manuals, etc. دندانپزشکی اورژانس — دستنامه‌ها،<br>Dental emergencies — Handbooks, manuals, etc   |
| شناسه افزوده        | : اور، دانیل ال.  |
| شناسه افزوده        | : Orr, Daniel L., II  |
| شناسه افزوده        | : اور، تیموتی ام.   |
| شناسه افزوده        | : Orr, Timothy M  |
| شناسه افزوده        | : یغمائی، مسعود، ۱۳۲۹ - مترجم   |
| رده بندی کنگره      | : RC۸۶/۸  |
| رده بندی دیویی      | : ۶۱۶/۰۲۵-۲۴۶۱۷۶  |
| شماره کتابشناسی ملی | : ۹۱۱۵۵۲۳   |

### نام کتاب: اورژانسهای پزشکی در مطب دندانپزشکی مالامد ۲۰۲۳ (۱۴۰۲)

مترجم و مؤلف: دکتر مسعود یغمائی

نویسنده: Stanley F. Malamed

ناشر: انتشارات شایان نمودار

مدیر تولید: مهندس علی خزعلی

حروفچینی و صفحه‌آرایی: انتشارات شایان نمودار

طرح جلد: آتلیه طراحی شایان نمودار

شمارگان: ۲۰۰۰ جلد

نوبت چاپ: اول

تاریخ چاپ: بهار ۱۴۰۲

شابک: ۹۷۸-۹۶۴-۲۳۷-۶۹۳-۳

قیمت: ۰۰۰، ۸۰۰، ۱۳ ریال



انتشارات شایان نمودار

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

وب سایت: [shayannemoodar.com](http://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.)

# Medical Emergencies *in the Dental Office*

Eighth Edition

## **Stanley F. Malamed, DDS**

Dentist Anesthesiologist, Emeritus Professor of Anesthesia and Medicine, Ostrow School of Dentistry, University of Southern California, Los Angeles, California

*Chapter 4, Legal Considerations, contributed by*

## **Daniel L. Orr II, DDS, MS (ANES), PhD, JD, MD**

Professor Emeritus  
Oral and Maxillofacial Surgery and Anesthesiology  
School of Dental Medicine  
University of Nevada Las Vegas  
Las Vegas, Nevada;

Clinical Professor  
Sports Medicine and Plastic and Reconstructive Surgery  
School of Medicine  
University of Nevada Las Vegas  
Las Vegas, Nevada;

Adjunct Professor  
Jurisprudence  
Touro University  
School of Medicine  
Las Vegas, Nevada

## **Timothy M. Orr, DMD, JD**

Diplomat American Dental Board of Anesthesiology  
Diplomat American Board of Legal Medicine



## سپاس نامه

از استاد بزرگوار جناب آقای دکتر مسعود یغمائی که در این ویرایش نیز، مانند ویرایش های پیشین به صورت افتخاری عهده‌دار ترجمه و تألیف این اثر بودند صمیمانه قدردانی می‌کنیم.

مدیریت انتشارات شایان نمودار

زندگی صحنه یکتای هنرمندی ماست هر کسی نغمه خود خواند و از صحنه رود  
صحنه پیوسته بجاست خرم آن نغمه که مردم بسپارند به یاد

زنده یاد دکتر ژاله اصفهانی ۱۳۸۶-۱۳۰۰

## به نام پروردگار

دبیاچه مترجم و مؤلف:

با بیان جمله معروف از W.E. Hocking آغاز می‌کنم که می‌گوید :

“the only complete catastrophe is the catastrophe from which we learn nothing”

«درس نگرفتن از فاجعه بزرگتر از خود فاجعه است.»

با توجه به جمله فوق باید سعی کنیم از حوادث احتمالی که پیشتر برای دیگران رخ داده درس بگیریم و احتمال آن را در دوره طبابت خود به کمترین برسانیم.

پزشکی و دندانپزشکی چندان به هم مرتبط است که دندانپزشک ناگزیر باید برای ارائه بهترین و ایمن‌ترین خدمات درمانی، اطلاعات پزشکی خود را پیوسته افزایش و به روز کند.

شناخت و ارزیابی درست بالینی و روانی بیمار قبل از شروع درمان‌های دندانپزشکی از بروز بیش از ۹۰ درصد اورژانس‌های طبی در مطب دندانپزشکی پیشگیری می‌کند. جمله‌ای است معروف که می‌گوید :

“Never treat a stranger” یعنی «هرگز بیمار ناشناخته و ارزیابی نکرده را درمان نکنیم.»

با توجه به این که خوشبختانه موارد اورژانس طبی در مطب دندانپزشکی زیاد رخ نمی‌دهد و در زمان بروز حادثه فرصت مطالعه نمی‌باشد، در اغلب کشورهای پیشرفته دندانپزشکان و حتی دستیاران مطب اجباراً باید سالی یکبار دوره بازآموزی (CPR و ACLS) را گذرانده و گواهینامه دریافت نمایند که متأسفانه این اجبار هنوز در ایران وجود ندارد و سازمانی متصدی آموزش نداریم.

توصیه اینجانب برای بهبود آموزش در این زمینه :

۱-قرار دادن رسمی یک ماه آموزش عملی بیهوشی در اطاق عمل برای دانشجویان سال آخر به عنوان یک واحد درسی که سبب برقراری دید و تسلط بسیار دندانپزشکان آینده در برخورد با اورژانس‌های طبی مطب خواهد شد.

۲-اجبار به گذراندن عملی سالیانه یا دو سالانه دوره‌های CPR و ACLS برای دندانپزشکان و دستیاران مطب و دریافت گواهینامه. بدین منظور ارگانی مانند وزارت بهداشت و درمان، انجمن قلب و عروق و انجمن دندانپزشکی، یا انجمن جراحی دهان، فک و صورت باید مسئول شود در حال حاضر این آموزش پراکنده است.

۳-اجبار به تهیه و آموزش استفاده از AEDهای جدید، چه امروزه ترتیب مدیریت اورژانس از PABCD به PCABD تغییر یافته.

۴-مطالعه یک کتاب کامل مرتبط با اورژانس طبی در مطب دندانپزشکی. اگرچه در بسیاری از کتب درسی جراحی یک فصل به این موضوع اختصاص داده می‌شود ولی کافی نیست و بهتر است یک کتاب مستقل و کامل در این مورد مطالعه شود. به نظر اینجانب کتاب تألیفی دکتر Malamed یکی از بهترین و کامل‌ترین است. ترجمه ویرایش‌های قبلی (پنجم سال ۲۰۰۰ و ششم سال ۲۰۰۷ میلادی) توسط انتشارات شایان نمودار عرضه شده بود. در ویرایش ششم (۲۰۰۷) با همکاری و زحمت بسیار سرکار خانم دکتر بهار موحد و خانم دکتر بهاره شبابی و آقای دکتر بهنام شبابی آماده و تقدیم شد. در ویرایش ششم تغییرات عمده‌ای نسبت به ویرایش قبلی وجود داشت و از جمله یک فصل جدید (فصل ۳۱) تحت عنوان اورژانس‌های طبی در دندانپزشکی کودکان (PEDO) اضافه شده بود که فصل بسیار جالبی است و تفاوت اورژانس‌های طبی و درمان در کودکان در مقایسه با بالغین مورد توجه قرار می‌گیرد، به ویژه در چاپ جدید به کاربرد دستگاه دفیبریلاتور اتوماتیک (AED) که امروزه در بسیاری از کشورها داشتن آن در مطب دندانپزشکی اجباری شده توجه مخصوص شده است. با توجه به اینکه سرکار خانم دکتر بهاره موحد، خانم دکتر بهاره شبابی و آقای دکتر بهنام شبابی که با دقت بسیار در ترجمه‌ی ویرایش ششم شرکت داشتند همگی در خارج از کشور می‌باشند، به این جانب اجازه دادند که بازنگری ویرایش هفتم (۲۰۱۵) و هشتم (۲۰۲۳) را به تنهایی انجام دهم. در ضمن بر آن شدم در مواردی که نیاز به افزودن نکات مهم باشد به صورت زیرنویس یا ضمیمه اضافه نمایم. با این نگرش در پایان (فصل سی و دوم) افزوده شده است. در این ویرایش *end note* در متن آورده شده است و واژه‌نامه و واژه یاب در پایان افزوده شده و ترجمه مفهومی همراه مداخله بر پایه نیاز انجام شده است.

در خاتمه وظیفه خود می‌دانم از جناب آقای مهندس علی خزعلی و سایر همکاران ایشان در انتشارات شایان نمودار که با چاپ این گونه کتاب‌ها موجب ارتقاء سطح علمی دانشجویان و همکاران می‌شوند کمال تشکر و سپاسگزاری را داشته باشم و امیدوارم در ادامه این راه موفق باشند. سرانجام از سرکار خانم پروانه درویش که در تایپ و صفحه آرایی این مجموعه نهایت دقت و همکاری با اینجانب را داشتند سپاسگزاری نمایم.

بهار ۱۴۰۲ (۲۰۲۳)

مسعود یغمایی

استاد پژوهشکده و جراحی دهان و فک و صورت

دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

## دیباچه مؤلف

من در دسامبر سال ۱۹۷۵ نوشتن اورژانس‌های پزشکی در مطب دندانپزشکی را آغاز نمودم. این کتاب در آوریل سال ۱۹۷۸ به چاپ رسید. همان گونه که در مقدمه چاپ اول نیز به آن اشاره نمودم هدف اصلی من برای تألیف این کتاب تشویق کلیه افراد متخصص در زمینه دندانپزشکی - دندانپزشک، بهداشتیار دهان و دندان، دستیار دندانپزشک و سایر کارکنان مطب - به افزایش و حفظ تبحر خود در زمینه پیشگیری از بروز وضعیت‌های اورژانس و تشخیص و درمان موارد اورژانسی است که به گونه اجتناب‌ناپذیری رخ می‌دهند. من در چاپ هفتم کتاب اورژانس‌ها در سال ۲۰۱۴ بیش از پیش ذهن خود را بر این هدف متمرکز نمودم. سرانجام ویرایش چاپ هشتم را در دسامبر ۲۰۲۱ به اتمام رساندم.

حدود ۷۵ درصد موارد اورژانس‌های پزشکی که در مطب دندانپزشکی رخ می‌دهند، از طریق ارزیابی بیمار، تغییر در طرح درمان و مدیریت بیماری قابل پیشگیری می‌باشند. با وجود آنکه بیشتر موارد اورژانس‌های پزشکی قابل پیشگیری می‌باشند، هنوز احتمال وقوع وضعیت‌های مخاطره‌آمیز برای حیات زیادی وجود دارد.

من نامه‌ها، تلفن‌ها و پیام‌های الکترونیکی بیشماری را در مورد وقوع این وضعیت‌ها دریافت نموده‌ام و با بسیاری از دندانپزشکان و اعضای کادر دندانپزشکی که در زمینه مشکلات پزشکی مخاطره‌آمیز برای حیات تجربه‌هایی واقعی داشته‌اند، ملاقات نموده‌ام. بیشتر این وضعیت‌ها در مطب دندانپزشکی رخ داده‌اند ولی بسیاری از چنین وضعیت‌هایی در خارج از مطب، هنگام رانندگی یا در منزل هم به وقوع پیوسته‌اند.

افزایش میزان آگاهی افراد متخصص در زمینه دندانپزشکی در مورد پزشکی اورژانس اهمیت قابل ملاحظه‌ای دارد. با وجود آن که در حال حاضر در بسیاری از ایالت‌ها و بخش‌های شمال آمریکا، اخذ مدرک در زمینه کمک‌های اولیه حیاتی (احیای قلبی ریوی یا CPR)<sup>۱</sup> به گونه پیوسته برای دندانپزشکان الزامی شده است ولی در بسیاری از ایالت‌ها و بخش‌ها هم این امر مهم تحقق نیافته که برای من قابل فهم نیست.

اینجانب به عنوان فردی که مدتی طولانی را صرف آموزش کمک‌های اولیه حیاتی (BLS)<sup>۲</sup>، کمک‌های حیاتی پیشرفته کودکان (PALS)<sup>۳</sup> و کمک‌های حیاتی پیشرفته قلبی عروقی (ACLS)<sup>۴</sup> نموده است، اهمیت فوق العاده آموزش اقدامات ساده‌ای که به نام کمک‌های اولیه حیاتی شناخته می‌شوند به تمام افراد را درک نموده‌ام. انجمن‌های محلی و ایالتی و همچنین گروه‌های تخصصی باید ارایه دوره‌هایی در زمینه کمک‌های اولیه حیاتی را ادامه دهند یا برگزاری چنین دوره‌هایی را تسریع نمایند.

با وجود آن که پیشرفت‌هایی حاصل شده است ولی باز هم باید اقدامات بیشتری انجام شود. میزان آگاهی در حرفه ما افزایش یافته و موفقیت‌های بیشتری حاصل شده است. در سال ۲۰۲۰ در ۱۲ ایالت آمریکا داشتن دستگاه AED در کلیه مطب‌های دندانپزشکی الزامی می‌باشد. همچنین در ۲۹ ایالت چنانچه ارامبخشی استفاده شود داشتن دستگاه AED الزامی است. پیشرفت مهم بعدی از سال ۲۰۱۹ بود که دهمین رشته تخصصی دندانپزشکی یعنی انسستزیولوژی موجب پیشرفت‌های مهم گردید.

با این حال، به علت نوع مشکل، آنچه که ما در دندانپزشکی به آن نیاز داریم حفظ مهارت خود در زمینه پیشگیری، تشخیص و درمان وضعیت‌های اورژانس پزشکی به گونه مداوم است. برای تحقق این امر، همه ما باید در برنامه‌های تدوین شده توسط دندانپزشکان شرکت کنیم تا بتوانیم نیازهای مطب را برآورده نماییم. چنین برنامه‌هایی باید شامل حضور مداوم در سمینارهای آموزشی در زمینه پزشکی اورژانس، دسترسی به جدیدترین اطلاعات در این مورد (در کتب مرجع، مقالات و اینترنت)، کسب مجدد مدرک به گونه سالیانه در زمینه کمک‌های اولیه حیاتی، کمک‌های اولیه پیشرفته کودکان یا کمک‌های حیاتی پیشرفته قلبی عروقی و برگزاری جلسات تمرینی انجام اقدامات اورژانس برای کلیه اعضای مطب باشد. در مورد این برنامه‌ها در فصل سوم به گونه کامل شرح داده شده است. هدف نهایی در آماده

۱- انجمن قلب آمریکا در مدرکی که ارائه می‌دهد (BLS, ACLS, PALS) فقط گذراندن دوره را تایید می‌کند نه صلاحیت را

2. basic life support
3. pediatric advanced life support
4. advanced cardiac life support

نمودن مطب دندانپزشکی برای مواجه شدن با موارد اورژانس باید برای خود شما باشد. شما باید بتوانید خود را در وضعیت یک قربانی که در مطب شما به وضعیت اورژانس حاد پزشکی دچار شده است قرار دهید و اطمینان حاصل نمایید که کارکنان مطب شما می‌توانند به سرعت و به گونه مؤثری مشکل شما را تشخیص داده و درمان نمایند. پزشکی اورژانس تخصصی پزشکی است که به گونه مداوم در حال تکامل می‌باشد و به همین علت تغییرات زیادی از زمان انتشار چاپ اول این کتاب حاصل شده است. هدف من در گذشته و حال آن است که این توانایی را در شما ایجاد نمایم که هر وضعیت اورژانسی را به گونه مؤثر ولی غیر پیچیده درمان نمایید. درمان‌ها و داروهای دیگری نیز ممکن است توسط برخی از مؤلفان توصیه شود. هدف من و این مؤلفان حفظ حیات بیمار است تا زمانی که بهبود یابد یا تیم اورژانس وظیفه درمان وی را به عهده بگیرد (در صورتی که بتواند وضعیت اورژانس را بهتر از شما درمان نماید). بازنگری و تصحیح بخش‌های ضروری در ویرایش هشتم نیز مشهود است. این تغییرات عمده در فصل دوم شامل ارائه یک پرسشنامه تاریخچه پزشکی بسیار خوب متعلق به دانشکده دندانپزشکی دانشگاه Pacific می‌باشد، فصل ۴ (ملاحظات قانونی) به گونه کامل مجدداً نوشته شد. به علت درخواست‌ها و پیشنهادهای زیاد خوانندگان، در این چاپ یک فصل جدید در مورد ملاحظات مربوط به کودکان در پزشکی اورژانس (فصل ۳۱) اضافه گردید. در ماه اکتبر سال ۲۰۱۰، و سپس ۲۰۲۰ انجمن قلب آمریکا و کمیته روابط بین‌الملل در رابطه با احیا (LCOR) دستورالعمل‌های اصلاح شده‌ای را برای کمک‌های اولیه حیاتی (BLS)، کمک‌های حیاتی پیشرفته قلبی عروقی (ACLS) و کمک‌های اولیه پیشرفته کودکان (PALS) ارائه نمودند. تغییرات توصیه شده در فلسفه و روش انجام این موارد در بخش‌های مختلف ویرایش هشتم ارائه داده شده‌اند. در فصل پنجم (از دست رفتن هوشیاری و ملاحظات عمومی آن)، فصل یازدهم (انسداد راه هوایی با اجسام خارجی)، فصل بیست و ششم (درد قفسه سینه و ملاحظات عمومی آن)، فصل سی‌ام (ایست قلبی) و فصل سی و یکم (ملاحظات در کودکان). در ویرایش هشتم در مورد نحوه مدیریت موارد اورژانس بر مبنای نشانه‌های بالینی تأکید بیشتری شده است: تصحیح موقعیت (P)، برقراری گردش خون (C)، باز نگاه داشتن راه هوایی (A)، برقراری تنفس (B) و درمان قطعی (D). نیازی نیست و ضرورتی ندارد که درمان موارد اورژانس پزشکی پیچیده باشد. تأکید بر این نظریه در تمام بخش‌های کتاب به کادر مطب دندانپزشکی کمک می‌کند که بیشتر به اهمیت کمک‌های اولیه حیاتی [P, C, A, B, D] برای نجات جان بیماران پی ببرند. در دوران پاندمی کووید (۲۰۲۰ تا ۲۰۲۱) فرصتی برای آماده سازی ویرایش هشتم آماده شد.

استنلی اف. مالامد

*Stanley F. Malamed DDS*

West Hills, California, September 2021

# فهرست

## بخش ۱: پیشگیری

- فصل ۱: معرفی ..... ۱۰
- فصل ۲: پیشگیری ..... ۲۹
- فصل ۳: آماده‌سازی ..... ۸۶
- فصل ۴: ملاحظات قانونی (همراه ضمیمه مقایسه با قوانین پزشکی قانونی و نظام پزشکی در ایران) ..... ۱۴۶

## بخش ۲: بیهوشی

- فصل ۵: بیهوشی : ملاحظات عمومی ..... ۱۶۴
- فصل ۶: سنکوپ وازودپرسور ..... ۱۸۴
- فصل ۷: کاهش فشار خون وضعیتی ..... ۱۹۵
- فصل ۸: نارسایی حاد غده فوق کلیوی ..... ۲۰۶
- فصل ۹: بیهوشی : تشخیص افتراقی ..... ۲۲۵

## بخش ۳: اختلال تنفسی

- فصل ۱۰: اختلال تنفسی : ملاحظات عمومی ..... ۲۳۰
- فصل ۱۱: انسداد راه هوایی توسط یک جسم خارجی ..... ۲۳۵
- فصل ۱۲: هیپرونتیلیاسیون ..... ۲۶۲
- فصل ۱۳: آسم ..... ۲۶۹
- فصل ۱۴: نارسایی قلبی و ادم حاد ریوی ..... ۲۸۹
- فصل ۱۵: اختلال تنفسی : تشخیص افتراقی ..... ۳۰۹

## بخش ۴: اختلال هوشیاری

- فصل ۱۶: اختلال هوشیاری : ملاحظات کلی ..... ۳۱۲
- فصل ۱۷: دیابت ملیتوس : هیپرگلیسمی و هیپوگلیسمی ..... ۳۱۷
- فصل ۱۸: اختلال در عملکرد غده تیروئید ..... ۳۴۷
- فصل ۱۹: حمله مغزی عروقی ..... ۳۶۴
- فصل ۲۰: اختلال هوشیاری : تشخیص افتراقی ..... ۳۹۰

## بخش ۵: اختلالات تشنجی

- فصل ۲۱: اختلالات تشنجی ..... ۳۹۴



## بخش ۶: موارد اورژانس مربوط به دارو

- فصل ۲۲: موارد اورژانس مربوط به دارو : ملاحظات کلی ..... ۴۲۱
- فصل ۲۳: واکنش‌های دارویی ناشی از دوز بسیار بالا ..... ۴۳۶
- فصل ۲۴: آلرژی ..... ۴۸۲
- فصل ۲۵: اورژانس‌های مربوط به دارو : تشخیص افتراقی ..... ۵۲۳

## بخش ۷: درد قفسه سینه

- فصل ۲۶: درد قفسه سینه : ملاحظات عمومی ..... ۵۲۹
- فصل ۲۷: آنژین صدری ..... ۵۴۹
- فصل ۲۸: انفارکتوس حاد میوکارد ..... ۵۶۹
- فصل ۲۹: درد قفسه سینه : تشخیص افتراقی ..... ۵۹۷

## بخش ۸: ایست قلبی

- فصل ۳۰: ایست قلبی ..... ۶۰۲
- فصل ۳۱: ملاحظات مربوط به کودکان ..... ۶۳۱
- فصل ۳۲: نکات پایانی تألیفی دکتر مسعود یغمائی ..... ۶۵۲
- ضمیمه: مراجعه سریع به بخش‌های مربوط به وضعیت‌های مخاطره‌آمیز برای حیات ..... ۶۸۱
- واژه‌نامه ..... ۶۹۲
- واژه‌یاب ..... ۷۰۵

## معرفی (Introduction)



چنین اتفاق ناخوشایندی در مطب دندانپزشکی چندان تعجب‌آور نیست زیرا بسیاری از بیماران در حین انجام درمان دندانپزشکی دچار استرس می‌شوند. در تحقیقی در مورد اورژانس‌هایی که در مطب‌های دندانپزشکی اسکاتلند رخ داده بودند، ۴ مورد مرگ در اشخاصی که دچار ایست قلبی شده بودند، گزارش شد. این افراد "bystanders" نامیده شدند که به اشخاصی گفته می‌شود که در مطب دندانپزشکی درمان برنامه‌ریزی شده‌ای را دریافت ننموده و فوت شده‌اند.<sup>۶</sup> در این کتاب حالت‌های اورژانس که در مطب دندانپزشکی ممکن است رخ دهند مورد بررسی قرار می‌گیرند. با این حال، دندانپزشکان باید در درجه اول بدانند که هیچ حالت اورژانسی خاص دندانپزشکی نیست. برای نمونه، حتی مسمومیت (overdose) داروی بی‌حسی موضعی در خارج از مطب دندانپزشکی در موارد سوءاستفاده از کوکائین مشاهده می‌شود.

در جدول ۱-۱ یافته‌های حاصل از دو تحقیق در آمریکا ارائه شده‌اند. یکی از این تحقیق‌ها توسط فاست (Fast)، مارتین (Mar-tin) و الیس (Ellis)<sup>۷</sup> در سال ۱۹۸۵ و تحقیق دیگر توسط مالامد (Malamed)<sup>۸</sup> در سال ۱۹۹۲ انجام شده است. ۴۳۰۹ دندانپزشک در ۵۰ ایالت آمریکا و ۷ ایالت کانادا، بروز ۳۰۶۰۸ حالت اورژانس را در مدت ۱۰ سال گزارش نمودند. ۹۶/۶٪ دندانپزشکان به این پرسش پاسخ مثبت دادند: «آیا در مدت ۱۰ سال گذشته وضعیت اورژانس پزشکی در مطب دندانپزشکی شما رخ داده است؟» (هر پزشک دیدگاه خاصی نسبت به حالت‌های اورژانس دارد)

حدود ۵۰٪ وضعیت‌های اورژانس (۱۵۴۰۷) را سنکوپ (بیهوشی) تشکیل می‌داد که معمولاً خوش‌خیم است (به کلمه خوش‌خیم در توصیف حالت اورژانس توجه نمایید. هر حالت اورژانسی اگر به طور نامناسبی تحت درمان قرار گیرد می‌تواند تبدیل به یک فاجعه گردد. در فصل ۶ نمونه‌هایی در این مورد بیان شده است). از طرف دیگر، رقم قابل توجهی (۲۵/۳۵ درصد) از وضعیت‌های اورژانس گزارش شده مربوط به دستگاه

در هنگام انجام درمان دندانپزشکی ممکن است حالت‌های اورژانسی پیش‌آید که حتی زندگی فرد را با خطر مواجه کند. این حالت‌ها ممکن است برای بیمار، دندانپزشک، کارکنان مطب یا حتی همراه بیمار رخ دهد. با وجود آن که میزان بروز حالت‌های اورژانس تهدیدکننده زندگی فرد در مطب‌های دندانپزشکی چندان شایع نیست ولی امروزه چندین علت وجود دارد که می‌تواند احتمال بروز چنین وقایعی را افزایش دهد:

- ۱) بر تعداد افراد سالخورده‌ای که از درمان‌های دندانپزشکی استقبال می‌کنند افزوده شده است
  - ۲) در حرفه پزشکی پیشرفت‌های قابل توجهی در زمینه درمانی حاصل شده است
  - ۳) تمایل روزافزون برای انجام درمان‌های طولانی‌تر دندانپزشکی در یک جلسه
  - ۴) افزایش استفاده و تجویز داروها در دندانپزشکی.
- خوشبختانه، عوامل دیگری هم وجود دارند که احتمال بروز حالت‌های اورژانس تهدیدکننده زندگی را کاهش می‌دهند. این عوامل عبارتند از: ارزیابی وضعیت جسمانی بیمار قبل از آغاز درمان که شامل پرسشنامه مربوط به تاریخچه، همچنین تاریخچه‌ی گفتاری و معاینه وضعیت جسمانی و انجام درمان‌های دندانپزشکی جایگزین احتمالی برای کاهش احتمال بروز خطرهای پزشکی می‌باشد.

## عوارض

با وجود ارائه اصولی دقیق برای پیشگیری از بروز حالت‌های تهدیدکننده زندگی، باز هم وضعیت‌های اورژانس رخ می‌دهند. به عنوان مثال به مقاله‌هایی در روزنامه توجه کنید که چگونگی مرگ ناگهانی و غیرمنتظره ورزشکاران جوان و سالم را شرح می‌دهند.<sup>۱-۵</sup> چنین حالت‌های اورژانسی می‌تواند در هر مکانی روی دهد. بروز

(۴۶ درصد) حین آرامبخشی بود (۴۴ مورد از ۹۶) و این مقدار بیشترین در مقایسه با سایر کشورها، از جمله در آلمان و اتریش (۶ درصد و یا ۱ مورد از ۱۷) و در انگلیس (۷ درصد یا ۱ در ۱۴ مورد) بود. در گروه آلمانی اتریشی، ۱۳ مورد از ۱۷ مرگ و میر پیش از درمان در زیر بی هوشی انجام می شد، در انگلیس ۶ مورد از ۱۴ مورد مرگ مرتبط با درمان تحت بی هوشی و ۱ مورد آرام بخشی و ۵ مورد تنها با بی حسی موضعی بود.

#### جدول ۱-۱۲ درمان انجام شده در زمان بروز اورژانس

| درصد | نوع درمان             |
|------|-----------------------|
| ۳۸/۹ | بیرون آوردن دندان     |
| ۲۶/۹ | خارج نمودن پالپ       |
| ۱۲/۳ | ناشناخته              |
| ۹    | درمان‌های دیگر        |
| ۷/۳  | آماده‌سازی            |
| ۲/۳  | پر کردن دندان         |
| ۱/۷  | ایجاد برش             |
| ۰/۷  | جراحی اپیکتومی        |
| ۰/۷  | خارج نمودن پرکردگی‌ها |
| ۰/۳  | جراحی اصلاح آلوتول    |

Part II / Sunday, August 6, 2006

### Patient Has Heart Attack, Dies; Dentist Also Stricken

شکل ۱-۱ دندانپزشک و بیمار هر دو به سکته قلبی دچار شدند.

در مقاله انگلیسی Athertol و همکارانش سال ۱۹۹۹، ۱۰ مورد مرگ در انگلیس و Wales و ۱۰ مورد در اسکاتلند گزارش شد. خلاصه‌ای از این مرگ‌ها در جدول ۱-۱۴ ارائه شده است. ۱۴ مورد از آنها ناشی از ایست قلبی، ۴ مورد انفارکتوس میوکارد و ۲ مورد حمله مغزی عروقی بودند.<sup>۳</sup> ۴ مورد از مرگ‌هایی که در اسکاتلند رخ داده بودند، مربوط به بیمار نبود. بلکه در غیر بیمار (رهگذر) ایجاد شده بود. با توجه به این اطلاعات، ۰/۷ درصد اورژانس‌هایی که در انگلیس، Wales و اسکاتلند رخ داده، منجر به مرگ شده بودند.

شایع‌ترین زمان بروز مرگ هنگام بیرون آوردن دندان (۳۹ درصد)، آبسه دندان (۱۱ درصد)، انفارکتوس میوکارد (۲۸ درصد) و ایست قلبی (۲۵ درصد) دو دلیل اصلی مرگ بودند. دلیل سوم آلرژی (۱۱ درصد) و بعدی عفونت (۸ درصد) بود. چهار مورد مرگ پیش از شروع درمان و ده مورد حین درمان و ۲۱ مورد پس از خاتمه درمان رخ داده بود. از ۹ بیماری که به دلیل انفارکتوس میوکارد فوت کرده بودند، سه مورد پیش از درمان، سه مورد طی درمان و سه مورد پس از درمان رخ داده بود. در ۱۷ مورد بین زمان تجویز بی حسی موضعی و آرام بخش رابطه ای برقرار بود.

در ۷ مورد از ۸ مورد ایست قلبی رابطه نزدیک بین زمان تزریق بی حسی موضعی و یک مورد دیگر با تجویز آرام بخش مرتبط بود. ۴ مورد مرگ ناشی از آلرژی و دو مورد ناشی از تجویز آنتی بیوتیک بود.

Reuter و همکارانش، ۱۴۸ مرگ و میر که طی ۹۰ روز پس از درمان دندانپزشکی رخ داده بود را بررسی کرد.<sup>۲۵</sup> دلایل بی حسی و آرامبخشی (مرگ مرتبط با عارضه دارویی ۷۰ مورد)، حوادث قلبی عروقی (۳۱ مورد)، عفونت (۱۹ مورد)، عوارض راه هوایی و تنفسی (۱۸ مورد)، خونریزی (۵ مورد) و سایر علل (۵ مورد) را شامل می شد.

در سال ۲۰۱۲، حوادث نامناسب طی درمان‌های دندانپزشکی اطفال بررسی گردید. Chicka و همکارانش ۱۷ مورد حادثه نامناسب مرتبط با انستزی، ۱۳ مورد مرتبط با آرام بخشی، ۳ مورد تنها مرتبط با بی حسی موضعی، و یک مورد با بیهوشی مرتبط بود.<sup>۲۶</sup> در مطالعه بالا متوسط سن ۳/۶ سال بوده است. علت صدمه در ۵۳ درصد مرگ و میر و یا آسیب ماندگار مغزی بوده است. مسمومیت با داروی بی حسی موضعی در ۴۱ درصد ادعا شده بود، ۱۳ مورد هم دعوی در مورد آرام بخشی بود تنها در یک مورد مانیتورینگ فیزیولوژیک (پالس اکسی متری) انجام شده بود.

Gaiser و همکارانش مرگ و میر مطب‌های دندانپزشکی را در مقالات علمی و مطبوعات معمول بررسی نمود.<sup>۲۸</sup> از مجموع ۱۸ مرگ در آلمان، دو مورد در اتریش، ۱۲۰ مورد در آمریکا، ۵ مورد در انگلیس، ۱ مورد در فرانسه، و صفر مورد در سوئیس گزارش شده بود.

بیشتر موارد مرگ مرتبط با تجویز بی حسی موضعی و آرامبخشی (تجویز دارویی) و سپس عفونت و عوارض قلبی عروقی بود. در مرگ و میرهای گزارش شده در آمریکا بیشترین

تازه‌تر از ۱۰۵ دندانپزشک ایرانی با حداقل ۵ سال کار کلینیکی، ۵۱ درصد ناکافی بودن آموزش خود در مدیریت تشخیص و فوریت‌های پزشکی را بیان نمودند<sup>39-40</sup>

در بررسی Gupta و همکاران<sup>42</sup> در هند، تنها ۱۸/۵ درصد دانشجویان دوره عمومی آموزش CPR را در دانشکده دریافت نمودند، در حالی که ۲۵ درصد پس از فارغ التحصیلی آموزش پیشرفته تر CPR را داشتند.

در گزارش بررسی دندانپزشکان در عربستان در بیشتر موارد آموزش لازم برای CPR را نداشته‌اند<sup>43، 42، 23</sup>.

از مجموع بررسی در کشورهای دیگر<sup>44-48</sup> به این نتیجه می‌رسیم که سطح آموزش و آمادگی لازم برای مدیریت فوریت‌های پزشکی در سطح دنیا بسیار متفاوت است.

همانگونه که در مقدمه نوشتیم، متأسفانه در ایران سازمان آموزش دهنده مشخص نیست، اجبار قانونی به بازآموزی سالانه وجود ندارد و آموزش به شکل پراکنده انجام می‌شود. قرار دادن یک ماه آموزش بی‌هوشی در بیمارستان در برنامه درسی دوره عمومی دانشکده دندانپزشکی توان خوبی به فارغ التحصیلان دندانپزشکی در مدیریت فوریت‌های پزشکی می‌دهد.

## عوامل خطرزا

### افزایش تعداد بیماران مسن<sup>۱</sup>

میزان طول عمر مورد انتظار افراد متولد شده در ایالات متحده آمریکا به طور مداوم افزایش یافته است. در سال ۱۹۰۰، طول عمر مورد انتظار برای مرد سفیدپوست ۴۶/۶ سال و برای زن سفیدپوست ۴۸/۷ سال بود. در سال ۲۰۱۷، این ارقام به ۷۶/۱ برای مردان سفیدپوست و ۸۱/۱ برای زنان سفیدپوست رسید (۷۸/۶ در مجموع) و ۷۱/۹ برای مردان سیاه پوست و ۷۸/۵ برای زنان سیاه پوست بود. برای جمعیت اسپانیولی در مجموع طول عمر مورد انتظار ۸۱/۸ سال بود که ۸۴/۳ سال برای زنان و ۷۹/۱ سال برای مردان اسپانیولی بود. (جدول ۱۵-۱) پا به سن گذاشتن جمعیت بالای نوزادانی که پس از جنگ جهانی دوم متولد شده‌اند باعث شده است که جمعیت ۶۵ سال و بالاتر در ایالات متحده به سرعت افزایش یابد (شکل ۲-۱) در سال ۲۰۱۸ (جدیدترین آمار موجود) ۵۲/۴ میلیون آمریکایی ۶۵ سال و بالاتر بودند افزایش این تعداد در ارزیابی برای سال ۲۰۴۰، ۸۰/۸ میلیون و برای سال ۲۰۶۰، ۹۴/۷ میلیون است<sup>50</sup>.

۱- متوسط امید به زندگی در ایران ۷۸ سال است (۸۱ سال برای زنان و ۷۶ سال برای مردان). توضیح اینکه امید به زندگی زنان در کل جهان حدود ۴/۵ سال بیشتر از مردان است

## چگونگی آمادگی و مدیریت فوریت‌های در مطب دندانپزشکی

آموزش و آمادگی برای فوریت‌های پزشکی در مطب‌های دندانپزشکی در سطح دنیا بسیار متفاوت است. در سال ۲۰۱۸ انجمن دندانپزشکی آمریکا (ADA) در مورد آمادگی دندانپزشکان بررسی نمود<sup>22</sup>، از ۵۲۹ پاسخ دهنده، ۸۶/۴۳ درصد آموزش لازم را برای خود و کارکنان مطب داشتند. در همین بررسی در مورد آموزش CPR، ۹۹/۴۵ درصد دندانپزشکان، ۸۴/۷۶ درصد دستیاران، ۷۶/۷۳ درصد بهداشتکاران، ۷۰/۹۱ درصد اداره کنندگان مطب آموزش CPR را داشتند. در همین مطالعه در بررسی وجود بسته یا کیت اورژانس مشخص گردید که در ۹۳/۳۹ درصد مطب‌ها وجود داشت. اکسیژن در ۹۴/۹۶ درصد مطب‌ها و دفیبریلاتور خارجی در ۷۵/۷۳ درصد مطب‌ها وجود داشت. در بررسی Bruer و همکارانش در سال ۲۰۱۶ گزارش گردید<sup>37</sup> که ۹۷ درصد دانشجویان دندانپزشکی در آلمان توانایی تجویز درست اکسیژن را ندارند. ۴۸ درصد دانشجویان CPR را ناکامل انجام می‌دادند و ۴۷ درصد در موارد ضروری دفیبریلاتور خارجی را استفاده نمی‌کردند.

گزارش Muller و همکارانش در بررسی ۶۲۰ دندانپزشک فعال در آلمان، نشان داد که ۷۷ درصد تمایل خود را به مدیریت بروز فوریت‌های پزشکی بیان نمودند و ۸۴ درصد وسایل اورژانس را داشتند. همین مطالعه در طی ۱۲ ماه، ۵۷ درصد سه مورد فوریت پزشکی، ۳۶ درصد تا ۱۰ مورد فوریت پزشکی را گزارش کردند. از ۵۶۷ دندانپزشک (۹۲ درصد) پس از فارغ التحصیلی آموزش فوریت‌های پزشکی داشته‌اند، که ۲۳ درصد تنها یک دوره آموزش و ۶۸ درصد بیش از یک دوره آموزش داشته‌اند<sup>15</sup>. در یک مطالعه در ژاپن یک سوم دانشجویان دندانپزشکی قادر به تعیین محل نبض رادیال نبودند و ۲۳ درصد نیز توان استفاده از پالس اکسیمتری را نداشتند. در یک بررسی در لهستان ۴۱/۲۹ درصد شرکت کنندگان در خود کفایت مدیریت ایست قلبی، ۷۴/۳۷ درصد کفایت مدیریت فشار خون بحرانی، ۵۵/۶۱ درصد کفایت مدیریت آسم، ۵۵/۱۳ درصد کفایت مدیریت شوک آنافیلاکتیک، و ۵۲/۹۹ درصد کفایت مدیریت تشنج را نداشتند<sup>21</sup>. در کروواسی، ۸۱ درصد دندانپزشکان مورد پرسش، هرگز آموزش CPR را در دانشکده نداشتند و این آمار به ۸۶/۱ درصد دندانپزشکان عمومی شاغل پس از فارغ التحصیلی افزایش داشت. در ایران، در بررسی دکتر خامی و همکاران<sup>39</sup>، کمتر از ۶۰ درصد دندانپزشکان در مورد علائم و نشانه‌های هیپوگلیسمی، درد قفسه سینه با سرچشمه قلبی، و انجام CPR آشنایی داشتند. در بررسی

جدول ۱۴-۱ چگونگی وقوع مرگ‌های گزارش شده در تحقیق

| کار درمانی                      | مرحله درمان  | مکان وقوع          | حادثه (تعداد)         |
|---------------------------------|--------------|--------------------|-----------------------|
| <b>انگلیس و Wales</b>           |              |                    |                       |
| ساخت دنچر                       | پیش از درمان | اتاق انتظار        | ایست قلبی (۱)         |
| ساخت دنچر                       | در حین درمان | اتاق جراحی         | ایست قلبی (۱)         |
| جرم‌گیری                        | پیش از درمان | اتاق انتظار        | ایست قلبی (۱)         |
| بیان نشده است                   | پیش از درمان | اتاق انتظار        | ایست قلبی (۱)         |
| قرار نبود کار درمانی انجام شود. | پیش از درمان | اتاق انتظار        | سکته مغزی (۱)         |
| جرم‌گیری                        | در حین درمان | اتاق جراحی         | سکته مغزی (۱)         |
| بیان نشده است.                  | پیش از درمان | اتاق انتظار        | انفارکتوس میوکارد (۲) |
| قرار نبود درمانی                | پیش از درمان | خارج از اتاق جراحی | انفارکتوس میوکارد (۱) |
| <b>اسکاتلند</b>                 |              |                    |                       |
| قالب‌گیری                       | پیش از درمان | اتاق انتظار        | ایست قلبی (۱)         |
| قرار نبود درمانی انجام شود.     | پیش از درمان | اتاق انتظار        | ایست قلبی (۱)         |
| بیان نشده است.                  | پیش از درمان | اتاق انتظار        | ایست قلبی (۱)         |
| بیان نشده است.                  | پس از درمان  | اتاق انتظار        | ایست قلبی (۳)         |
|                                 |              | رهگذر              | انفارکتوس قلبی (۱)    |

جدول ۱۵-۱ طول عمر مور انتظار هنگام تولد در ایالات متحده آمریکا

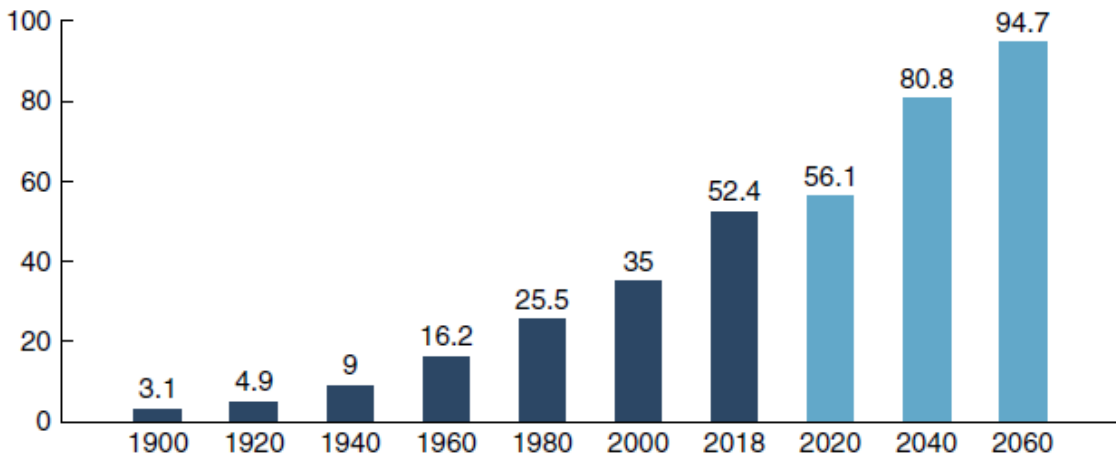
| Year | All Races <sup>a</sup> |        | White |        | Black <sup>b</sup> |                   | Hispanic Origin   |                   |
|------|------------------------|--------|-------|--------|--------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
|      | Male                   | Female | Male  | Female | Male               | Female            | Male              | Female            |
| 2017 | 76.1                   | 81.1   | 76.4  | 81.2   | 71.9               | 78.5              | 79.1              | 84.3              |
| 2009 | 76.0                   | 80.9   | 76.4  | 81.2   | 71.1               | 77.6              | 76.0 <sup>a</sup> | 80.9 <sup>a</sup> |
| 2005 | 74.9                   | 79.9   | 75.4  | 80.4   | 69.3               | 76.1              | 74.9 <sup>a</sup> | 79.9 <sup>a</sup> |
| 2000 | 74.1                   | 79.3   | 74.7  | 79.9   | 68.2               | 75.1              | 74.1 <sup>a</sup> | 79.3 <sup>a</sup> |
| 1980 | 70.9                   | 77.4   | 70.7  | 78.1   | 63.8               | 72.5              | 70.9 <sup>a</sup> | 77.4 <sup>a</sup> |
| 1960 | 66.6                   | 73.1   | 67.4  | 74.1   | 61.1 <sup>b</sup>  | 66.3 <sup>b</sup> | 66.6 <sup>a</sup> | 73.1 <sup>a</sup> |
| 1940 | 60.8                   | 65.2   | 62.1  | 66.6   | 51.5 <sup>b</sup>  | 54.9 <sup>b</sup> | 60.8 <sup>a</sup> | 65.2 <sup>a</sup> |
| 1920 | 53.6                   | 54.6   | 54.4  | 55.6   | 45.5 <sup>b</sup>  | 45.2 <sup>b</sup> | 53.6 <sup>a</sup> | 54.6 <sup>a</sup> |
| 1900 | 46.3                   | 48.3   | 46.6  | 48.7   | 32.5 <sup>b</sup>  | 33.5 <sup>b</sup> | 46.3 <sup>a</sup> | 48.3 <sup>a</sup> |

<sup>a</sup>Prior to 2017, statistics for the Hispanic population are included in "All races" but are not available for specific years, as for "White" and "Black".

<sup>b</sup>Prior to 1970, data for the Black population were not available. Data from 1900 to 1969 are for the "nonwhite" population.

Data from *National Vital Statistics Reports* 68, no. 7. Hyattsville, MD: Centers for Disease Control and Prevention, US Department of Health & Human Services, June 2019.

Number of Persons Age 65 and Older, 1900 to 2060 (number in millions)



شکل ۱-۲: گروه سنی ۶۵ سال به بالا سریع‌ترین رشد را در جمعیت ایالات متحده دارد زیرا پس از جنگ جهانی دوم زاد و ولد زیادی انجام شد (از سال ۱۹۰۰ تا ۲۰۶۰).

دریافتند که میزان مرگ و میر در رانندگان بالای ۶۰ سال پنج برابر بیشتر از رانندگانی است که از تصادف‌ها جان سالم به در می‌برند.

بسیاری از رانندگان بالای ۶۰ سال در تصادف‌هایی جان خود را از دست می‌دهند که رانندگان جوانتر از آنها جان سالم به در می‌برند. این واقعیت این امر را توجیه می‌کند که در حالی که صدمات رانندگان جوان بهبود پیدا می‌کند، رانندگان مسن نمی‌توانند عوارض مختلف را تحمل کنند. افزایش سن باعث بروز تغییرات فیزیولوژیک و پاتولوژیک می‌شود که ممکن است میزان توانایی بیمار را برای سازگاری موفقیت‌آمیز با استرس کاهش دهد.

در کادر ۱-۱ تغییراتی که اغلب در بیماران مسن رخ می‌دهند ارائه شده است. کاهش میزان الاستیسیته بافتی تغییر فیزیولوژیکی اساسی است که اثر قابل توجهی بر روی تمام اندام‌های بدن دارد. به‌عنوان مثال، در فرد ۷۵ ساله، جریان خون مغزی ۸۰٪، بروندهی قلبی ۶۵٪ و جریان خون کلیوی ۴۵٪ فرد ۳۰ ساله است. تغییر جریان خون کلیوی می‌تواند بر روی میزان تاثیر برخی از داروها اثر بگذارد بویژه در مواردی که دارو و متابولیت‌های آن از طریق دفع ادراری از بدن خارج می‌شوند. به‌عنوان مثال نیمه عمر پنی‌سیلین، تتراسیکلین و داگوکسین در بیماران مسن تا حد زیادی افزایش می‌یابد.

با وجود آن که به نظر می‌رسد که اکثر بیماران مسن در وضعیت سلامتی خوبی به سر می‌برند ولی دندانپزشک باید همیشه احتمال وجود بیماری تحت بالینی قابل توجه را در نظر داشته باشد. تمام اعضا و دستگاه‌های مهم (قلبی عروقی، کبدی، کلیوی، ریوی، غددی و عصبی مرکزی) باید در بیماران مسن کنترل شود ولی کنترل دستگاه قلبی عروقی و تنفسی اهمیت ویژه‌ای دارد.

با بالا رفتن سن از قدرت کارکرد و اثر دستگاه قلبی عروقی کاسته می‌شود. در برخی از موارد کاهش کارکرد ممکن است خود را به صورت نارسایی قلبی یا آنژین صدری نشان دهد ولی علائم بالینی همواره به صورت آشکار نیستند. دستگاه قلبی عروقی در موارد بروز استرس (درد، ترس، اضطراب، گرما، سرما، رطوبت) ممکن است نتواند نیاز اضافی بدن به اکسیژن و انرژی را تأمین کند و در نتیجه این کمبود باعث بروز عوارض قلبی عروقی حاد مانند دیس‌ریتمی‌های مرگبار و درد آنژینی می‌شود.

امروزه، مهم‌ترین عامل مرگ و میر افراد بالای ۶۵ سال در ایالات متحده آمریکا وجود بیماری قلبی عروقی است (جدول ۱۶-۱)<sup>22</sup>. همان شرايطی که ممکن است برای فرد جوان کاملاً بی‌خطر باشد می‌تواند ۲۰ سال بعد به همان فرد صدماتی وارد کند. این ناتوانی نسبی افراد مسن برای تحمل استرس زیاد در تحقیقی در مورد نقش سن در میزان مرگ و میرهای رانندگان اتومبیل اثبات شده است. بیکر (Baker) و اسپیتز (Spits)<sup>52</sup>

## کادر ۱-۱ تغییرات ایجاد شده در بیماران مسن

## دستگاه عصبی مرکزی

کاهش تعداد سلول‌های مغز  
آرتریو اسکلروز مغزی  
سکته مغزی (CVA)  
کاهش حافظه  
تغییرات در احساسات  
پارکینسون

## دستگاه قلبی عروقی

بیماری شریان اکلیلی (Coronary)  
آنژین صدری  
انفارکتوس میوکارد  
دیس ریتمی  
کاهش قدرت انقباض  
فشار خون بالا  
بیماری عروق کلیوی  
بیماری عروق مغزی  
بیماری قلبی

## دستگاه تنفسی

آمفیزم مربوط به پیری  
تغییرات مفصلی در قفسه سینه  
مشکلات ریوی در اثر تماس با آلودگیها  
فیبروز بینابینی

## دستگاه ادراری تناسلی

کاهش جریان خون کلیوی  
کاهش تعداد گلوبول‌های فعال  
کاهش باز جذب لوله‌ای  
هیپرتروفی پروستاتی خوش خیم

## دستگاه اندوکراین

کاهش پاسخ نسبت به استرس  
دیابت ملیتوس بالغین نوع II

خلاصه جدول ۱-۱۶  
پنج علت بروز مرگ و میر به ترتیب و بر حسب گروه سنی

| ۱-۴ سال                 | ۵-۱۴ سال                         |
|-------------------------|----------------------------------|
| حوادث (جراحات غیر عمد)  | حوادث (جراحات غیر عمد)           |
| ناهنجاری‌های مادرزادی   | تومورهای بدخیم                   |
| تومورهای بدخیم          | ناهنجاری‌های مادرزادی            |
| ضرب و جرح و قتل         | ضرب و جرح و قتل                  |
| بیماری‌های قلبی         | خودآزاری (خودکشی)                |
| ۲۵-۴۴ سال               | ۲۴ - ۱۵ سال                      |
| حوادث (جراحات غیر عمد)  | حوادث (جراحات غیر عمد)           |
| تومورهای بدخیم          | ضرب و جرح و قتل                  |
| بیماری‌های قلبی         | خودآزاری (خودکشی)                |
| خودآزاری (خودکشی)       | تومورهای بدخیم                   |
| ضرب و جرح و قتل         | بیماری‌های قلبی                  |
| ۶۴-۴۵ سال               | ۶۵ سال و بالاتر                  |
| تومورهای بدخیم          | بیماری‌های قلبی                  |
| بیماری‌های قلبی         | تومورهای بدخیم                   |
| حوادث (جراحات غیر عمد)  | بیماری‌های مغزی و عروقی          |
| دیابت قندی              | بیماری‌های مزمن راه هوایی تحتانی |
| بیماری‌های مغزی و عروقی | بیماری آلزایمر                   |

کاهش میزان کشش بافتی بر روی ریه‌ها هم تأثیر می‌گذارد. میزان ظرفیت ریوی با افزایش سن کاهش می‌یابد و می‌تواند به آمفیزم مربوط به پیری هم تبدیل شود. تماس مزمن با دود، گرد و غبار و آلودگی‌ها می‌تواند میزان کارکرد تنفسی بیماران مسن را کاهش دهد و باعث ایجاد بیماری‌هایی مانند آسم و برونشیت مزمن شود. میزان کارکرد ریوی در بیمار مسن به میزان قابل توجهی از بیماران جوان کمتر است (جدول ۱-۱۷) <sup>25</sup>.

جدول ۱-۱۷ تغییرات ریوی در بیماران ۶۵ ساله و بالاتر

| کارکرد                         | درصد کارکرد در مقایسه با ظرفیت فرد ۳۰ ساله |
|--------------------------------|--|
| ظرفیت کلی ریه                  | ۱۰۰  |
| ظرفیت حیاتی                    | ۵۸   |
| میزان جذب اکسیژن در حین فعالیت | ۵۰   |
| حداکثر ظرفیت تنفسی             | ۵۵   |

جراحی مانند جراحی bypass شریان اکلیلی (Coronary) و انجام پیوند و جایگزینی دریچه قلبی کاملاً متداول شده است و اکنون بیمارانی که در گذشته ناتوان بودند می‌توانند مانند دیگران زندگی عادی داشته باشند. درصد موفقیت پیوندهای تک عضوی و چند عضوی بیشتر شده است و آمار انجام چنین درمان‌هایی نسبت به گذشته بالاتر رفته است. داروی جدیدتر و مؤثرتری برای درمان بیماری‌های مزمن مانند فشار خون بالا، دیابت و ایدز در دسترس قرار گرفته‌اند.

پیشرفت‌های حاصل شده در زمینه پزشکی واقعاً قابل توجه بوده است. با توجه به این پیشرفت‌ها، دندانپزشکان باید بتوانند سلامتی دهان بیمارانی که در معرض خطر قرار دارند را حفظ کنند بسیاری از این بیماران از بیماری‌های مزمنی رنج می‌برند که تنها تحت کنترل قرار دارند ولی درمان نشده‌اند. مک کارتی (McCarthy) چنین بیمارانی را این گونه توصیف می‌کند «مجروحان سرپا، حوادث دنبال مکانی برای به وقوع پیوستن می‌گردند»<sup>55</sup>.

### جلسات درمانی طولانی‌تر

در سال‌های اخیر، بسیاری از دندانپزشکان مدت جلسات درمانی خود را افزایش داده‌اند. در بررسی ADA، متوسط زمان درمان ۵۰/۷ دقیقه برای دندانپزشکی عمومی و ۴۰ دقیقه برای تخصصی بوده است.<sup>56</sup> این زمان بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۰۹ هر سال ۷ دقیقه اضافه شده است. امروزه بسیاری از دندانپزشکان جلسات درمانی خود را (درمان‌های اندودانتیک و ایمپلنت) بین ۱-۳ ساعت تنظیم می‌کنند. درمان دندانپزشکی می‌تواند برای بیمار، دندانپزشک و کادر بهداشتی استرس‌زا باشد و جلسات درمانی طولانی‌تر به طور طبیعی باعث ایجاد استرس بیشتری می‌شوند. در چنین شرایطی احتمال بروز واکنش‌های منفی در بیمارانی که مشکل پزشکی دارند از افراد سالم بیشتر است ولی حتی افراد سالم هم ممکن است در اثر استرس دچار عوارضی غیر منتظره شوند. امروزه کاهش استرس به صورت اصلی مهم در پیشگیری از بروز اورژانس‌های پزشکی پذیرفته شده است.

با این حال، در طی سه دهه گذشته، دندانپزشکان درمان تعداد بیشتری از بیماران بالای ۶۰ سال که اکثر دندان‌های طبیعی خود را حفظ نموده‌اند را آغاز کرده‌اند. این بیماران به درمان‌های دندانپزشکی گوناگونی نیاز دارند: پرئودنتیکس، اندودنتیکس، کراون و بریج، ترمیم، ایمپلنت و جراحی دهان. بسیاری از این بیماران به علت سن بالا و احتمال وجود ناتوانی‌های جسمانی پیش‌زمینه‌ای، توانایی کمتری برای تحمل استرس‌های معمول حین درمان دارند. این کاهش میزان تحمل در برابر استرس، دندانپزشک را آگاه می‌کند که احتمال بروز خطرات پزشکی در حین انجام درمان دندانپزشکی حتی در صورت عدم وجود بیماری آشکار از نظر بالینی (کادر ۱-۲) در بیماران مسن بالا است. علاوه بر آن، دندانپزشک باید تمام اصول کاهش استرس را به منظور به حداقل رساندن خطر به کار برد (اصول کاهش استرس در فصل دوم را مطالعه کنید)<sup>54</sup>.

### پیشرفت‌های پزشکی

با افزایش سن، احتمال بروز بیماری افزایش می‌یابد. امروزه بیماران دیابتیک و بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی (نارسایی قلبی، آرتروواسکلروز) نسبت به ۲۵ یا ۳۵ سال پیش عمر طولانی‌تری دارند.

#### کادر ۱-۲ عوامل افزایش دهنده احتمال بروز خطر در حین انجام درمان دندانپزشکی

افزایش تعداد بیماران مسن  
پیشرفت‌های پزشکی  
دارو درمانی  
افزایش انواع روش‌های جراحی (مثال: ایمپلنت)  
جلسات درمانی طولانی‌تر  
افزایش میزان استفاده از دارو  
داروهای بی‌حسی موضعی  
آرامبخش‌ها  
ضد دردها  
آنتی‌بیوتیک‌ها

امروزه بسیاری از بیمارانی که در خانه یا صندلی چرخدار خود محدود شده بودند و نمی‌توانستند کار کنند و یا حتی تحت درمان دندانپزشکی قرار بگیرند می‌توانند به علت پیشرفت‌های به وجود آمده در زمینه دارو درمانی و روش‌های جراحی مانند افراد عادی زندگی کنند. اشعه درمانی و شیمی‌درمانی باعث طولانی‌تر شدن عمر بیماران مبتلا به سرطان شده است. اعمال



دوم، افزایش قدرت تشخیص و کنترل چنین شرایطی توسط دندانپزشکان است که با وجود رعایت دقیق اصول پیشگیری به وقوع می‌پیوندند. در شکل ۴-۱ سه گروه دارویی شایع مصرفی تجویز شده بر پایه سن بیمار آورده شده است.<sup>47</sup>

گلدبرگر (Goldberger)<sup>59</sup> اظهار نمود «اگر شما برای مواجه شدن با موارد اورژانس آمادگی داشته باشید، دیگر حالت اورژانسی به وجود نمی‌آید.» هدف نهایی کنترل موارد اورژانس حفظ حیات بیمار است. این هدف اساسی مانند زنجیری است که بخش‌های مختلف این کتاب را به هم مرتبط می‌کند.

### طبقه‌بندی وضعیت‌های تهدیدکننده زندگی

چندین روش برای طبقه‌بندی اورژانس‌های پزشکی وجود دارد. روش قدیمی طبقه‌بندی، بر اساس دستگاه‌های مختلف بدن است (systems-oriented) که وضعیت‌های تهدیدکننده زندگی مرتبط با هر یک از دستگاه‌های بدن را ارزیابی می‌کند (کادر ۳-۱).

این روش اغلب برای اهداف آموزشی مناسب است ولی از جنبه بالینی دارای نقص‌هایی است. در روش طبقه‌بندی دوم وضعیت‌های اورژانس به دو دسته گسترده تقسیم می‌شوند- موارد اورژانس قلبی عروقی و موارد اورژانس غیر قلبی عروقی که هر دو دسته را می‌توان به دو گروه موارد اورژانس وابسته یا غیر وابسته به استرس تقسیم نمود. در این روش موارد اورژانس تهدید کننده زندگی به طور عمومی ارائه می‌شوند و بویژه برای دندانپزشکان بسیار مفید است. برای مقایسه دستگاه‌ها با یکدیگر دو مورد باید مورد بررسی قرار گیرد- موارد اورژانس قلبی عروقی نسبت به موارد اورژانس غیر قلبی عروقی و موارد اورژانس وابسته به استرس نسبت به موارد اورژانس غیر وابسته به استرس (جدول ۱۸-۱).

این طبقه‌بندی می‌تواند به دندانپزشک در آماده‌سازی طرح درمانی موثر کمک کند تا از بروز وضعیت‌های اورژانس جلوگیری شود. می‌توان با رعایت اصول کاهش دهنده استرس، احتمال بروز موارد اورژانس وابسته به استرس را به حداقل رساند. این اصول عبارتند از استفاده از روش‌های آرام‌بخشی روانی، کنترل موثر درد و محدود نمودن مدت جلسات درمانی. در فصل دوم این عوامل بطور کامل شرح داده خواهد شد.

### افزایش مصرف دارو

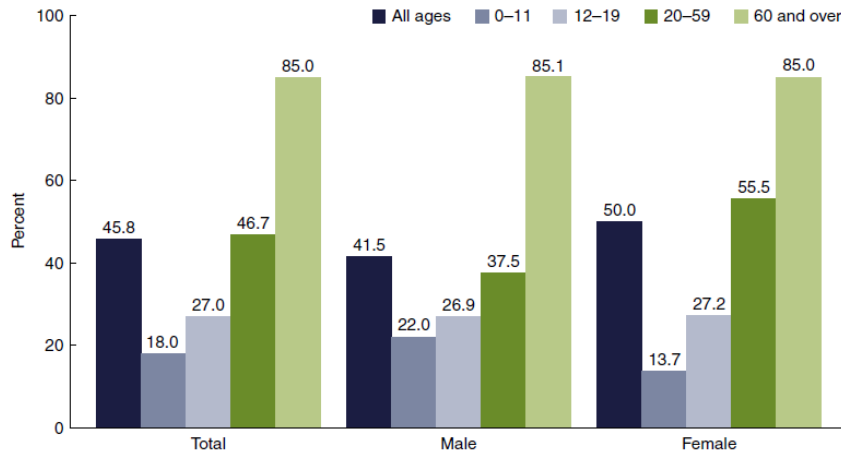
در دندانپزشکی معاصر داروها نقشی اساسی دارند.<sup>۱</sup> داروهای پیشگیری کننده از بروز درد، کاهش اضطراب و درمان عفونت جزو مهمترین تجهیزات پزشکی هر دندانپزشکی هستند. با این حال تمام داروها دارای چندین اثر گوناگون هستند: هیچ دارویی کاملاً بی‌خطر نیست. با داشتن آگاهی از اثرات فارماکولوژیک داروها و استفاده از روش مناسب می‌توان میزان بروز موارد اورژانس به وجود آمده در اثر داروها را به میزان قابل توجهی کاهش داد.

در سال ۲۰۱۵ تا ۲۰۱۶، ۴۵/۸ درصد مردم آمریکا یک یا چند دارو در ۳۰ روز اخیر را مصرف نمودند (شکل ۳-۱). داروهای تجویزی با نسخه با افزایش سن، هم در مردان و هم زنان افزایش می‌یابد. در مجموع ۱۸ درصد بچه‌های بین ۰ تا ۱۱ سال، ۲۷ درصد بین ۱۲ تا ۱۹، و ۴۶/۷ درصد بالغین بین ۲۰ تا ۵۹ سال و ۸۵ درصد بالای ۶۰ سال در طی ۳۰ روز اخیر مصرف داروی نسخه شده داشتند.<sup>57</sup>

دندانپزشکان باید توجه ویژه‌ای به تشخیص عوارض ناشی از اثرات فارماکولوژیک یک دارو یا تداخلات احتمالی بین داروهای متداول مورد استفاده در دندانپزشکی با سایر داروها داشته باشند. به‌عنوان مثال کاهش فشار خون ارتواستاتیک تحت تأثیر بسیاری از داروهای مورد استفاده در فشار خون بالا قرار می‌گیرد.

از جمله سایر تداخلات دارویی احتمالاً مرگبار می‌توان به وجود تداخل دارویی بین مهارکننده‌های منوآکسیداز و مخدرها (به‌عنوان مثال، میپیدین و فنتانیل) یا بین اپی‌نفرین و مسدودکننده‌های بتا-آدرنرژیک غیر اختصاصی قلب اشاره کرد. همچنین بیماری‌هایی که (چه مرد و چه زن) از ممانعت‌کننده فسفودی استراز (نمونه Viagra, Levitra, Cialis) استفاده می‌کنند، چنانچه دچار درد آئزین قفسه‌صدری شوند و نیاز به تجویز نیتروگلیسیرین داشته باشند<sup>58</sup> دچار کاهش عمده فشار خون می‌شوند. هدف از ارزیابی این کتاب افزایش میزان آگاهی دندانپزشکان در مورد بیماری‌هایی است که در معرض خطر بالایی (high-risk) قرار دارند تا بتوانند از درمان‌های جایگزینی به جای طرح درمان معمول استفاده کنند. هدف

۱- در یک بررسی که در دانشکده دندانپزشکی شهید بهشتی بر روی ۶۰۰ بیمار انجام دادیم ۳۸/۳ درصد (۵۶/۳ درصد چنانچه مصرف همزمان بیش از یک دارو در نظر گرفته شود) افراد مراجعه کننده دارو مصرف می‌کردند که به ترتیب شامل NSAIDs، آنالژژیکها، آرام‌بخش‌ها، آنتی هیستامین‌ها، آنتی بیوتیک‌ها، داروهای گوارشی، داروهای قلبی، داروهای پایین آورنده فشار خون، و داروهای تیروئید بوده است. (مجله دانشکده دندانپزشکی شهید بهشتی، دوره ۲۴، شماره ۲، پاییز ۱۳۸۵)



شکل ۳-۱: مصرف یک (یا بیشتر) داروی تجویزی در ۳۰ روز اخیر (با توجه به سن و جنس) در آمریکا (۲۰۱۵-۲۰۱۶)

این کتاب بر اساس کاربرد صحیح اصول و مراحل درمانی تهیه شده است. هر بخش اصلی به یک گروه از بیماری‌ها اختصاص دارد و هر بخش حاوی علائم بالینی شایع‌تری در مورد آن بیماری‌ها است. نحوه درمان مشکل اورژانس شایع‌تر مربوط به آن دسته از بیماری‌ها به طور کامل شرح داده شده است. هر بخش با ارائه تشخیص‌های افتراقی خاتمه می‌یابد (کادر ۴-۱).

این طبقه‌بندی‌ها به این دلیل ارائه شده است که هر وضعیت تهدید کننده، در گروهی قرار گیرد که بیشتر علائم بالینی معمول آن مشکل را نشان می‌دهد. می‌توان چندین وضعیت دیگر را هم علاوه بر موارد جایگزین شده در طبقه‌بندی‌ها اضافه نمود. به عنوان مثال، انفارکتوس حاد میوکارد و حمله مغزی عروقی (Cerebrovascular accident) از علل احتمالی بروز بیهوشی هستند ولی شرح این موارد اورژانس در بخشی ارائه شده است که در مورد علائم بالینی شایع‌تر آنها بیشتر شرح داده است- درد سینه در اثر بروز انفارکتوس میوکارد و اختلال هوشیاری در اثر بروز عارضه مغزی عروقی.

### کادر ۳-۱ طبقه‌بندی بر اساس دستگاه‌های مختلف بدن

#### بیماری‌های عفونی

دستگاه ایمنی  
آلرژی‌ها  
ادم آنژیونورتیک  
درماتیت تماسی  
آنافیلاکسی

#### پوست و ضمایم آن

چشم  
گوش، بینی و گلو  
راه تنفسی  
آسم  
افزایش میزان تنفس

#### دستگاه قلبی عروقی

بیماری آرتریو اسکلروز قلب  
آنژین صدری  
انفارکتوس میوکارد  
نارسایی قلبی

#### خون

مسیر گوارشی و کبد  
حاملگی و بیماری‌های دستگاه تناسلی زنان  
دستگاه عصبی

#### بیهوشی

سنکوپ و ازودپرسور  
کاهش فشار خون ارتواستاتیک  
اختلالات تشنجی

#### صرع

واکنش‌های وابسته به مسمومیت (overdose)  
سکته مغزی عروقی  
اختلالات آندوکرینی

#### دیابت ملیتوس

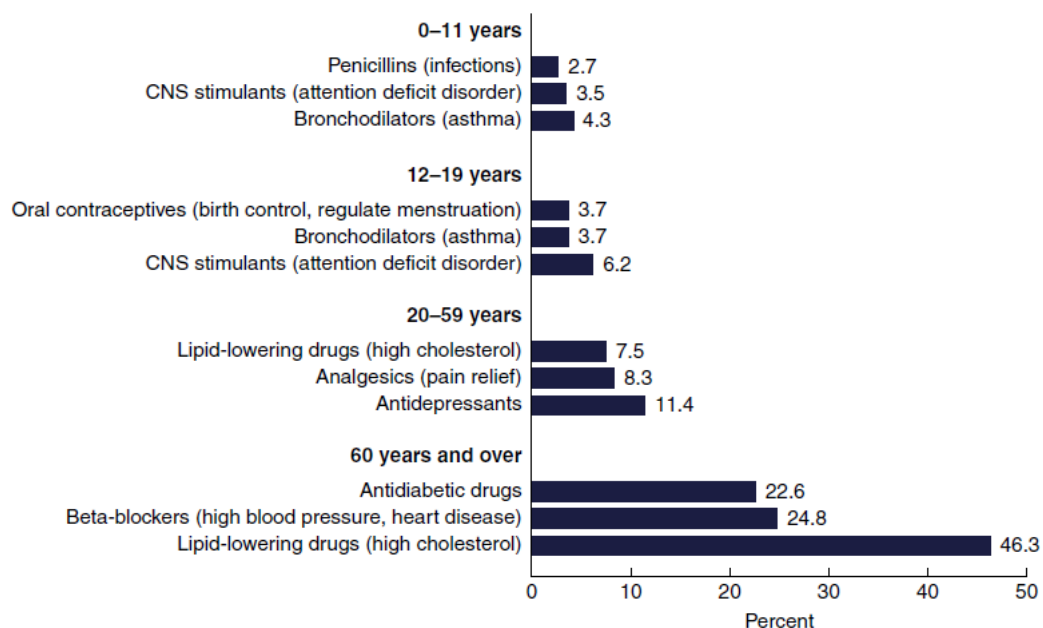
هیپرگلیسمی  
هیپوگلیسمی  
غده تیروئید

#### هیپرتیروئیدیسم

هیپوتیروئیدیسم

#### غده فوق کلیوی

نارسایی حاد غده فوق کلیوی



شکل ۴-۱: مصرف رایج داروهای تجویزی در ۳۰ روز اخیر در آمریکا (۲۰۱۶-۲۰۱۵)

جدول ۱۸-۱: طبقه‌بندی وضعیت اورژانس بر اساس وضعیت قلبی

| موارد اورژانس قلبی عروقی    | موارد اورژانس غیر قلبی عروقی         |                     |
|-----------------------------|--------------------------------------|---------------------|
| آنژین صدری                  | سنکوپ و ازودپرسور                    | استرس               |
| انفارکتوس حاد میوکارد       | افزایش میزان تنفس (hyperventilation) |                     |
| نارسایی حاد قلبی (ادم ریوی) | بروز حملات ناگهانی                   |                     |
| ایسکمی مغزی و انفارکتوس     | نارسایی حاد غده فوق کلیوی            |                     |
| ایست قلبی ناگهانی           | طوفان تیروئیدی                       |                     |
|                             | آسم (اسپاسم برونش‌ها)                |                     |
|                             | کاهش فشار خون ارتوستاتیک             |                     |
|                             | مسمومیت (واکنش overdose)             | غیر وابسته به استرس |
| انفارکتوس حاد میوکارد       | واکنش‌های هیپوگلیسمیک                |                     |
|                             | هیپرگلیسمی                           |                     |
|                             | آلرژی                                |                     |

است. با استفاده از پرسشنامه مربوط به تاریخچه پزشکی، علایم حیاتی و تاریخچه گفتاری و براساس روش رایج شده توسط انجمن متخصصین بیهوشی آمریکا<sup>31</sup> میزان بروز خطر برای هر بیمار مشخص می‌شود. با ارایه توصیه‌هایی برای استفاده از درمان‌های دندانپزشکی اختصاصی جایگزین این بخش خاتمه می‌یابد.

#### کادر ۴-۱ موارد اورژانس پزشکی شایع در مطب دندانپزشکی

##### بیهوشی

سنکوپ وازودپرسور  
کاهش فشار خون ارتواستاتیک  
نارسایی حاد غده فوق کلیوی

##### اختلال تنفسی

انسداد راه هوایی  
افزایش تنفس  
آسم (اسپاسم برونش‌ها)  
نارسایی قلبی و ادم حاد ریوی

##### اختلال در میزان هوشیاری

دیابت ملیتوس: هیپرگلیسمی و هیپوگلیسمی  
اختلال در عملکرد غده تیروئید (هیپرتیروئیدیسم و هیپوتیروئیدیسم)  
سکته مغزی عروقی

##### حملات ناگهانی

موارد اورژانس وابسته به دارو  
واکنش‌های ایجاد شده در اثر مسمومیت دارویی (overdose)  
آلرژی

درد سینه  
آنژین صدری  
انفارکتوس حاد میوکارد

##### ایست قلبی ناگهانی

۴. **علایم بالینی:** در این بخش علائم و نشانه‌های بالینی آشکاری که به دندانپزشکان در تشخیص بیماری کمک می‌کنند شرح داده می‌شوند.

۵. **پاتوفیزیولوژی:** در مورد فرآیند پاتولوژیک ایجاد کننده علایم و نشانه‌ها توضیح داده می‌شود. دندانپزشک با داشتن درک کامل تری از علت بروز بیماری، بهتر می‌تواند وضعیت بوجود آمده را کنترل کند.

۶. **درمان (مدیریت):** نحوه درمان مرحله به مرحله علائم و نشانه‌های بالینی در این بخش شرح داده خواهد شد.

۷. **تشخیص افتراقی:** در پایان هر بخش، فصلی رایج داده شده است که به دندانپزشک در تشخیص علت احتمالی وضعیت اورژانس به وجود آمده کمک می‌کند.

با وجود آن که سیستم اورژانس قلبی عروقی در پیشگیری از بروز موارد اورژانس موثر است ولی دندانپزشکان به روشی نیاز دارند که در تشخیص و کنترل چنین شرایطی به آنها کمک کند. بنابراین آنها باید از استفاده از روش طبقه‌بندی بر اساس دستگاه‌های مختلف بدن صرف‌نظر کنند. دندانپزشکان در واقع در اکثر شرایط بالینی از وجود وضعیت‌های پاتولوژیک نهفته در بیمار آگاهی ندارند، دندانپزشک باید تنها با استفاده از علائم و نشانه‌های بالینی آشکار به عنوان راهنما، وضعیت‌های تهدید کننده زندگی را تشخیص داده و چنین مواردی را کنترل کند. به همین دلیل، از زمان انتشار چاپ اول این کتاب در سال ۱۹۷۸ ثابت شده است که طبقه‌بندی وضعیت‌های اورژانس بر اساس علائم و نشانه‌های بالینی کاملاً مفید است.

ضرورت دارد که دندانپزشک درمان اولیه اکثر وضعیت‌های اورژانس را بر اساس این علایم بالینی آغاز نماید تا زمانی که بتوان تشخیص دقیق تری داد. علایم و نشانه‌هایی که معمولاً مشاهده می‌شوند عبارتند از اختلالات هوشیاری (بیهوشی، کاهش یا اختلال در میزان هوشیاری)، اختلالات تنفسی، بروز حملات ناگهانی، بروز موارد اورژانس وابسته به دارو و درد سینه در هر وضعیتی. کسب نتیجه موفقیت‌آمیز به پایبندی کامل دندانپزشک به اصول درمانی بستگی دارد. با رعایت کامل این مراحل، می‌توان قدم‌های بعدی را به‌سوی انجام تشخیص کاملتر برداشت تا به حل مشکل بیمار کمک شود.

## بخش‌های ارائه شده در ارتباط با وضعیت‌های خاص اورژانس

در توضیح هر یک از وضعیت‌های اورژانس موارد گوناگونی شرح داده خواهد شد که شامل سرفصل‌ها و هدف از ارایه هر یک از آنها می‌باشد:

۱. **ملاحظات عمومی:** در بخش معرفی، اطلاعاتی کلی در مورد وضعیت به وجود آمده ارایه داده می‌شود و تعاریف و توضیحات مربوط به آن وضعیت هم شرح داده می‌شود.

۲. **عوامل پیش‌زمینه‌ای یا مستعدکننده:** در مورد میزان شیوع و علت بروز بیماری‌ها و عواملی که می‌توانند بیمار را در معرض خطر قرار گرفتن در وضعیت‌های مرگبار قرار دهند توضیح داده می‌شود.

۳. **پیشگیری:** این بخش در ادامه بخش‌های قبلی ارایه می‌شود و هدف از آن جلوگیری از حاد شدن وضعیت بیماری

## References

- Zorzi A, Vessella T, De Lazzari M, Cipriani A, et al. Screening young athletes for diseases at risk of sudden cardiac death: role of stress testing for ventricular arrhythmias. *Eur J Prev Cardiol.* 2020 Feb;27(3):311–320.
- Winkelmann ZK, Crossway AK. Optimal screening methods to detect cardiac disorders in athletes: an evidence-based review. *J Athl Train.* 2017 Dec;52(12):1168–1170.
- Harmon KG, Zigman M, Drezner JA. The effectiveness of screening history, physical exam, and ECG to detect potentially lethal cardiac disorders in athletes: a systematic review/meta-analysis. *J Electrocardiol.* 2015 May–Jun;48(3):329–338.
- Harmon KG, Asif IM, Maleszewski JJ, Owens DS, et al. Incidence, cause, and comparative frequency of sudden cardiac death in National Collegiate Athletic Association athletes: a decade in review. *Circulation.* 2015 Jul 7;132(1):10–19.
- Harmon KG, Asif IM, Maleszewski JJ, Owens DS, et al. Incidence and etiology of sudden cardiac arrest and death in high school athletes in the United States. *Mayo Clin Proc.* 2016 Nov;91(11):1493–1502.
- Atherton GJ, McCaul JA, Williams SA. Medical emergencies in general dental practice in Great Britain. Part 1: their prevalence over a 10-year period. *Br Dent J.* 1999;186(2):72–79.
- Fast TB, Martin MD, Ellis TM. Emergency preparedness: a survey of dental practitioners. *J Am Dent Assoc.* 1986;112(4):499–501.
- Malamed SF. Managing medical emergencies. *J Am Dent Assoc.* 1993;124(8):40–53.
- Gill C, Michaelides PL. Dental drugs and anaphylactic reactions. Report of a case. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1980;50(1):30–32.
- Anders PL, Comeau RL, Hatton M, Neiders ME. The nature and frequency of medical emergencies among patients in a dental school setting. *J Dent Educ.* 2010;74(4):392–396.
- Chapman PJ. Medical emergencies in dental practice and choice of emergency drugs and equipment: a survey of Australian dentists. *Aust Dent J.* 1997;42(2):103–108.
- Broadbent JM, Thomson WM. The readiness of New Zealand general dental practitioners for medical emergencies. *N Z Dent J.* 2001;97(429):82–86.
- Morse Z, Murthi VK. Medical emergencies in dental practice in the Fiji Islands. *Pac Health Dial.* 2004;11(1):55–58.
- Arsati F, Montalli VA, Flório FM, et al. Brazilian dentists' attitudes about medical emergencies during dental treatment. *J Dent Educ.* 2010;74(6):661–666.
- Müller MP, Hänsel M, Stehr SN, Weber S, et al. A state-wide survey of medical emergency management in dental practices: incidence of emergencies and training experience. *Emerg Med J.* 2008;25(5):296–300.
- Čuković-Bagić I, Hrvatinić S, Jeličić J, Negovetić Vranić D, et al. General dentists' awareness of how to cope with medical emergencies in paediatric dental patients. *Int Dent J.* 2017;67(4):238–243.
- Jodalli PS, Ankola AV. Evaluation of knowledge, experience and perceptions about medical emergencies amongst dental graduates (Interns) of Belgaum City, India. *J Clin Exp Dent.* 2012 Feb 1;4(1):e14–e18. doi:10.4317/jced.50627. PMID: 24558518; PMCID: PMC3908803.
- Amiri Bavandpour M, Livas C, Jonkman REG. Management of medical emergencies in orthodontic practice. *Prog Orthod.* 2020;21(1):25. doi:10.1186/s40510-020-00327-3. PMID: 32776156; PMCID: PMC7415467.
- Gbotolorun OM, Babatunde LB, Osisanya O, Omokhuale E. Preparedness of government owned dental clinics for the management of medical emergencies: a survey of government dental clinics in Lagos. *Nig Q J Hosp Med.* 2012; 22(4):263–267.
- Jevon P. Updated guidance on medical emergencies and resuscitation in the dental practice. *Br Dent J.* 2012;212(1):41–43.
- Smereka J, Aluchna M, Aluchna A, Szarpak Ł. Preparedness and attitudes towards medical emergencies in the dental office among Polish dentists. *Int Dent J.* 2019;69(4):321–328.
- Center for Dental Practice. Council on Dental Practice survey on preparedness for medical emergencies in the dental practice. Chicago, IL: American Dental Association; 2018 February–March Aug 2018.
- Alhamad M, Alnahwi T, Alshayeb H, Alzayer A, et al. Medical emergencies encountered in dental clinics: a study from the Eastern Province of Saudi Arabia. *J Family Community Med.* 2015;22(3):175–179.
- Vaughan M, Park A, Sholapurkar A, Esterman A. Medical emergencies in dental practice—management requirements and international practitioner proficiency. A scoping review. *Aust Dent J.* 2018;63(4):455–466.
- Reuter NG, Westgate PM, Ingram M, Miller CS. Death related to dental treatment: a systematic review. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2017;123(2):194–204 e10.
- Chicka MC, Dembo JB, Mathu-Muju KR, Nash DA, et al. Adverse events during pediatric dental anesthesia and sedation: a review of closed malpractice insurance claims. *Pediatr Dent.* 2012;34(3):231–238.
- Lee H, Milgrom P, Huebner CE, Weinstein P, et al. Ethics rounds: death after pediatric dental anesthesia: an avoidable tragedy? *Pediatrics.* 2017;140(6):e20172370. doi:10.1542/peds.2017-2370. Epub 7 November 2017. PMID: 29114060.
- Gaiser M, Kirsch J, Mutzbauer TS. Using nonexpert online reports to enhance expert knowledge about causes of death in dental offices reported in scientific publications: qualitative and quantitative content analysis and search engine analysis. *J Med Internet Res.* 2020;22(4):e15304. doi:10.2196/15304. PMID: 32038029; PMCID: PMC7195661.
- Matsuura H. Analysis of systemic complications and deaths during dental treatment in Japan. *Anesth Prog.* 1989;36(4-5):223–225.
- de St Georges J. How dentists are judged by patients. *Dent Today.* 2004;23(8):96–98–96, 99.
- Minoli M, Zechini G, Capparé P, Landoni G. Dental deaths in Italy as reported by online press articles. *Oral Dis.* 2020;26(5):858–864.
- Lee HH, Milgrom P, Starks H, Burke W. Trends in death associated with pediatric dental sedation and general anesthesia. *Paediatr Anaesth.* 2013;23(8):741–746.
- Little JW, Miller CS, Rhodus NL. *Little and Falace's dental management of the medically compromised patient.* 9th edition. St Louis: Elsevier; 2018.
- Marks LA, Van Parys C, Coppens M, Herregods L. Awareness of dental practitioners to cope with a medical emergency: a survey in Belgium. *Int Dent J.* 2013;63(6):312–316.
- Roy E, Quinsat VE, Bazin O, Lesclous P, Lejus-Bourdeau C. High-fidelity simulation in training dental students for medical life-threatening emergency. *Eur J Dent Educ.* 2018;22(2):e261–e268.
- Lytle JJ, Stamper EP. The 1988 anesthesia survey of the Southern California Society of Oral and Maxillofacial Surgeons. *J Oral Maxillofac Surg.* 1989;47(8):834–842.
- Breuer G, Knipfer C, Huber T, et al. Competency in managing cardiac arrest: a scenario-based evaluation of dental students. *Acta Odontol Scand.* 2016;74(4):241–249.
- Tanzawa T, Futaki K, Kurabayashi H, et al. Medical emergency education using a robot patient in a dental setting. *Eur J Dent Educ.* 2013;17(1):e114–e119.

39. Khami MR, Yazdani R, Afzalimoghaddam M, Razeghi S, Moscowchi A. Medical emergency management among Iranian dentists. *J Contemp Dent Pract.* 2014;15(6):693–698.
40. Azad A, Talattof Z, Deilami Z, Zahed M, Karimi A. Knowledge and attitude of general dentists regarding common emergencies in dental offices: a cross-sectional study in Shiraz, Iran. *Indian J Dent Res.* 2018 Sep–Oct;29(5):551–555.
41. Gupta T, Aradhya MR, Nagaraj A. Preparedness for management of medical emergencies among dentists in Udipi and Mangalore, India. *J Contemp Dent Pract.* 2008 Jul 1;9(5):92–99.
42. Al-Shamiri HM, Al-Maweri SA, Shugaa-Addin B, Alaizari NA, et al. Awareness of basic life support among Saudi dental students and interns. *Eur J Dent.* 2017;11(4):521–525.
43. Alotaibi O, Alamri F, Almuflleh L, Alsougi W. Basic life support: knowledge and attitude among dental students and staff in the College of Dentistry, King Saud University. *Saudi J Dent Res.* 2016;7(1):51–56.
44. Al-Iryani GM, Ali FM, Alnami NH, Almashhur SK, et al. Knowledge and preparedness of dental practitioners on management of medical emergencies in Jazan Province. *Open Access Maced J Med Sci.* 2018;6(2):402–405.
45. Gbotolorun OM, Babatunde LB, Osisanya O, Omokhualo E. Preparedness of government owned dental clinics for the management of medical emergencies: a survey of government dental clinics in Lagos. *Nig Q J Hosp Med.* 2012;22(4):263–267.
46. Adewole RA, Sote EO, Oke DA, Agbelusi AG. An assessment of the competence and experience of dentists with the management of medical emergencies in a Nigerian teaching hospital. *Nig Q J Hosp Med.* 2009 Sep–Dec;19(4):190–194.
47. Atherton GJ, McCaul JA, Williams SA. Medical emergencies in general dental practice in Great Britain. Part 2: drugs and equipment possessed by GDPs and used in the management of emergencies. *Br Dent J.* 1999;186(3):125–130.
48. Atherton GJ, McCaul JA, Williams SA. Medical emergencies in general dental practice in Great Britain. Part 3: perceptions of training and competence of GDPs in their management. *Br Dent J.* 1999;186(5):234–237.
49. Arias E, Xu J. United States life tables. *Natl Vital Stat Rep.* 2017;68(7):1–66. Jun 24 2019. [www.cdc.gov/nchs/products/index.htm](http://www.cdc.gov/nchs/products/index.htm).
50. Administration for Community Living, 2019. Profile of older Americans. <https://acl.gov/aging-and-disability-in-america/data-and-research/profile-older-americans>.
51. *10 Leading causes of death by age group, United States.* Data from national vital statistics system: National Center for Health Statistics, CDC; 2017. [www.cdc.gov/injury/wisqars/leadingcauses.html](http://www.cdc.gov/injury/wisqars/leadingcauses.html).
52. Baker SP, Spitz WU. Age effects and autopsy evidence of disease in fatally injured drivers. *JAMA.* 1970;214(6):1079–1088.
53. Hranjec T, Sawyer RG, Young JS, Swenson BR, Calland JF. Mortality factors in geriatric blunt trauma patients: creation of a highly predictive statistical model for mortality using 50,765 consecutive elderly trauma admissions from the National Sample Project. *Am Surg.* 2012Dec; 78(12):1369–1375.
54. McCarthy FM, Malamed SF. Physical evaluation system to determine medical risk and indicated dental therapy modifications. *J Am Dent Assoc.* 1979;99(2):181–184.
55. McCarthy FM. Sudden, unexpected death in the dental office. *J Am Dent Assoc.* 1971;83(5):1091–1092.
56. *2002 survey of dental practice—characteristics of dentists in private practice and their patients.* Chicago: American Dental Association; 2004.
57. Martin CB, Hales CM, Gu Q, Ogden CL. *Prescription drug use in the United States, 2015–2016.* Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics; 2019. NCHS Data Brief. <https://www.cdc.gov/nchs/products/databriefs/db334.htm>. 334(334):1–8.
58. Schwartz BG, Kloner RA. Drug interactions with phosphodiesterase-5 inhibitors used for the treatment of erectile dysfunction or pulmonary hypertension. *Circulation.* 2010;122(1):88–95.
59. Goldberger E. *Treatment of cardiac emergencies.* 5th edition. St Louis: Mosby; 1990.
60. American Society of Anesthesiologists. New classification of physical status. *Anesthesiology.* 1963;24:111.
61. Mayhew D, Mendonca V, Murthy BVS. A review of ASA physical status—historical perspectives and modern developments. *Anaesthesia.* 2019;74(3):373–379.

## پیشگیری (Prevention)

۱. باید میزان توانایی بیمار در تحمل جسمانی استرس‌های حین درمان را مشخص کند.
  ۲. باید میزان توانایی بیمار در تحمل روانی استرس‌های حین درمان را مشخص کند.
  ۳. باید مشخص نماید که آیا می‌توان با انجام طرح درمانی جایگزین، به بیمار در تحمل آسانتر استرس‌های حین درمان کمک نمود.
  ۴. باید مشخص کند که آیا نیازی به استفاده از آرامبخش‌های روانی وجود دارد :
- الف) مشخص می‌نماید که کدام روش آرامبخشی مناسب‌تر است.  
ب) مشخص می‌نماید که آیا داروهای مورد استفاده در طرح درمان منع تجویز دارند.
- دو هدف اول در مورد میزان توانایی بیمار در تحمل استرس‌های حین درمان دندانپزشکی می‌باشد. این استرس ممکن است جسمانی یا روانی باشد. بسیاری از بیماران به علت داشتن شرایط پزشکی پیش‌زمینه‌ای، توانایی کمتری برای تحمل استرس‌های معمول ناشی از درمان دندانپزشکی را دارند. در این بیماران احتمال زیادی وجود دارد که بیماری‌های پیش‌زمینه‌ای آنها در اثر استرس به حالتی حاد تبدیل شود. برخی از این بیماری‌های پیش‌زمینه‌ای عبارتند از: آنژین صدری، صرع، آسم و کم‌خونی داسی شکل. با وجود آن که اکثر بیماران می‌توانند درمان دندانپزشکی را تحمل کنند، دندانپزشک باید قبل از آغاز درمان موارد زیر را مشخص نماید: (۱) نوع بیماری (احتمالی ۲) شدت بیماری (۳) اثر احتمالی آن بر روی طرح درمان دندانپزشکی.

براساس نظر مک‌کارتی (McCarthy) می‌توان با انجام ارزیابی کامل وضعیت جسمانی تمام بیماران مراجعه کننده به مطب دندانپزشکی، از بروز حدود ۹۰٪ از شرایط تهدیدکننده زندگی جلوگیری نمود<sup>۱</sup>. ۱۰٪ باقیمانده با وجود رعایت تمام اقدامات پیشگیری کننده رخ می‌دهند. گلدبرگر<sup>۲</sup> (Goldberger) بیان نمود «اگر شما دارای آمادگی لازم برای مواجه شدن با وضعیت اورژانس باشید، دیگر حالت اورژانس وجود نخواهد داشت». این گفته کاملاً صحیح است. با داشتن آمادگی برای مواجه شدن با وضعیت اورژانس، خطر یا احتمال بروز تلفات و مرگ از بین می‌رود. دندانپزشک با داشتن آگاهی کامل از وضعیت جسمانی بیمار قبل از آغاز درمان می‌تواند طرح درمان دندانپزشکی مناسبی را انتخاب کند. به عبارت دیگر می‌تواند با پیش‌بینی خطرهای احتمالی کاملاً آمادگی مواجه شدن با آنها را داشته باشد.

در این فصل مراحل انجام ارزیابی دقیق وضعیت جسمانی به‌طور کامل شرح داده خواهد شد زیرا در صورت انجام ارزیابی کامل، میزان بروز موارد اورژانس حاد پزشکی به میزان قابل توجهی (۷۵ در صد) کاهش می‌یابد. (این فصل به دفعات و در بقیه‌ی قسمت‌های این کتاب مورد ارجاع قرار خواهد گرفت)

### هدف از ارزیابی بیمار

در این فصل نحوه ارزیابی وضعیت جسمانی از جنبه کاربردی شرح داده می‌شود. با انجام مراحل ذکر شده، دندانپزشک می‌تواند به‌طور دقیق خطرهای احتمالی (خطر پیش آمد یک وضعیت احتمالی تهدید کننده حیات بیمار) به عنوان مثال: اورژانس پزشکی [در حین درمان او] را قبل از آغاز درمان تشخیص دهد. در کادر ۱-۲ و در ادامه، اهدافی را که یک دندانپزشک باید از انجام ارزیابی کسب کند شرح داده می‌شوند:

## کادر ۲-۱ هدف از ارزیابی وضعیت جسمانی

- ۱- تعیین میزان توانایی بیمار در تحمل جسمانی استرس‌های حین درمان
  - ۲- تعیین میزان توانایی بیمار در تحمل روانی استرس‌های حین درمان
  - ۳- تعیین اینکه آیا می‌توان با انجام طرح درمانی جایگزین به بیمار در تحمل آسان‌تر استرس‌های حین درمان کمک نمود.
  - ۴- تعیین اینکه آیا نیاز به استفاده از آرام‌بخش‌های روانی وجود دارد.
- الف) تعیین مناسب‌ترین روش آرام‌بخشی  
ب) تعیین اینکه آیا داروهای مورد استفاده در طرح درمان منع تجویز دارند.

استرس بیش از حد ممکن است برای فردی که بیماری خاصی ندارد هم مشکل ایجاد کند.<sup>۳</sup> ترس، اضطراب و درد- به ویژه درد ناگهانی و غیرمنتظره می‌تواند تغییراتی ناگهانی در بدن ایجاد نماید. بسیاری از بیماران مراجعه کننده به مطب دندانپزشکی موارد اورژانس ایجاد شده در اثر ترس (روانی) از جمله افزایش میزان تنفس و سنکوپ وازودپرسور (بیپهوشی) را تجربه نموده‌اند. هدف سوم در ارزیابی وضعیت جسمانی آن است که مشخص شود آیا می‌توان با انجام طرح درمانی جایگزین، به بیمار در تحمل آسان‌تر استرس‌های حین درمان کمک نمود. در برخی موارد یک بیمار سالم می‌تواند از نظر جسمانی درمان را تحمل کند ولی از نظر روانی نمی‌تواند آن را تحمل نماید.

فردی که دارای بیماری خاصی است هم می‌تواند از طرح درمان‌های جایگزین به منظور کاهش استرس سود ببرد. دندانپزشکان باید همواره به خاطر داشته باشند که این بیماران اغلب از درمان دندانپزشکی می‌ترسند. این ترس همراه با کاهش میزان تحمل استرس می‌تواند خطر بروز اورژانس پزشکی را افزایش دهد. اصول کاهش استرس که در این فصل شرح داده خواهد شد به دندانپزشک کمک می‌کند تا استرس‌های مربوط به درمان را به حداقل برساند. در مواردی که بیمار برای تحمل درمان دندانپزشکی به کمک احتیاج دارد، دندانپزشک می‌تواند از آرامبخشی روانی استفاده نماید. در صورت نیاز به استفاده از این روش‌ها، مناسب‌ترین روش و مناسب‌ترین دارو برای بیمار انتخاب می‌شوند. این مرحله آخرین هدف از ارزیابی وضعیت جسمانی بیمار است.

## ارزیابی وضعیت جسمانی

واژه ارزیابی وضعیت جسمانی برای توضیح مراحل لازم برای رسیدن به هدف‌های ذکر شده به کار می‌رود. ارزیابی وضعیت جسمانی در دندانپزشکی شامل پرسشنامه مربوط به تاریخچه پزشکی، معاینه وضعیت جسمانی و تاریخچه گفتاری است. با استفاده از این معلومات دندانپزشک بهتر می‌تواند (۱) وضعیت

جسمانی و روحی بیمار را مشخص نماید تا بتواند احتمال بروز خطر را در آن بیمار تعیین کند، (۲) مشاوره پزشکی نماید و (۳) از درمان‌های جایگزین مناسب استفاده کند.

## پرسشنامه مربوط به تاریخچه پزشکی

در حرفه پزشکی و دندانپزشکی، استفاده از پرسشنامه کتبی مربوط به تاریخچه پزشکی از نظر وجدانی و قانونی ضرورت دارد. علاوه بر آن، پرسشنامه مربوط به تاریخچه پزشکی، اطلاعات مفیدی در مورد وضعیت جسمانی و روانی بیمار در اختیار دندانپزشک قرار می‌دهد. پرسشنامه‌های بسیاری در رابطه با تاریخچه پزشکی در دسترس هستند ولی اکثر آنها انواع خلاصه شده‌ی نوع اصلی می‌باشند. تاریخچه پزشکی کوتاه و تاریخچه پزشکی بلند. فرم کوتاه که معمولاً یک صفحه است اطلاعاتی اساسی در مورد تاریخچه پزشکی بیمار را تأمین می‌کند و به‌طور ایده‌آل برای پزشکی مناسب است که تجربه بالینی قابل توجهی در زمینه ارزیابی وضعیت جسمانی دارد. پزشک باید برای استفاده مؤثر از فرم کوتاه از تاریخچه گفتاری به‌طور مناسب استفاده کند تا بتواند میزان بروز خطر را مشخص نماید. پزشک باید در زمینه استفاده از روش‌های ارزیابی وضعیت جسمانی هم تجربه کافی داشته باشد. متأسفانه اکثر پزشکان برای راحتی بیمار از فرم کوتاه یا فرمی مشابه آن استفاده می‌کنند. فرم بلند معمولاً دو یا سه صفحه است و شامل خلاصه‌ای از وضعیت جسمانی بیمار در زمان گذشته و حال می‌باشد. از این فرم اغلب برای آموزش استفاده می‌شود و کاملاً برای این منظور ایده‌آل است. پرسشنامه مربوط به تاریخچه پزشکی ممکن است بسیار با ارزش یا کاملاً بی‌ارزش باشد. این پرسشنامه‌ها زمانی ارزش پیدا می‌کنند که پزشک بتواند به‌اهمیت پاسخ‌های داده شده پی ببرد و با انجام معاینه وضعیت جسمانی و تاریخچه گفتاری اطلاعاتی بیشتر کسب کند. امروزه پرسشنامه‌های کامپیوتری مورد توجه قرار گرفته است.<sup>۴،۵</sup> بیمار به پرسش‌های کامپیوتر پاسخ می‌دهد که به عنوان پرسشنامه کلامی مورد استفاده قرار می‌گیرد.

در این چاپ از کتاب اورژانس‌های پزشکی، نمونه‌ای از پرسشنامه مربوط به تاریخچه پزشکی بالغین که دانشکده دندانپزشکی دانشگاه Pacific به همراه MetLife آن را تهیه نموده‌اند، ارائه داده شده است (شکل ۱-۲).<sup>۶</sup> در شکل ۲-۲ می‌توانید نمونه‌ای از پرسشنامه مربوط به تاریخچه پزشکی اطفال را مشاهده نمایید. در بررسی ۲۰۱۰ در آمریکا، تخمین افزایش جمعیت (به جز آمریکا) در حدود ۴۰ میلیون نفر در سال است (۱۲ در صد



داده شده (مبتلا می‌باشید یا بوده‌اید؟)، درمان‌های پزشکی (شامل داروها و سایر ترکیباتی که از نظر فیزیولوژیکی فعال هستند) و چند پرسش دیگر می‌باشد. با وجود آنکه استفاده از هر دو نوع پرسشنامه مربوط به تاریخچه پزشکی کوتاه و بلند در تعیین وضعیت جسمانی بیمار در حین درمان مفید است ولی نقطه ضعف اکثر پرسشنامه‌های مربوط به تاریخچه پزشکی آن است که پرسشی در زمینه دیدگاه بیمار در مورد دندانپزشکی در آنها ارایه نشده است. بنابراین توصیه می‌شود که یک یا چند پرسش مرتبط با این موضوع مهم افزوده گردد:

- ۱) آیا شما در حین درمان دندانپزشکی عصبی می‌شوید؟
- ۲) آیا شما تاکنون تجربه بدی در مطب دندانپزشکی داشته‌اید؟ (نمونه پرسش شماره ۵ در پرسشنامه دانشگاه Pacific) در ادامه، پرسشنامه مربوط به تاریخچه پزشکی دانشگاه Pacific و اهمیت هر یک از پرسش‌های آن شرح داده می‌شوند:

### پرسشنامه مربوط به تاریخچه پزشکی (بخش اول)

#### دور جواب مثبت را با دایره مشخص کنید

۱. آیا وضعیت سلامت عمومی شما خوب است؟  
توضیح: پرسشی برای ارزیابی عمومی بیمار است که عقیده بیمار را راجع به وضعیت سلامت مشخص می‌کند. تحقیقات انجام شده حاکی از آن هستند که پاسخ مثبت به این پرسش، لزوماً نشان دهنده وضعیت سلامت واقعی بیمار نیست.<sup>۹</sup>
۲. آیا در یک سال گذشته تغییری در سلامت شما به وجود آمده است؟
۳. آیا در طی ۳ سال گذشته بستری شده‌اید یا بیماری مهمی داشته‌اید؟ اگر پاسخ شما مثبت است، به چه دلیل؟
۴. آیا اکنون توسط پزشک تحت درمان هستید؟ به چه علت؟  
تاریخ آخرین معاینه پزشکی؟ تاریخ آخرین معاینه دندانپزشکی؟  
توضیح: پرسش‌های ۲، ۳ و ۴ اطلاعاتی را در مورد تغییرات اخیر در وضعیت جسمی بیمار ارائه می‌دهند. در صورت مثبت بودن پاسخ هر یک از پرسش‌ها باید تاریخچه گفتاری کاملی تهیه شود تا ماهیت دقیق تغییر رخ داده در سلامتی بیمار، نوع جراحی انجام شده یا بیماری پیش آمده و نام هر دارویی که بیمار در حال حاضر برای درمان مصرف می‌نماید، مشخص شود.
۵. آیا در درمان‌های قبلی دندانپزشکی مشکلی برای شما پیش آمده است؟

توضیح: مؤلف دریافته است که بسیاری از افراد بالغ نزد دندانپزشک یا دستیار وی به صورت گفتاری به ترس خود از

جمعیت آمریکا)<sup>۷</sup> سایر اطلاعات مرتبط با آمار نفوس در سال ۲۰۱۱ نشان می‌دهد که بیش از ۶۰/۶ میلیون (۲۱ در صد جمعیت آمریکا) ۵ ساله و بیشتر به زبانی به جز انگلیسی در خانه صحبت می‌کنند<sup>۸</sup> به همین جهت، این پرسشنامه، به ۴۰ زبان مختلف<sup>۱</sup> ترجمه شده که شامل زبان‌هایی است که ۹۵٪ از مردم کره زمین به آنها صحبت می‌کنند. هزینه ترجمه را چندین سازمان شامل انجمن دندانپزشکی کالیفرنیا و بیشتر از آن، دندانپزشکی MetLife پرداخت نموده‌اند. پرسشنامه مربوط به تاریخچه پزشکی (شکل ۱-۲)، ترجمه آن (شکل ۳-۲)، برگه مصاحبه (شکل ۴-۲) فرم مشاوره پزشکی (شکل ۵-۲) و دستورالعمل‌های درمان‌های دندانپزشکی برای بیمارانی که مشکلات پزشکی دارند، در سایت دانشگاه Pacific موجود می‌باشند: [www.dental.pacific.edu](http://www.dental.pacific.edu). این اطلاعات تحت نظر اساتید دندانپزشکی و بر طبق فرم‌های تاریخچه پزشکی تهیه شده‌اند. دستورالعمل‌های درمان بیمارانی که مشکلات پزشکی دارند نیز بر طبق دستورالعمل‌های درمان‌های دندانپزشکی Pacific در این سایت موجود هستند. ترجمه‌های فرم تاریخچه پزشکی به زبان‌های مختلف را می‌توانید در سایت [www.metdental.com](http://www.metdental.com) بیابید. این ترجمه‌ها تحت نظر مرکز منابع و مآخذ و بر طبق فرم‌های تاریخچه پزشکی چند زبانه موجود تهیه شده‌اند. تاریخچه پزشکی با حفظ ترتیب پرسش‌ها ترجمه شده است. بنابراین، دندانپزشکی که خود به زبان انگلیسی صحبت می‌کند، می‌تواند از بیمار خود بخواهد که تاریخچه پزشکی را به هر زبانی که به آن مسلط است، کامل نماید. سپس دندانپزشک تاریخچه پزشکی انگلیسی را با تاریخچه ترجمه شده‌ای که بیمار کامل نموده است، مقایسه می‌نماید و در فرم بیمار به دنبال پاسخ‌های مثبت می‌گردد. هنگامی که پاسخ مثبتی را در مورد پرسشی یافت، شماره آن پرسش را در فرم انگلیسی تطبیق می‌دهد. به عنوان نمونه دندانپزشک می‌داند که پاسخ مثبت به پرسش ۳۴ در فرمی که به زبان انگلیسی نیست بر پرسش ۳۴ در فرم انگلیسی منطبق و در مورد فشار خون بالا می‌باشد. همچنین دندانپزشکی که خودش به زبان چینی و بیمارش به زبان انگلیسی صحبت می‌کند می‌تواند از تاریخچه پزشکی چند زبانه استفاده نماید و اطلاعات را تطبیق دهد. دندانپزشکی که به زبان اسپانیایی صحبت می‌نماید، می‌تواند از این تاریخچه پزشکی برای بیماری که به زبان فرانسوی صحبت می‌کند، استفاده نماید. این فرم‌های یکسان، در تمام دنیا برای بیماران و دندانپزشکان قابل استفاده هستند.

تاریخچه پزشکی به بخش‌هایی تقسیم شده است که شامل علائم و نشانه‌ها (آیا تجربه نموده‌اید؟)، بیماری‌های تشخیصی<sup>۱-۱</sup> از جمله زبان فارسی که عین آن در صفحات بعد آمده است.

وازد پرسور می‌شود. مؤلف دریافته است در حالی که بسیاری از چنین بیمارانی به‌صورت گفتاری به ترس خود اعتراف نمی‌کنند ولی همین بیماران این اطلاعات را به‌صورت کتبی در اختیار دندانپزشک قرار می‌دهند (روش‌های دیگری که دندانپزشک می‌تواند با استفاده از آنها میزان اضطراب بیمار را مشخص کند، در ادامه این فصل شرح داده خواهد شد).

درمان اعتراف نمی‌کنند زیرا می‌ترسند به آنها «کودک» اطلاق شود. این حالت بویژه در جوانانی که در اواخر دهه دوم و اوایل دهه سوم زندگی قرار دارند بیشتر صدق می‌کند. آنها تلاش می‌کنند تا «مانند یک مرد آن را تحمل کنند» یا «لبخند بزنند و تحمل کنند» ولی ترس خود را بروز ندهند. بسیاری از مواقع، چنین رفتار مغرورانه‌ای باعث بروز سنکوپ

MetLife **HEALTH HISTORY** University of the Pacific  
English

Patient Name: \_\_\_\_\_ Patient Identification Number: \_\_\_\_\_  
Birth Date: \_\_\_\_\_

**I. CIRCLE APPROPRIATE ANSWER** (leave blank if you do not understand question):

- |           |  |
|-----------|--|
| 1. Yes No | Is your general health good?   |
| 2. Yes No | Has there been a change in your health within the last year?   |
| 3. Yes No | Have you been hospitalized or had a serious illness in the last three years?<br>If YES, why? _____                           |
| 4. Yes No | Are you being treated by a physician now? For what? _____<br>Date of last medical exam? _____ Date of last dental exam _____ |
| 5. Yes No | Have you had problems with prior dental treatment?   |
| 6. Yes No | Are you in pain now?   |

**II. HAVE YOU EXPERIENCED:**

- |            |  |            |                        |
|------------|--|------------|------------------------|
| 7. Yes No  | Chest pain (angina)?                     | 18. Yes No | Dizziness?             |
| 8. Yes No  | Swollen ankles?                          | 19. Yes No | Ringing in ears?       |
| 9. Yes No  | Shortness of breath?                     | 20. Yes No | Headaches?             |
| 10. Yes No | Recent weight loss, fever, night sweats? | 21. Yes No | Fainting spells?       |
| 11. Yes No | Persistent cough, coughing up blood?     | 22. Yes No | Blurred vision?        |
| 12. Yes No | Bleeding problems, bruising easily?      | 23. Yes No | Seizures?              |
| 13. Yes No | Sinus problems?                          | 24. Yes No | Excessive thirst?      |
| 14. Yes No | Difficulty swallowing?                   | 25. Yes No | Frequent urination?    |
| 15. Yes No | Diarrhea, constipation, blood in stools? | 26. Yes No | Dry mouth?             |
| 16. Yes No | Frequent vomiting, nausea?               | 27. Yes No | Jaundice?              |
| 17. Yes No | Difficulty urinating, blood in urine?    | 28. Yes No | Joint pain, stiffness? |

**III. DO YOU HAVE OR HAVE YOU HAD:**

- |            |   |            |                              |
|------------|---|------------|------------------------------|
| 29. Yes No | Heart disease?                                      | 40. Yes No | AIDS                         |
| 30. Yes No | Heart attack, heart defects?                        | 41. Yes No | Tumors, cancer?              |
| 31. Yes No | Heart murmurs?                                      | 42. Yes No | Arthritis, rheumatism?       |
| 32. Yes No | Rheumatic fever?                                    | 43. Yes No | Eye diseases?                |
| 33. Yes No | Stroke, hardening of arteries?                      | 44. Yes No | Skin diseases?               |
| 34. Yes No | High blood pressure?                                | 45. Yes No | Anemia?                      |
| 35. Yes No | Asthma, TB, emphysema, other lung diseases?         | 46. Yes No | VD (syphilis or gonorrhoea)? |
| 36. Yes No | Hepatitis, other liver disease?                     | 47. Yes No | Herpes?                      |
| 37. Yes No | Stomach problems, ulcers?                           | 48. Yes No | Kidney, bladder disease?     |
| 38. Yes No | Allergies to: drugs, foods, medications, latex?     | 49. Yes No | Thyroid, adrenal disease?    |
| 39. Yes No | Family history of diabetes, heart problems, tumors? | 50. Yes No | Diabetes?                    |

**IV. DO YOU HAVE OR HAVE YOU HAD:**

- |            |                         |            |                     |
|------------|-------------------------|------------|---------------------|
| 51. Yes No | Psychiatric care?       | 56. Yes No | Hospitalization?    |
| 52. Yes No | Radiation treatments?   | 57. Yes No | Blood transfusions? |
| 53. Yes No | Chemotherapy?           | 58. Yes No | Surgeries?          |
| 54. Yes No | Prosthetic heart valve? | 59. Yes No | Pacemaker?          |
| 55. Yes No | Artificial joint?       | 60. Yes No | Contact lenses?     |

**V. ARE YOU TAKING:**

- |            |   |            |                      |
|------------|---|------------|----------------------|
| 61. Yes No | Recreational drugs?   | 63. Yes No | Tobacco in any form? |
| 62. Yes No | Drugs, medications, over-the-counter medicines (including aspirin), natural remedies? | 64. Yes No | Alcohol?             |

Please list: \_\_\_\_\_

**VI. WOMEN ONLY:**

- |            |  |            |                             |
|------------|--|------------|-----------------------------|
| 65. Yes No | Are you or could you be pregnant or nursing? | 66. Yes No | Taking birth control pills? |
|------------|--|------------|-----------------------------|

**VII. ALL PATIENTS:**

- |            |   |
|------------|---|
| 67. Yes No | Do you have or have you had any other diseases or medical problems NOT listed on this form?<br>If so, please explain: _____ |
|------------|---|

To the best of my knowledge, I have answered every question completely and accurately. I will inform my dentist of any change in my health and/or medication.

Patient's signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**RECALL REVIEW:**

- |                              |             |
|------------------------------|-------------|
| 1. Patient's signature _____ | Date: _____ |
| 2. Patient's signature _____ | Date: _____ |
| 3. Patient's signature _____ | Date: _____ |

The Health History is created and maintained by the University of the Pacific School of Dentistry, San Francisco, California. Support for the translation and dissemination of the Health Histories comes from MetLife Dental Care.



Patient Name: \_\_\_\_\_

Birth Date: \_\_\_\_\_ Today's Date: \_\_\_\_\_

### Pediatric Dentistry Health Questionnaire

Name of person completing health questionnaire: \_\_\_\_\_

Relationship to patient: \_\_\_\_\_

The University of Iowa College of Dentistry requests this information for the purpose of providing a complete and comprehensive evaluation of your child's dental needs. No persons outside the University will be provided this information unless properly authorized by you or required by law. Failure to provide the requested information will limit our ability to assess your child's needs and may result in the College being unable to accept your child as a patient. Thank you.

#### Medical History

Please circle the appropriate answer:

- Yes No 1. Does your child have any health problems?  
 Yes No 2. Has there been any change in your child's health in the past year?  
 Yes No 3. Is your child now under medical care?  
 If yes, for what? \_\_\_\_\_

4. Does your child have (or has he/she ever had) any of the following conditions?

| Yes                      | No                       | Allergies             | Yes                      | No                       | Allergies       |
|--------------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | a. Aspirin            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | f. Metals       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | b. Codeine            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | g. Penicillin   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | c. Dental Anesthetics | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | h. Tetracycline |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | d. Erythromycin       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | i. Other _____  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | e. Latex              |                          |                          |                 |

| Yes                      | No                       | Condition                  | Yes                      | No                       | Condition                     | Yes                      | No                       | Condition                            |
|--------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | j. Abnormal bleeding       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | z. Facial Surgery             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | pp. Neurologic Disorder              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | k. ADHD/ ADD               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | aa. Fainting spells           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | qq. Obsessive Compulsive Disorder    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | l. Anemia                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | bb. Fever Blisters/Cold Sores | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | rr. Oppositional Defiance Disorder   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | m. Arthritis               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | cc. Frequent Headaches        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ss. Pervasive Developmental Disorder |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | n. Asthma                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | dd. Hearing Disorder          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | tt. Psychiatric Problems             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | o. Autism Spectrum         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ee. High/Low Blood Pressure   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | uu. Radiation Therapy                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | p. Blood Disorder          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ff. HIV/AIDS                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | vv. Respiratory Problems             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | q. Blood Transfusion       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | gg. Heart Murmur              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ww. Rheumatic Fever                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | r. Cancer                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | hh. Heart Surgery             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | xx. Seasonal Allergies               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | s. Cerebral Palsy          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ii. Hemophilia                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | yy. Seizures                         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | t. Chemotherapy            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | jj. Hepatitis A, B or C       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | zz. Sickle Cell Disease              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | u. Colitis                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | kk. Intestinal Problems       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | aaa. Sinus Problems                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | v. Congenital Heart Defect | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ll. Intellectual Disability   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | bbb. Stroke                          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | w. Diabetes                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | mm. Kidney Problems           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ccc. Thyroid Problems                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | x. Difficulty Breathing    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | nn. Liver Disease             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ddd. Ulcers                          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | y. Epilepsy                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | oo. Muscular Disorder         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | eee. Visual Disorders                |

| Yes                      | No                       | Adolescents (If older than age 12) |
|--------------------------|--------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | fff. Alcohol Abuse                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ggg. Drug Abuse                    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | hhh. Tobacco Use                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | iii. Sexually Transmitted Disease  |

| Yes                      | No                       | Adolescent Females                                  |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | jjj. Are you taking birth control pills?            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | kkk. Are you pregnant?<br>If yes, # of weeks: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | lll. Are you nursing?                               |

## تاریخچه تندرستی

نام بیمار: \_\_\_\_\_

شماره شناسایی بیمار: \_\_\_\_\_

۱- دور جواب درست دایره بکشید (اگر سؤالی را متوجه نمی‌شوید جایش را خالی بگذارید):

|  |     |   |
|--|-----|---|
| ۱- بله   | خیر | آیا از سلامت کامل برخوردارید؟                                     |
| ۲- بله   | خیر | آیا در یک سال اخیر تغییری در سلامتی شما حاصل شده است؟             |
| ۳- بله   | خیر | آیا در سه سال اخیر به علت بیماری مهمی در بیمارستان بستری شده‌اید؟ |
| چرا؟   |     |   |
| ۴- بله   | خیر | آیا در حال حاضر تحت نظر پزشکی هستید؟ به چه عنوان؟                 |
| تاریخ آخرین معاینه پزشکی _____ تاریخ آخرین معاینه دندانپزشکی _____ |     |   |
| ۵- بله   | خیر | آیا با معاینات گذشته دندانپزشکی مشکل داشته‌اید؟                   |
| ۶- بله   | خیر | آیا در حال حاضر درد دارید؟  |

II - آیا تجربه کرده‌اید:

|         |     |                                   |
|---------|-----|-----------------------------------|
| ۷- بله  | خیر | درد سینه (آنژین)؟                 |
| ۸- بله  | خیر | تورم مچ پا؟                       |
| ۹- بله  | خیر | نفس تنگی؟                         |
| ۱۰- بله | خیر | کاهش وزن، تب، عرق کردن، هنگام شب؟ |
| ۱۱- بله | خیر | سرفه پی در پی سرفه توأم با خون؟   |
| ۱۲- بله | خیر | خونریزی، کبود شدن سریع؟           |
| ۱۳- بله | خیر | بیماری سینوس؟                     |
| ۱۴- بله | خیر | اشکال در بلعیدن؟                  |
| ۱۵- بله | خیر | اسهال پیوسته خون در مدفوع؟        |
| ۱۶- بله | خیر | استفراغ مکرر، حالت تهوع؟          |
| ۱۷- بله | خیر | به سختی ادرار کردن، خون در ادرار؟ |
| ۱۸- بله | خیر | سرگیجه؟                           |
| ۱۹- بله | خیر | صدای زنگ در گوش‌ها                |
| ۲۰- بله | خیر | سردرد؟                            |
| ۲۱- بله | خیر | احساس غش؟                         |
| ۲۲- بله | خیر | تیرگی بینایی؟                     |
| ۲۳- بله | خیر | حمله ناگهانی؟                     |
| ۲۴- بله | خیر | تشنگی بیش از حد؟                  |
| ۲۵- بله | خیر | ادرار مکرر؟                       |
| ۲۶- بله | خیر | خشکی دهان؟                        |
| ۲۷- بله | خیر | زردی؟                             |
| ۲۸- بله | خیر | درد مفاصل، سفتی مفاصل؟            |

III - آیا شما دارید یا داشته‌اید:

|         |     |  |
|---------|-----|--|
| ۲۹- بله | خیر | بیماری قلبی؟                                 |
| ۳۰- بله | خیر | سکته قلبی، نقایص قلبی؟                       |
| ۳۱- بله | خیر | صداهای غیرطبیعی قلب؟                         |
| ۳۲- بله | خیر | تب روماتیسم؟                                 |
| ۳۳- بله | خیر | حمله قلبی، سفت شدن سرخ رگ‌ها؟                |
| ۳۴- بله | خیر | فشار خون؟                                    |
| ۳۵- بله | خیر | آسم، سل، آمفیزم، دیگر بیماریهای ریه؟         |
| ۳۶- بله | خیر | هیپاتیت، دیگر بیماریهای کبد؟                 |
| ۳۷- بله | خیر | مشکلات معده، زخم معده؟                       |
| ۳۸- بله | خیر | آلرژی (حساسیت) به دوا، غذا، دارو، شیر گیاهی؟ |
| ۳۹- بله | خیر | تاریخچه خانوادگی از نظر مرض قند، قلب، غدد؟   |
| ۴۰- بله | خیر | ایدز؟  |
| ۴۱- بله | خیر | غده سرطان؟                                   |
| ۴۲- بله | خیر | التهاب مفاصل، روماتیسم؟                      |
| ۴۳- بله | خیر | بیماری چشم؟                                  |
| ۴۴- بله | خیر | بیماری پوست؟                                 |
| ۴۵- بله | خیر | کم خونی؟                                     |
| ۴۶- بله | خیر | بیماریهای جنسی (سفلیس سوزاک)                 |
| ۴۷- بله | خیر | تبخال؟                                       |
| ۴۸- بله | خیر | بیماریهای کلیه، مثانه؟                       |
| ۴۹- بله | خیر | بیماریهای تیروئید، غده فوق کلیوی؟            |
| ۵۰- بله | خیر | مرض قند؟                                     |

IV - آیا شما دارید یا داشته‌اید:

|         |     |                              |
|---------|-----|------------------------------|
| ۵۱- بله | خیر | معالجه روانپزشکی؟            |
| ۵۲- بله | خیر | معاینات اشعه‌ای؟             |
| ۵۳- بله | خیر | شیمی درمانی؟                 |
| ۵۴- بله | خیر | دریچه مصنوعی قلب؟            |
| ۵۵- بله | خیر | مفصل مصنوعی؟                 |
| ۵۶- بله | خیر | بستری شدن در بیمارستان؟      |
| ۵۷- بله | خیر | انتقال خون؟                  |
| ۵۸- بله | خیر | جراحی؟                       |
| ۵۹- بله | خیر | دستگاه تنظیم‌کننده ضربان قلب |
| ۶۰- بله | خیر | عدسی تماسی؟ (کانکتک لنز)     |

V - آیا شما استفاده می‌کنید:

|         |     |  |
|---------|-----|--|
| ۶۱- بله | خیر | مواد تفریحی (مواد مخدر)؟   |
| ۶۲- بله | خیر | دارو با نسخه، بدون نسخه از قبیل (آسپیرین) مواد مخدر، داروهای طبیعی |
| ۶۳- بله | خیر | تنباکو از هر نوع؟  |
| ۶۴- بله | خیر | الکل؟  |

لطفاً موارد بالا را لیست کنید

VI - خانم‌ها فقط:

|         |     |   |
|---------|-----|---|
| ۶۵- بله | خیر | آیا شما باردار هستید یا می‌توانید باردار باشید و یا کودکی را شیر می‌دهید؟ |
| ۶۶- بله | خیر | آیا شما قرص جلوگیری از حاملگی استفاده می‌کنید؟                            |

VII - برای تمام بیماران:

اگر چنین است لطفاً توضیح دهید \_\_\_\_\_  
 من تمام سؤالات را کاملاً و دقیقاً جواب داده‌ام من دندانپزشکم را از هر گونه تغییراتی در سلامتی خویش با مصرف دارو مطلع خواهم کرد.

|                       |              |
|-----------------------|--------------|
| امضاء بیمار: _____    | تاریخ: _____ |
| مراجع مجدد: _____     | تاریخ: _____ |
| ۱- امضاء بیمار: _____ | تاریخ: _____ |
| ۲- امضاء بیمار: _____ | تاریخ: _____ |
| ۳- امضاء بیمار: _____ | تاریخ: _____ |

شکل ۳-۲: فرم تاریخچه پزشکی دانشگاه Pacific به زبان فارسی. این فرم به ۴۰ زبان در سایت این دانشگاه یا در سایت [www.metdental.com](http://www.metdental.com) موجود می‌باشد. با توجه به اهمیت اختلالات خواب مانند خرخر و آپنه انسدادی خواب در دندانپزشکی، به ADA پیشنهاد کردیم که پرسشنامه اضافه گردد.

MetLife

**HEALTH HISTORY INTERVIEW**

University of the Pacific

Patient Name: \_\_\_\_\_

| SIGNIFICANT MEDICAL FINDINGS | DENTAL MANAGEMENT CONSIDERATIONS | DATE |
|------------------------------|----------------------------------|------|
|                              |                                  |      |
|                              |                                  |      |
|                              |                                  |      |
|                              |                                  |      |
|                              |                                  |      |

Record below the number and details of any YES response noted on the Health History, plus details of any YES response to questions A through F.

- A.    yes/no     Cardiovascular
- B.    yes/no     Infectious diseases
- C.    yes/no     Allergy to medicines
- D.    yes/no     Hematologic, bleeding
- E.    yes/no     Medications
- F.    yes/no     Other medical problems not asked?

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Doctor’s Signature

This Health History Interview form is created and maintained by the University of the Pacific School of Dentistry, San Francisco, California. Support for the translation and dissemination of the Health Histories comes from MetLife Dental Care.

**شکل ۲-۴: برگه مصاحبه دانشگاه Pacific.**

## برگه مشاوره پزشکی

MetLife

## MEDICAL CONSULTATION REQUEST

University of the Pacific

To: Dr. \_\_\_\_\_

Please complete the form below and return it to

\_\_\_\_\_

Dr. \_\_\_\_\_

RE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date of Birth \_\_\_\_\_

Phone # \_\_\_\_\_

Fax # \_\_\_\_\_

Our patient has presented with the following medical problem(s): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

The following treatment is scheduled in our clinic: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Most patients experience the following with the above planned procedures:

- |                     |                   |                       |        |
|---------------------|-------------------|-----------------------|--------|
| bleeding:           | • minimal (<50ml) | • significant (>50ml) |        |
| stress and anxiety: | • low             | • medium              | • high |

Dentist signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

**PHYSICIAN'S RESPONSE**

Please provide any information regarding the above patient's need for antibiotic prophylaxis, current cardiovascular condition, coagulation ability, and the history and status of infectious diseases. Ordinarily, local anesthesia is obtained with 2% lidocaine, 1:100,000 epinephrine. For some surgical procedures, the epinephrine concentration may be increased to 1:50,000 for hemostasis. The epinephrine dose NEVER exceeds 0.2 mg total.

**CHECK ALL THAT APPLY**

- **OK to PROCEED** with dental treatment; **NO** special precautions and **NO** prophylactic antibiotics are needed.
- Antibiotic prophylaxis **IS** required for dental treatment according to the current American Heart Association and/or American Academy of Orthopedic Surgeons guidelines.
- Other precautions are required (please list): \_\_\_\_\_
- **DO NOT** proceed with treatment. (Please give reason.) \_\_\_\_\_

Treatment may proceed on (Date) \_\_\_\_\_

- Patient has an infectious disease:
 

|   |   |
|---|---|
| • AIDS (please provide current lab results) | • Hepatitis, type _____ (acute/carrier) |
| • TB (PPD+/active)                          | • Other (explain) _____                 |
- Requested relevant medical and/or laboratory information is attached.

Physician signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

**PATIENT CONSENT**

I agree to the release of my medical information to the University of the Pacific School of Dentistry.

Patient signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

This Medical Consultation form is created and maintained by the University of the Pacific School of Dentistry, San Francisco, California. Support for the translation and dissemination of the health histories comes from MetLife Dental Care.

## ۶. آیا شما در حال حاضر درد دارید؟

توضیح: اولین هدف از طرح این پرسش در رابطه با دندانپزشکی است. هدف آن است که مشخص شود چرا بیمار نیاز به درمان دندانپزشکی پیدا کرده است. اگر درد یا ناراحتی وجود داشته باشد، شاید نیاز باشد که دندانپزشک به عنوان اورژانس بلافاصله آن را درمان کند در حالی که در شرایط طبیعی تر، می توان درمان را به جلسات بعدی موکول نمود.

### آیا موارد زیر را تجربه نموده‌اید؟ (بخش دوم)

#### ۷. درد قفسه سینه (آنژین)؟

توضیح: وجود سابقه بروز آنژین (یعنی بروز درد در سینه در هنگام فعالیت و تسکین در درد هنگام استراحت) معمولاً نشانه وجود درجه بالایی از بیماری شریان اکلیلی (Coronary) همراه با ایسکمی میوکارد است. چنین بیماری با آنژین پایدار در سیستم طبقه بندی وضعیت جسمی انجمن متخصصین بیهوشی آمریکا (ASA) در گروه کلاس III قرار می‌گیرد. توصیه می‌شود که در این بیماران تا حد امکان میزان استرس کاهش داده شود. بیمارانی که به آنژین ناپایدار مبتلا هستند در گروه ASA کلاس IV قرار می‌گیرند.

#### ۸. ورم مچ پا؟

توضیح: ورم مچ پا ممکن است علامت وجود نارسایی احتقانی قلب (CHF) باشد (ادم گوده گذار [pitting edema] یا ادم در قسمت‌های پایین بدن [dependant edema]). سیاهرگ‌های گشاد شده، حاملگی و نارسایی کلیوی هم از عوامل دیگر ایجاد کننده ادم در مچ پا هستند. علاوه بر آن افراد سالمی که برای مدت طولانی سرپا هستند (مانند افسران پلیس و کادر دندانپزشکی) هم ممکن است با مچ‌هایی ورم کرده روبرو شوند.

#### ۹. تنگی نفس؟

توضیح: اگرچه ممکن است بیمار به پرسش‌های اختصاصی (پرسش‌های ۲۹ تا ۳۵) مربوط به وجود بیماری‌های قلبی و ریوی مختلف (آنژین، نارسایی قلبی، آمفییزم ریوی) پاسخ منفی بدهد، اما احتمال وجود علائم و نشانه‌های مربوط به این بیماری‌ها وجود دارد. پاسخ مثبت به این پرسش همیشه نشانه ابتلا به این نوع بیماری‌ها نیست. برای اینکه بتوانید پیش از شروع درمان دندانپزشکی، وضعیت بیمار را دقیق‌تر ارزیابی نمایید، انجام بررسی‌های بیشتر توصیه می‌شود.

## ۱۰. کاهش وزن اخیر، تب، تعریق شبانه؟

توضیح: منظور از این پرسش افزایش یا کاهش غیر منتظره وزن و بدون رژیم غذایی آگاهانه است. تغییرات ناگهانی وزن ممکن است نشانگر وجود نارسایی قلبی، هیپوتیروئیدیسم (افزایش وزن)، هیپرتیروئیدیسم، کارسینومای منتشر، دیابت ملیتوس کنترل نشده (کاهش وزن) یا چند بیماری دیگر باشد. در صورت وجود تب یا تعریق شبانه باید بررسی شود که آیا این علائم به وجود بیماری مهمی مانند سل مربوط می‌شوند؟

### ۱۱. سرفه مزمن، سرفه همراه با خون؟

توضیح: در صورت مثبت بودن پاسخ این پرسش باید به منظور ارزیابی علت سرفه مزمن یا هموپتیز (خلط خون‌آلود) تاریخچه گفتاری کاملی از بیمار تهیه شود.

سرفه مزمن ممکن است نشانه وجود بیماری سل فعال یا سایر اختلالات مزمن تنفسی مانند برونشیت مزمن باشد. بیمارانی که به علت عفونت قسمت فوقانی دستگاه تنفسی سرفه می‌کنند در گروه ASA II قرار می‌گیرند در حالی که در بیمار مبتلا به برونشیت مزمن که در طی سال‌های متمادی در هر روز بیش از یک بسته سیگار کشیده است سرفه نشان دهنده بیماری مزمن ریوی است و بیمار در گروه ASA III قرار می‌گیرد. دندانپزشک باید در بیمارانی که دارای علائم کاهش ذخیره تنفسی هستند (ASA III، ASA IV) خطرات تجویز داروهای مهار کننده دستگاه عصبی مرکزی - به ویژه داروهای مانند خواب‌ورها و باربیتورات‌ها که بیش از سایر داروها دستگاه تنفسی را تضعیف می‌کند - را کاملاً مورد توجه قرار دهد.

### ۱۲. مشکلات خونریزی دهنده و کبود شدن به آسانی؟

توضیح: در صورت وجود اختلالات خونی مانند هموفیلی که همراه با خونریزی طولانی مدت یا کبودی‌های مکرر هستند و باید به جای برخی از درمان‌های خاص دندانپزشکی (مانند جراحی و تزریق داروی بی‌حسی) از روش‌های درمانی جایگزین استفاده کرد. بنابراین دندانپزشک باید قبل از آغاز درمان از وجود چنین اختلالات خونریزی دهنده آگاه و آماده مدیریت آن شود.

### ۱۳. مشکلات سینوسی؟

توضیح: وجود مشکل سینوسی می‌تواند به علت وجود نوعی آلرژی باشد (ASA II) که می‌توان از طریق تاریخچه گفتاری و یا ابتلای بیمار به عفونت قسمت فوقانی دستگاه تنفسی مانند

### ۱۷. اشکال در ادرار کردن، وجود خون در ادرار؟

توضیح: هماتوری یا وجود خون در ادرار باید ارزیابی شود تا دلیل آنکه می‌تواند عفونت یا انسداد مجرای ادراری (مانند بزرگی پروستات در مردان) باشد، مشخص گردد.

### ۱۸. گیجی

توضیح: پاسخ مثبت نشانگر آن است که بیمار به کاهش فشار خون وضعیتی (ارتواستاتیک)، کاهش فشار خون یا آنمی علامتدار یا حمله ایسکمی موقت (TIA) مبتلا شده است. علاوه بر آن، بیهوش شدن در بیماران مبتلا به انواع خاصی از حملات ناگهانی مانند زمین خوردن "drop attack" نیز ممکن است گزارش شود. در این موارد توصیه می‌شود که دندانپزشک بررسی‌های کامل تری انجام دهد و با پزشک بیمار مشورت نماید. بیمار مبتلا به حمله ایسکمی موقتی در گروه ASA III و بیمار مبتلا به کاهش فشار خون وضعیتی مزمن در گروه ASA II یا ASA III قرار می‌گیرد.

### ۱۹. شنیدن صدای زنگ در گوش؟

توضیح: تینیتوس (شنیدن صدا در یک یا هر دو گوش هنگامی که هیچ صدایی وجود ندارد مانند صدای زنگ، وزوز، فش فش یا تیک تیک) اثر جانبی شایع داروهای خاص مانند سالیسیلات‌ها، اندومتاسین، پروپرانولول، لوودوپا، آمینوفیلین و کافئین می‌باشد. همچنین ممکن است در مالتیپل اسکلروزیس، تومور و انفارکتوس ایسکمیک رخ دهد.

### ۲۰. سردرد؟

توضیح: سردرد باید ارزیابی شود تا دلیل آن مشخص گردد. دلایل شایع سردرد شامل سردردهای روزانه مزمن، خوشه‌ای، میگرنی و از نوع کششی می‌باشند. در صورت لزوم مشاوره با پزشک بیمار توصیه می‌شود. دارو یا داروهایی که بیمار برای درمان علائم مصرف نموده باید مشخص شود زیرا بسیاری از این داروها می‌توانند انعقاد خون را تحت تأثیر قرار دهند.

### ۲۱. بیهوشی؟

توضیح: به توضیح پرسش ۱۸ مراجعه نمایید.

### ۲۲. تار دیدن؟

توضیح: تار دیدن در بیماران مسن شایع است. عواملی که منجر به تار دیدن و کوری می‌شوند، شامل گلوکوما، رتینوپاتی

سرماخوردگی به وجود آن پی برد. تنفس بیمار ممکن است در وضعیت خوابیده مختل شود. اختلال تنفسی در صورت استفاده از رابردم هم به وجود می‌آید. توصیه می‌شود که از درمان‌های جایگزین اختصاصی استفاده شود- به تأخیر انداختن درمان تا زمانی که بیمار بتواند راحت تر نفس بکشد، قرار ندادن صندلی دندانپزشکی در وضعیت خوابیده تا حد امکان و عدم استفاده از رابردم.

### ۱۴. اشکال در بلع

توضیح: دیسفاژی یا عدم توانایی در بلع می‌تواند دلایل زیادی داشته باشد. پیش از شروع درمان دندانپزشکی، دندانپزشک باید علت و شدت علائم را تعیین نماید.

### ۱۵. اسهال، یبوست، وجود خون در مدفوع؟

توضیح: برای پی بردن به وجود مشکلات معدی روده‌ای که بیشتر آنها نیازمند درمان دارویی هستند، پرسیده می‌شود. دلیل وجود خون در مدفوع می‌تواند از وقایع خوش خیم خود محدود شونده تا بیماری و خیم تهدید کننده حیات بیمار متغیر باشد. بعضی از دلایل شایع آن شامل وجود شکاف در مقعد، مصرف داروهای حاوی آسپیرین، وجود مشکلات خون ریزی دهنده، واریس‌های مری، تروما توسط جسم خارجی، هموروئید، نئوپلاسم، مصرف استروئیدهای تجویز شده از راه دهانی، وجود پولیپ‌های روده‌ای و ترومبوسیتوپنی می‌باشد.

### ۱۶. استفراغ مکرر، تهوع؟

توضیح: عوامل زیادی می‌توانند منجر به تهوع و استفراغ شوند. داروها از شایع‌ترین عوامل ایجاد کننده تهوع و استفراغ هستند.<sup>۱۰</sup> داروهای حاوی مخدر (تریاک)، دیژیتال، لوودوپا و بسیاری از داروهای مربوط به سرطان روی ناحیه عمل واسطه‌های گیرنده‌های شیمیایی در <sup>۱</sup>postrema اثر می‌گذارند و باعث استفراغ می‌شوند.<sup>۷</sup> داروهایی که باعث تهوع می‌شوند، شامل اریترومايسين، داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی، ضد دیس‌ریتمی قلبی، ضد فشار خون بالا، ضد دیابت خوراکی، ضد بارداری، دیورتیک‌ها و بسیاری از داروهای معدی روده‌ای مانند سولفاسالازین می‌باشند.<sup>۱۱</sup>

احتمالاً عفونت‌های ویروسی و باکتریایی معدی روده ای و سیستمیک دومین دلیل شایع تهوع و استفراغ هستند.

۱- ساختمان دارای گیرنده‌های شیمیایی کنترل‌کننده استفراغ واقع در مدولای مغز (قاعده بطن چهارم).



## ۲۷. زردی؟

توضیح: زردی (زرد شدن پوست، سفیدی چشم‌ها و غشاهای مخاطی) به علت رسوب رنگ دانه های صفراوی در اثر زیاد بودن بیلی روبین در خون (هایپر بیلی روبینمیا) به وجود می‌آید. انسداد مجراهای صفراوی، تخریب بیش از حد گلبول‌های قرمز (همولیز) یا وجود مشکل در عملکرد سلول‌های کبدی از عوامل ایجاد کننده آن هستند. زردی یک علامت می‌باشد که ممکن است نشان دهنده وجود یک مشکل خوش‌خیم مانند سنگ صفراوی مسدود کننده مجرای صفراوی یا وجود کارسینوم پانکراسی که دهانه ورودی مجرای صفراوی به دئودنوم (دوازدهه یا ابتدای روده‌ی باریک) را درگیر نموده، باشد.

## ۲۸. درد و سفتی مفصل؟

توضیح: وجود سابقه بروز درد و سفتی مفصل (آرتریت) ممکن است با استفاده از مژمن سالیسیلات‌ها (آسپیرین) یا سایر داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی (NSAIDs) همراه باشد. برخی از این داروها ممکن است زمان تشکیل لخته را تغییر دهند. در بیماران مبتلا به آرتریت که تحت درمان طولانی مدت با کورتیکواستروئیدها قرار گرفته‌اند، به ویژه بیمارانی که اخیراً استفاده از استروئیدها را متوقف نموده‌اند، احتمال بروز نارسایی حاد غده فوق کلیوی بالا است. در چنین بیمارانی ممکن است به آغاز مجدد استروئید درمانی یا افزایش دادن دوزهای کورتیکواستروئید در حین انجام درمان دندانپزشکی نیاز باشد تا آنها بتوانند نسبت به استرس‌های ناشی از درمان، واکنش مناسب‌تری نشان دهند. به علت وجود مشکلات احتمالی برای قرار دادن بیمار در وضعیت راحتی، شاید استفاده از روش‌هایی جایگزین برای توجه بیشتر به ناتوانی جسمانی بیمار ضرورت داشته باشد. اکثر بیمارانی که از کورتیکواستروئیدها استفاده می‌کنند بر اساس علت استفاده از دارو و میزان ناتوانی در گروه ASA II یا ASA III قرار می‌گیرند. بیمارانی که به آرتریت شدید ناتوان کننده مبتلا هستند در گروه ASA III قرار می‌گیرند.

دیابتیک و تخریب لکه‌ی زرد<sup>۱</sup> (macular degeneration) است. دویبنی یا دیپلوپیا معمولاً ناشی از عدم تعادل عضلات خارج چشمی می‌باشد. درک دلیل این عدم تعادل نیاز به بررسی‌های بیشتر دارد. دلایل شایع آن، آسیب به عصب سوم، چهارم یا ششم مغزی در اثر میاستنی گراویس، مشکلات عروقی و تومورهای داخل جمجمه می‌باشند.

## ۲۳. حملات ناگهانی تشنج؟

توضیح: بروز حملات ناگهانی جزو موارد شایع اورژانس‌هایی است که در مطب دندانپزشکی رخ می‌دهد. بیشترین احتمال بروز آنها در بیمارانی است که به بیماری صرع مبتلا هستند. حتی بیمارانی که صرع آنها به خوبی با داروهای ضد صرع کنترل شده است هم ممکن است در محیط استرس‌زای مطب دندانپزشکی دچار حمله ناگهانی شوند. دندانپزشک باید قبل از آغاز درمان دندانپزشکی، نوع، شیوع و داروهای مورد استفاده برای پیشگیری از حمله ناگهانی را مشخص کند. دندانپزشک باید در اغلب موارد در بیمارانی که دچار حملات ناگهانی می‌شوند، از روش‌های درمانی جایگزین که بر طبق دستورالعمل‌های کاهش استرس (در ادامه این فصل توضیح داده خواهد شد) هستند، استفاده کند. بیماران مبتلا به صرع که بیماری آنها کنترل شده است (وقوع آن کم است) در گروه ASA II و بیمارانی که وقوع حملات ناگهانی در آنها زیاد است، در گروه ASA III یا ASA IV قرار می‌گیرند.

## ۲۴. تشنگی بیش از حد؟

توضیح: پلی دیپسی یا تشنگی بیش از حد معمولاً در دیابت ملیتوس، دیابت بی مزه و هیپرپاراتیروئیدیسم یافت می‌شود.

## ۲۵. تکرر ادرار؟

توضیح: پلی اوری یا تکرر ادرار ممکن است خوش‌خیم (در اثر مصرف زیاد مایعات) یا علامتی از دیابت ملیتوس، دیابت بی مزه، سندرم کوشینگ یا هیپرپاراتیروئیدیسم یا بزرگی پروستات باشد.

## ۲۶. خشکی دهان؟

توضیح: دلیل شایع خشکی دهان به ویژه در مطب دندانپزشکی، ترس است. دلایل زیاد دیگری هم مانند سندرم شوگرن و رادیوتراپی برای گزروستومیا وجود دارند.