

چکیده مراجع دندانپزشکی CDR
اورژانس‌های پزشکی در مطب دندانپزشکی
مالامد ۲۰۲۳

به کوشش:

دکتر حسین رستمی

دکتر علی لطفعلیان

دکتر شمیم وزیری نسب

زیر نظر:

دکتر سید مهدی حسینی (جراح فک و صورت)

مقدمه

به نام خدا

دندانپزشکی به عنوان شاخه‌ای از علوم تشریحی دائماً در حال تغییر و تحول بوده و در راستای زمان پیشرفت‌های شگرف را تجربه کرده است. جراحی به عنوان بخش مهمی از دندانپزشکی، از قاعده پیشرفت روز افزون مستثنی نیست. لذا ترجمه و گردآوری متون بیش از پیش لازم می‌باشد.

کتاب اورژانس‌های پزشکی در مطب دندانپزشکی مالامد یکی از معتبرترین و جامع‌ترین منابع جراحی فک و صورت می‌باشد که مورد توجه جراحان و دندانپزشکان قرار دارد، آخرین ویرایش کتاب مذکور در سال ۲۰۲۳ به چاپ رسیده و کتاب حاضر ترجمه و خلاصه‌ای از مطالب مهم و کاربردی آن می‌باشد که باهدف تسریع و بهبود یادگیری مطالب گردآوری شده است.

در نگارش کتاب سعی شده است مطالب کاربردی و مهم به همراه عکس‌ها و جدول‌ها که به یادگیری بهتر مطالب کمک می‌کنند، آورده شود. با توجه به حجم زیاد مطالب و تعداد صفحات، بدیهی است که ترجمه و خلاصه مذکور عاری از خطا نخواهد بود، لذا پیشاپیش از همکاران عزیز و صاحب نظران خواهشمندیم ما را از نظرات تکمیلی و اصلاحی خود بهره مند سازند.

گردآوری کتاب مذکور جز با کوشش فداکارانه همکاران محترم؛ دکتر حسین رستمی، دکتر علی لطفعلیان و دکتر شمیم وزیری نسب امکان پذیر نبود و از زحمات عزیزان کمال تشکر را دارم.

همچنین تشکر از انتشارات شایان نمودار و سرکار خانم آقازاده که در این مسیر همراهی کردن و همواره در تلاش برای ارتقا سطح علمی و در دسترس قرار دادن منابع هستند.

در پایان کتاب فوق به دانشمندان، مؤلفان، معلمان و تمام کسانی که در راستای بهبود شرایط علمی و آموزشی در تمام پهنه گیتی تلاش کرده‌اند تقدیم می‌شود و برای نوع بشر آسایش، راحتی و همزیستی آرام را آرزومندم.

دکتر سید مهدی حسینی

استادیار گروه جراحی دهان، فک و صورت

دانشگاه آزاد اسلامی شیراز - دانشکده دندانپزشکی

فهرست مطالب

بخش اول: پیشگیری

فصل اول: معرفی.....	۶
فصل دوم: پیشگیری.....	۱۱
فصل سوم: آماده سازی.....	۲۹
فصل چهارم: ملاحظات قانونی.....	۴۲

بخش دوم: بی هوشی

فصل پنجم: بی هوشی: ملاحظات عمومی.....	۴۳
فصل ششم: سنکوپ وازودپرسور.....	۵۲
فصل هفتم: کاهش فشار خون وضعیتی.....	۵۷
فصل هشتم: نارسایی حاد غده فوق کلیوی.....	۶۱
فصل نهم: بی هوشی: تشخیص افتراقی.....	۶۵

بخش سوم: اختلال تنفسی

فصل دهم: اختلال تنفسی: ملاحظات عمومی.....	۶۸
فصل یازدهم: انسداد راه هوایی توسط یک جسم خارجی.....	۷۱
فصل دوازدهم: هیپرونتیلیسیون.....	۷۸
فصل سیزدهم: آسم.....	۸۱
فصل چهاردهم: نارسایی قلبی و ادم حاد ریوی.....	۸۸
فصل پانزدهم: اختلال تنفسی و تشخیص افتراقی.....	۹۶

بخش چهارم: اختلال هوشیاری

فصل شانزدهم: اختلال هوشیاری: ملاحظات کلی.....	۹۹
فصل هفدهم: اختلال هوشیاری: ملاحظات کلی.....	۱۰۱
فصل هجدهم: اختلال غده تیروئید.....	۱۱۲
فصل نوزدهم: حمله مغزی عروقی.....	۱۱۸
فصل بیستم: اختلال هوشیاری: تشخیص افتراقی.....	۱۲۴

بخش پنجم: اختلالات تشنجی

فصل بیست و یکم: اختلالات تشنجی..... ۱۲۷

بخش ششم: موارد اورژانسی مربوط به دارو

فصل بیست و دوم: موارد اورژانسی مربوط به دارو: ملاحظات کلی..... ۱۳۶

فصل بیست و سوم: واکنشهای دارویی ناشی از مقدار یا دوز بسیار بالا..... ۱۴۲

فصل بیست و چهارم: آلرژی..... ۱۵۰

فصل بیست و پنجم: اورژانسه‌های مربوط به دارو، تشخیص افتراقی..... ۱۵۷

بخش هفتم: درد قفسه سینه

فصل بیست و ششم: درد قفسه سینه: ملاحظات عمومی..... ۱۶۰

فصل بیست و هفتم: آنژین صدری بیماری قلبی ایسکمی پایدار..... ۱۶۴

فصل بیست و هشتم: انفارکتوس حاد میوکارد..... ۱۷۱

فصل بیست و نهم: درد قفسه سینه: تشخیص افتراقی..... ۱۷۸

بخش هشتم: ایست قلبی

فصل سی‌ام: ایست قلبی..... ۱۸۲

فصل سی و یکم: ملاحظات مربوط به کودکان..... ۱۹۲

فصل سی و دوم: نکات پایانی تألیفی..... ۱۹۹

معرفی

در هنگام انجام درمان دندانپزشکی ممکن است حالت‌های اورژانسی پیش آید که حتی زندگی فرد را با خطر مواجه کند و می‌تواند برای بیمار، پزشک، کادر مطب و یا حتی همراهان بیمار اتفاق بیفتد. هرچند شیوع این نوع اورژانس‌ها در مطب دندانپزشکی زیاد نیست اما چند عامل می‌تواند احتمال این حوادث را افزایش دهد:

۱- افزایش تعداد افراد مسنی که به دنبال درمان دندانپزشکی هستند.

۲- پیشرفت‌های درمانی در زمینه درمانی حاصل شده

۳- افزایش تمایل به جلسات درمانی با زمان بیشتر
۴- افزایش تجویز و مصرف داروها در دندانپزشکی
خوشبختانه، عوامل دیگری هم وجود دارند که احتمال بروز حالت‌های اورژانس تهدیدکننده زندگی را کاهش می‌دهند. عبارتند از: ارزیابی وضعیت جسمانی بیمار قبل از آغاز درمان که شامل پرسشنامه، تاریخچه و معاینه وضعیت جسمانی می‌باشد، علیرغم اجرای دقیق‌ترین روش‌های پیشگیری حالت‌های اورژانس باز هم پیش می‌آیند.

هرچند بسیاری از اورژانس‌ها زمانی حادث می‌شوند که بیمار، تحت درمان می‌باشد ولی اورژانس می‌تواند در اتاق انتظار، بعد از درمان و یا حتی برای خود دندان‌پزشک و یا پرسنل مطب نیز پیش بیاید. هیچ اورژانسی منحصرأً متعلق به دندانپزشکی نیست، مثلاً ورودوز ماده بی‌حسی موضعی در سوءمصرف کوکائین هم دیده می‌شود. قسمت عمده‌ای از اورژانس‌های گزارش شده مربوط به سیستم قلبی - عروقی، سیستم عصبی مرکزی و تنفسی است که تمامی این‌ها به صورت بالقوه می‌توانند تهدیدکننده حیات باشند.

بسیاری از موارد اورژانس در ارتباط با استرس (درد، تب، اضطراب و ...) می‌باشند مثل سنکوپ وازودپرسور



جدول ۱-۱: موارد اورژانس به وجود آمده در حین انجام درمان دندانپزشکی

وضعیت اورژانس	آمار گزارش شده
سنگوپ	۱۵۴۰۷
واکنش آلرژیک ملایم	۲۵۸۳
آژین صدری	۲۵۵۲
کاهش فشار خون وضعیتی	۲۴۷۵
حملات ناگهانی	۱۵۹۵
حمله آسمی (اسپاسم برونشها)	۱۳۹۲
افزایش میزان تنفس (hyperventilation)	۱۳۲۶
"واکنش ای نفرین"	۹۱۳
شوگ انسولین (هیپوگلیسمی)	۸۹۰
ایست قلبی	۳۳۱
واکنش آنافیلاکتیک	۳۰۴
انفارکتوس میوکارد	۲۸۹
مسمومیت داروی بی حسی موضعی	۲۰۴
ادم حاد ریوی (نارسایی قلبی)	۱۴۱
کمای دیابتی	۱۰۹
سکته مغزی	۶۸
نارسایی آدرنال	۲۵
طوفان تیروئیدی	۴
مجموع	۳۰۶۰۸

جدول ۱-۲: درمان‌هایی که طی آن‌ها مشکل اورژانس به وجود می‌آید.

زمان بروز عوارض	درصد
در اتاق انتظار	۱/۵
در حین یا بلافاصله پس از تزریق داروی بی‌حسی موضعی	۵۴/۹
در حین انجام درمان	۲۲
پس از انجام درمان (در مطب)	۱۵/۲
پس از ترک مطب	۵/۵

ارزیابی قبل از عمل به همراه استفاده از تکنیک‌های کنترل درد و اضطراب می‌تواند از بسیاری از موارد اورژانس و مرگ جلوگیری کند. البته حتی دقیق‌ترین روش‌ها هم نمی‌توانند به طور کلی از مرگ پیشگیری کنند. شایع‌ترین زمان بروز مرگ هنگام بیرون آوردن دندان (۲۹٪) و آبسه دندان (۱۱٪) و انفارکتوس میوکارد (۲۸٪) و ایست قلبی (۱۵٪)

و هایپرونتیلیاسیون و یا مرتبط با شرایط بیمار هستند که تحت استرس تشدید می‌گردند. (مثل اغلب اورژانس‌های حاد قلبی - عروقی، برونکواسپاسم، آسم و تشنج)؛ بنابراین کنترل مؤثر درد و اضطراب در مطب دندانپزشکی در پیشگیری و یا کاهش موارد خطرناک ضروری است. شایع‌ترین واکنش‌های ناخواسته دارویی در ارتباط با داروی بی‌حسی موضعی رخ می‌دهند. داروی بی‌حسی موضعی مهم‌ترین و شایع‌ترین داروی مورد استفاده در مطب دندانپزشکی است. قسمت عمده واکنش‌های دارویی این چنینی در ارتباط با استرس می‌باشد (سایکونژنیک) و سایر واکنش‌ها (اوردوز و آلرژی) پاسخ به خود دارو می‌باشند، اغلب واکنش‌های ناخواسته دارویی قابل پیشگیری هستند. اغلب اورژانس‌ها (۵۴/۹٪ موارد) به هنگام تزریق ماده بی‌حسی موضعی رخ می‌دهد، چراکه این تزریق هم برای دندان پزشک و هم برای بیمار پراسترس‌ترین موقعیت به شمار می‌رود.

حدود ۲۲٪ موارد اورژانس حین درمان ۱۵٪ پس از درمان در مطب رخ داده بود.

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

نکته: اورتواستاتیک‌هایپوتنش و یا سنگوپ وازودپرسور شایع‌ترین موارد اورژانس بعد از درمان می‌باشند.

نکته: کاهش الاستیسیته بافتی مهم‌ترین تغییر فیزیولوژیک است که اثر مهمی روی تمام ارگان‌های بدن می‌گذارد.

تغییر جریان خون کلیه ممکن است عملکرد داروهای خاصی را تحت تأثیر قرار دهد به ویژه آن‌هایی که از راه ادرار دفع می‌شوند. به عنوان مثال نیمه‌عمر حذف پنی‌سیلین، تتراسایکلین و دیگوکسین در افراد مسن به مقدار بیشتری افزایش می‌یابد.

با افزایش سن این تغییرات در بدن اتفاق می‌افتد:

➤ کاهش جریان خون کلیوی

➤ کاهش ظرفیت ریوی

➤ آمفیزم کهن‌سالی

➤ افزایش احتمال آسم و برونشیت مزمن

به دلیل کاهش توانایی در تحمل استرس بیماران کهن‌سال حتی در صورت نداشتن بیماری کلینیکی، باز هم در معرض خطر بیشتری در حین دندانپزشکی هستند.

۲- پیشرفت‌های پزشکی

پیشرفت‌های پزشکی مثل رادیوتراپی، کموتراپی، جراحی‌ها، ... باعث افزایش امید به زندگی شده است، لذا دندان‌پزشکان باید بیمارانی را مداوا کنند که دارای اختلالات مزمن هستند و بیماری آن‌ها فقط کنترل شده است، نه این‌که درمان شده باشد. McCarthy این بیماران را به مجروحان در حال حرکتی تشبیه کرده است که هر لحظه امکان دارد برایشان حادثه‌ای رخ دهد.

۳- جلسات درمانی طولانی

در سال‌های اخیر مدت‌زمان جلسات دندانپزشکی طولانی‌تر شده است. ملاقات‌های طولانی مدت استرس بیشتری را تولید می‌کنند. احتمال واکنش نامطلوب

جدول ۷-۱ میزان بروز اورژانس‌های طبی برای دندانپزشکان انگلیسی طی ۱۲ ماه

وضعیت اورژانس	تعداد دندانپزشکان	درصد
سنگوپ واز و واکال	۵۹۶	۶۳
آنژین قفسه صدري	۵۳	۱۲
هیپوگلیسمی	۵۴	۱۰
صرع (تشنج)	۴۲	۱۰
خفگی	۲۷	۵
آسم	۲۰	۵
ایست قلبی	۱	۰/۳

جدول ۱۲-۱ درمان انجام شده در زمان بروز اورژانس

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

عوامل خطرزا

۱- افزایش تعداد بیماران مسن

در بیماران کهن‌سال تمام ارگان‌های اصلی باید مورد ارزیابی قرار گیرند، به ویژه سیستم قلبی - عروقی که اهمیت ویژه‌ای دارد.

به هنگام مواجهه با استرس (نظیر درد، ترس، اضطراب، گرما، رطوبت، سرما) سیستم قلبی - عروقی بیماران مسن ممکن است نتواند اکسیژن و مواد مغذی موردنیاز بدن را تأمین کند که کمبود این‌ها باعث درگیری حاد قلبی عروقی مثل درد آنژینی و دیس‌ریتمی تهدیدکننده حیات می‌شود.

از داروهایی است که در درمان فشارخون بالا مصرف می‌شوند. یک مثال، تداخل بالقوه کشنده داروهای مهارکننده مونو آمین اکسیداز و اپیوئیدها می‌باشد. از تداخل اپی‌نفرین و Adernergic blockers β noncardiospecific می‌توان به عنوان نمونه دیگر تداخل دارویی نام برد.

نکته: هدف نهایی از کنترل تمام موارد اورژانسی، حفظ حیات می‌باشد.

کادر ۱-۳ 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
اسم
افزایش میزان تنفس

دستگاه قلبی عروقی

بیماری آرتریو اسکلروز قلب
آنژین صدری
انفارکتوس میوکارد
نارسایی قلبی

خون

مسیر گوارشی و کبد
حاملی و بیماری‌های دستگاه تناسلی زنان
دستگاه عصبی
بیپوشی

سنگوپ وازودپرسور
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

در افرادی که دچار مشکل سلامتی هستند در این وضعیت بیشتر است اما حتی افراد سالم هم ممکن است از استرس رنج ببرند که می‌تواند باعث ایجاد مشکلات غیرقابل پیش‌بینی شود. لذا، کاهش استرس یک مفهوم اساسی در پیشگیری از اورژانس‌های پزشکی است.

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 بینایی

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

۴- افزایش مصرف داروها

در دندانپزشکی معاصر داروها نقش اساسی دارند. هیچ دارویی کاملاً بی‌خطر نیست و با افزایش سن، میزان مصرف دارو هم افزایش می‌یابد. به عنوان مثال ارتواستاتیک‌ها پیوتنشن در ارتباط با بسیاری

طبقه‌بندی موقعیت‌های تهدیدکننده حیات

روش طبقه‌بندی قدیمی؛ بر اساس سیستم درگیر شده (oriented classification systems) می‌باشد. هرچند این روش برای اهداف آموزشی مناسب است اما از نقطه‌نظر کلینیکی معایبی دارد. طبقه‌بندی دوم با عنوان oriented classification cardiac، برای دندان‌پزشکان و پزشکان بسیار سودمند است. در این طبقه‌بندی اورژانس‌ها به دو دسته قلبی - عروقی و غیر قلبی - عروقی طبقه‌بندی می‌شوند که هر کدام

از این‌ها مجدداً به دو زیرگروه وابسته و غیر وابسته به استرس تقسیم می‌شوند. از آنجا که در اغلب موارد اورژانس، پزشکان از مشکل زمینه‌ای بیمار خود آگاه نیستند پس باید بر اساس علائم بیمار شروع به تشخیص و درمان کنند لذا طبقه‌بندی اساس signs و symptoms مفید است. این طبقه‌بندی می‌تواند به دندان‌پزشک در آماده‌سازی طرح درمانی مؤثر کمک کند تا از بروز وضعیت اورژانس جلوگیری کند. این اصول عبارتند از: استفاده از آرام‌بخش‌های روانی کنترل مؤثر درد و محدود نمودن جلسات درمان.

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

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

استرس

غیر وابسته به استرس

پیشگیری

بر اساس نظر مک کارتی می توان با انجام ارزیابی کامل وضعیت جسمانی تمام بیماران مطب دندانپزشکی از ۹۰٪ بروز شرایط تهدیدکننده زندگی جلوگیری کرد. آگاهی دندانپزشک از وضعیت پزشکی بیمار، به وی کمک می کند تا به منظور پیشگیری از خطر، تغییراتی را در برنامه درمانی اعمال کند.

اهداف معاینه

اهدافی که یک دندانپزشک باید از انجام ارزیابی کسب کند:

۱- میزان توانایی بیمار در تحمل جسمانی استرس های حین درمان

۲- میزان توانایی بیمار در تحمل استرس روانی حین درمان

۳- مشخص کرد که آیا می توان با انجام طرح درمان جایگزین به بیمار در تحمل آسان تر استرس های حین درمان کمک نمود.

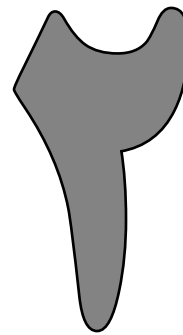
۴- باید مشخص کرد آیا نیاز به استفاده از آرام بخش ها حین درمان وجود دارد یا خیر؟

الف) کدام آرام بخش مناسب تر است؟

ب) آیا داروهای مورد استفاده در طرح درمان منع مصرف ندارد؟

دو هدف اول، توانایی بیمار را در تحمل استرس جسمانی و روانی ارزیابی می کنند. بسیاری از بیماران که مشکل زمینه ای دارند، توان کمتری برای تحمل استرس از خود نشان می دهند. از جمله بیماران مبتلا به تشنج، آنژین صدری (angina-pectoris) آسم و آنمی داسی شکل. لذا دندانپزشک باید قبل از آغاز درمان؛ (۱) مشکل احتمالی (۲) شدت مشکل و (۳) اثر احتمالی بر درمان را مشخص کند.

ترس، اضطراب و درد - به ویژه درد ناگهانی - می تواند باعث تغییرات حاد در وضعیت هومئوستاز بدن شود.



۵- آیا در درمان قلبی دندان پزشکی برای شما مشکلی پیش آمده است؟
 ۶- آیا در حال حاضر درد دارید؟ دندان پزشک شرایط اورژانس دندان را درمان و مابقی می تواند به جلسات بعد موکول شود.

۷- تاریخچه آنژین: (آنژین دردی در سینه است که با فعالیت آغاز شده و با استراحت کردن خاتمه می یابد). آنژین معمولاً نشان دهنده درجه بالایی از درگیری عروق کرونری همراه با ایسکمی میوکارد است.

آنژین پایدار ← ۳ ASA
 آنژین ناپایدار یا آنژینی که اخیراً ایجاد شده ← ۴ ASA
 حضور مچ پای متورم (ادم گوده گذار) احتمال CHF (Congestive heart failure) را مطرح می کند.
 علل دیگر: وریدهای واریسی - حاملگی - اختلال عملکرد کلیوی - افراد سالمی که برای مدت طولانی سرپای ایستاده اند.

۸- ورم مچ پا

۹- کوتاهی نفس ها: هر چند کوتاهی نفس ها همیشه بیانگر بیماری قلب و ریه نیست، ولی در صورت مشاهده، ارزیابی بیشتر بیمار توصیه می گردد.
 ۱۰- بررسی وزن بیمار: کاهش وزن اخیر، تب، تعریق شبانه.

افزایش وزن ← نارسایی قلبی - هیپوتیروئیدیسم
 کاهش وزن ← هایپرتیروئیدیسم - کارسینوم
 گسترش یافته - دیابت ملیتوس کنترل نشده.

۱۱- سرفه و سرفه خون آلود:

شایع ترین علل سرفه خونی عبارتند از: برونشیت، برونشکتازی، نئوپلاسم و توبرکلوزیس.
 سرفه مزمن می تواند نشانگر توبرکلوزیس فعال یا اختلالات مزمن تنفسی دیگر مثل برونشیت مزمن باشد. در این بیماران پزشک باید خطرات تجویز دپرس کننده های CNS را در نظر بگیرد. به ویژه اپیوئیدها و باربیتورات ها که سیستم تنفسی بیمار را دپرس می کنند.

معاینه فیزیکی (Physical evaluation)

معاینه فیزیکی در دندان پزشکی شامل پرسشنامه تاریخچه پزشکی، معاینه بدنی و تاریخچه گفتاری می باشد.

پرسشنامه تاریخچه پزشکی

این پرسشنامه هم از لحاظ اخلاقی و هم از لحاظ قانونی، ضروری است. عیب عمده پرسشنامه های کنونی این است که در مورد نگرش بیمار به دندان پزشکی، سوآلی را مطرح نمی کنند.

برخی از حالات و سوآل ها که در پرسشنامه مطرح می شوند: بسیاری از بزرگسالان، به صورت شفاهی در مورد ترس خود از درمان، اعتراف نمی کنند. چرا که می ترسند به آن ها عنوان «بچه» اطلاق شود. این حالت به ویژه در مردان، از اواخر نوجوانی تا اوایل دهه سوم زندگی دیده می شود، آن ها تلاش می کنند ترس خود را ابراز نکنند و مثل یک مرد با آن کنار بیایند. چنین رفتاری اغلب منجر به سنکوپ و زودپرسور می شود. راه حل این مشکل این است که سوآلات ما در این مورد، به جای اینکه شفاهی باشد، به صورت کتبی ارائه شود.

آیا موارد زیر را تجربه نموده اید؟

پرسش نامه مربوط به تاریخچه پزشکی (بخش اول)
 در جواب مثبت را با دایره مشخص کنید:

۱- آیا وضعیت سلامت عمومی شما خوب است؟
 (عقیده بیمار نسبت به سلامتی خودش)

۲- آیا در یک سال گذشته تغییری در سلامتی شما رخ داده؟

۳- آیا در ۳ سال گذشته بستری شده اید یا بیماری مهمی داشته اید؟ اگر پاسخ مثبت است به چه دلیل؟

۴- آیا اکنون توسط پزشک تحت درمان هستید؟ به چه علت؟ تاریخ آخرین معاینه پزشکی و دندان پزشکی؟

MetLife

Historia Médica

Spanish

University of the Pacific

Nombre del paciente: _____ No. de Ident. del Paciente: _____
 Fecha de nacimiento: _____

I. MARQUE CON UN CÍRCULO LA RESPUESTA CORRECTA (Deje en BLANCO si no entiende la pregunta):

1. ☐ Sí ☐ No ¿Está en buena salud general?
2. ☐ Sí ☐ No ¿Han habido cambios en su salud durante el último año?
3. ☐ Sí ☐ No ¿Ha estado hospitalizado/a o ha tenido de una enfermedad grave en los últimos tres años?
 ¿Si Sí, por qué? _____
4. ☐ Sí ☐ No ¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento médico? ¿Para qué? _____
 Fecha de su último examen médico: _____ Fecha de su última cita dental: _____
5. ☐ Sí ☐ No ¿Ha tenido problemas con algún tratamiento dental en el pasado?
6. ☐ Sí ☐ No ¿Tiene algún dolor ahora?

II. HA NOTADO:

- | | |
|---|---|
| 7. ☐ Sí ☐ No ¿Dolor de pecho (angina)? | 18. ☐ Sí ☐ No ¿Mareos? |
| 8. ☐ Sí ☐ No ¿Los tobillos hinchados? | 19. ☐ Sí ☐ No ¿Ruidos o zumbidos en los oídos? |
| 9. ☐ Sí ☐ No ¿Falta de aliento? | 20. ☐ Sí ☐ No ¿Dolores de cabeza? |
| 10. ☐ Sí ☐ No ¿Reciente pérdida de peso, fiebre, sudor en la noche? | 21. ☐ Sí ☐ No ¿Desmayos? |
| 11. ☐ Sí ☐ No ¿Tos persistente o tos con sangre? | 22. ☐ Sí ☐ No ¿Vista borrosa? |
| 12. ☐ Sí ☐ No ¿Problemas de sangramiento, moretes? | 23. ☐ Sí ☐ No ¿Convulsiones? |
| 13. ☐ Sí ☐ No ¿Problemas nasales (sinusitis)? | 24. ☐ Sí ☐ No ¿Sed excesiva? |
| 14. ☐ Sí ☐ No ¿Dificultad al tragar? | 25. ☐ Sí ☐ No ¿Orina con frecuencia? |
| 15. ☐ Sí ☐ No ¿Diarrea, estreñimiento, sangre en las heces? | 26. ☐ Sí ☐ No ¿Boca seca? |
| 16. ☐ Sí ☐ No ¿Vómitos con frecuencia, náuseas? | 27. ☐ Sí ☐ No ¿Ictericia? |
| 17. ☐ Sí ☐ No ¿Dificultad al orinar, sangre en la orina? | 28. ☐ Sí ☐ No ¿Dolor o rigidez en las articulaciones? |

III. TIENE O HA TENIDO:

- | | |
|---|--|
| 29. ☐ Sí ☐ No ¿Enfermedades del corazón? | 40. ☐ Sí ☐ No ¿SIDA? |
| 30. ☐ Sí ☐ No ¿Infarto de corazón, defectos en el corazón? | 41. ☐ Sí ☐ No ¿Tumores, cáncer? |
| 31. ☐ Sí ☐ No ¿Soplos en el corazón? | 42. ☐ Sí ☐ No ¿Artritis, reuma? |
| 32. ☐ Sí ☐ No ¿Fiebre reumática? | 43. ☐ Sí ☐ No ¿Enfermedades de los ojos? |
| 33. ☐ Sí ☐ No ¿Apoplejía, endurecimiento de las arterias? | 44. ☐ Sí ☐ No ¿Enfermedades de la piel? |
| 34. ☐ Sí ☐ No ¿Presión sanguínea alta? | 45. ☐ Sí ☐ No ¿Anemia? |
| 35. ☐ Sí ☐ No ¿Asma, tuberculosis, enfisema, otras enfermedades pulmonares? | 46. ☐ Sí ☐ No ¿Enfermedades venéreas (sífilis o gonorrea)? |
| 36. ☐ Sí ☐ No ¿Hepatitis, otras enfermedades del hígado? | 47. ☐ Sí ☐ No ¿Herpes? |
| 37. ☐ Sí ☐ No ¿Problemas del estómago, úlceras? | 48. ☐ Sí ☐ No ¿Enfermedades renales (riñón), vejiga? |
| 38. ☐ Sí ☐ No ¿Alergias a remedios, comidas, medicamentos látex? | 49. ☐ Sí ☐ No ¿Enfermedades de tiroides o glándulas suprarrenales? |
| 39. ☐ Sí ☐ No ¿Familiares con diabetes, problemas de corazón, tumores? | 50. ☐ Sí ☐ No ¿Diabetes? |

VI. TIENE O HA TENIDO:

- | | |
|--|---|
| 51. ☐ Sí ☐ No ¿Tratamiento psiquiátrico? | 56. ☐ Sí ☐ No ¿Hospitalizaciones? |
| 52. ☐ Sí ☐ No ¿Tratamientos de radiación? | 57. ☐ Sí ☐ No ¿Transfusiones de sangre? |
| 53. ☐ Sí ☐ No ¿Quimioterapia? | 58. ☐ Sí ☐ No ¿Cirugías? |
| 54. ☐ Sí ☐ No ¿Válvula artificial del corazón? | 59. ☐ Sí ☐ No ¿Marcapasos? |
| 55. ☐ Sí ☐ No ¿Articulación artificial? | 60. ☐ Sí ☐ No ¿Lentes de contacto? |

V. ESTÁ TOMANDO:

- | | |
|---|---|
| 61. ☐ Sí ☐ No ¿Drogas de uso recreativo? | 63. ☐ Sí ☐ No ¿Tabaco de cualquier tipo? |
| 62. ☐ Sí ☐ No ¿Remedios, medicamentos, medicamentos sin receta (incluyendo aspirina)? | 64. ☐ Sí ☐ No ¿Alcohol (bebidas alcohólicas)? |

Liste por favor: _____

VI. SÓLO PARA MUJERES:

- | | |
|--|--|
| 65. ☐ Sí ☐ No ¿Está o podría estar embarazada o dando pecho? | 66. ☐ Sí ☐ No ¿Está tomando pastillas anticonceptivas? |
|--|--|

VII. PARA TODOS LOS PACIENTES:

67. ☐ Sí ☐ No ¿Tiene o ha tenido alguna otra enfermedad o problema médico que NO está en este cuestionario?

Si la respuesta es afirmativa, explique: _____

Que yo sepa, he respondido completamente y correctamente todas las preguntas. Informaré a mi dentista si hay algún cambio en mi salud y/o en los medicamentos que tomo.

Firma del Paciente _____ Fecha _____

REVISIÓN SUPLEMENTARIA:

- | | |
|-----------------------------|-------------|
| 1. Firma del Paciente _____ | Fecha _____ |
| 2. Firma del Paciente _____ | Fecha _____ |
| 3. Firma del Paciente _____ | Fecha _____ |

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.

• **Figure 2.3** University of the Pacific's (UOP) Medical History form in Spanish. This form is available in 40 languages on the UOP website or at www.metdental.com.

(Reprinted with permission from University of the Pacific Dental School, San Francisco, California.)

ارتواستاتیک هایپوتنشن، کاهش فشارخون و یا آنمی علامت‌دار، حمله ایسکمیک گذرا (TIA) و تشنج می‌توانند از عوامل سرگیجه باشند.

حمله ایسکمیک گذرا ۳ ASA ← ارتواستاتیک هایپوتنشن مزمن ← ۲,۳ ASA

۱۹- احساس صدا در گوش‌ها

Tinnitus عارضه جانبی شایع برخی داروها مثل سالیسیلات‌ها، ایندومتاسین، پروپرانولول، لوودوپا، آمینوفیلین و کافئین می‌باشد و یا می‌تواند همراه مالتیپل اسکلروز، تومور و سکت‌های ایسکمیک دیده شود.

۲۰- **سردرد:** عوامل شایع سردرد عبارتند از: سردرد مزمن روزانه، سردرد کلاستر، میگرن و سردرد تنشی (Type headache Tension). داروهایی که برای کنترل علائم سردرد به کار می‌رود ممکن است باعث اختلال در لخته شدن خون شوند.

۲۱- بی‌هوشی.

۲۲- **تاری دید:** وقتی فرد پیر می‌شود، تاری دید، یافته شایعی است که عوامل آن می‌تواند گلوکوم، رتینوپاتی دیابتی و تخریب ماکول بینایی باشد. دوبینی (diplopia) غالباً ناشی از عدم تعادل عضلات خارج چشمی است که در نتیجه آسیب به اعصاب سوم، چهارم و یا ششم مغزی و یا ثانویه به بیماری میاستنیا گراو، اختلالات عروقی و تومورهای داخل جمجمه‌ای به وجود می‌آید.

۲۳- **حملات ناگهانی تشنج:** بیمار صرعی مستعدترین فرد به تشنج است. حتی بیماران صرعی که به خوبی با دارو کنترل شده‌اند تحت استرس - که به طور معمول در مطب دندانپزشکی پیش می‌آید - دچار تشنج می‌شوند.

بیماران صرعی تحت کنترل ← ۲ ASA

بیماران صرعی که به صورت مکرر دچار تشنج می‌شوند ← ۲,۳ ASA

سرفه همراه با عفونت سیستم تنفسی فوقانی ← ۲ ASA

برونشیت مزمن ← ۲ ASA

بیماری که علائم کاهش ذخیره تنفسی را نشان می‌دهد. ← ۴,۳ ASA

۱۲- **مشکلات خونریزی دهنده و کبودی به آسانی.**

۱۳- **مشکلات سینوس:** درگیری سینوس‌ها می‌تواند نشان‌دهنده آلرژی باشد (۲ ASA). چنین بیمارانی وقتی در حالت سوپاین قرار می‌گیرند و یا از رابردم استفاده می‌کنند ممکن است دچار اختلال تنفسی شوند. در مورد این بیماران می‌توان درمان را تا زمانی که بتوانند به راحتی نفس بکشند به تأخیر انداخت و یا بیمار را در حالت قائم‌تری قرار داد و یا اینکه از رابردم استفاده نکرد.

۱۴- اشکال در بلع.

۱۵- **وجود خون در مدفوع:** هم عوامل خوش‌خیم و هم عوامل جدی تهدیدکننده حیات می‌توانند باعث این حالت شوند.

برخی عوامل شایع عبارتند از: فیشورهای آنال، مصرف آسپرین، اختلالات خونریزی دهنده، واریس‌های مری، ترومای جسم خارجی، هموروئید، نئوپلاسم‌ها، مصرف استروئیدهای دهانی، پولیپ‌های روده‌ای و ترومبوسیتوپنی.

۱۶- **تهوع و استفراغ:** داروها شایع‌ترین عوامل ایجادکننده تهوع و استفراغ هستند. دومین علت شایع تهوع و استفراغ عبارتند از عفونت‌های گوارشی و سیستمیک ویروسی و یا باکتریال.

هماچوری (ادرار خون‌آلود) می‌تواند نشانگر عفونت و یا انسداد مجاری ادراری باشد.

۱۷- **اشکال در ادرار کردن، وجود خون در ادرار.**

۱۸- **سرگیجه**

دندانپزشکی به پروفیلاکسی آنتی‌بیوتیک نیاز دارند.

۳۰- حمله قلبی، نقایص قلبی.

۳۱- سوفل قلبی (heart murmurs)

فانکشنال (غیر پاتولوژیک): ASA ۲

به عنوان علامتی از تنگی دریچه‌ها و یا
(ASA: regurgitation) (۲,۳)

۳۲- تب روماتیسمی: در روماتیسم قلبی، پروفیلاکسی آنتی‌بیوتیک می‌تواند خطر اندوکاردیت باکتریال تحت حاد را کاهش دهد. این بیماران برحسب شدت بیماری می‌توانند در گروه‌های ۴ یا ۳ و ۲ ASA جای گیرند.

۳۳- سکته و سختی شریان‌ها: بیماری که سابقه CVA دارد، احتمال اینکه در شرایط هیپوکسیک دچار تشنج و یا CVA مجدد بشود بالاست. چنانچه پزشک از آرام‌بخش‌ها استفاده می‌کند فقط سطوح خفیف مثل آرام بخشی استنشاقی و یا آرام بخشی داخل وریدی در حالت هوشیاری (Conscious Sedation) توصیه می‌گردد.

ایسکمی گذرای مغزی (TIA) که قبل از CVA اتفاق می‌افتد ← ASA ۳

اگر کمتر از ۶ ماه از CVA گذشته باشد ← ASA ۴

اگر بیش از ۶ ماه از CVA گذشته باشد ← ASA ۳
در موارد نادری بیمار بعد از CVA می‌تواند به سطح ASA ۳ هم برسد.

۳۴- فشارخون بالا: فشارخون افزایش یافته، به صورت شایع در مطب دندانپزشکی دیده می‌شود، چراکه در مطب‌های دندانپزشکی استرس افزایش می‌یابد. به علاوه بیمارانی که فشارخون بالا دارند، داروهایی مصرف می‌کنند که ممکن است عوارض جانبی خاصی داشته باشند و یا با داروهای دیگر تداخل بکنند.

۲۴- تشنگی شدید: پرنوشی و تشنگی شدید غالباً در دیابت ملیتوس، دیابت بی‌مزه و هایپرپاراتیروئیدیسم دیده می‌شود.

۲۵- تکرر ادرار: پر ادراری ممکن است خوش‌خیم باشد. - مثلاً به هنگام مصرف بیش‌ازحد مایعات - و یا علامت دیابت ملیتوس، دیابت بی‌مزه، هایپرپاراتیروئیدیسم و سندرم کوشینگ باشد.

۲۶- خشکی دهان: ترس، عامل شایع خشک شدن دهان به ویژه در محیط‌های دندانپزشکی است.

۲۷- زردی- یرقان: یرقان به دلیل رسوب رنگ‌دانه‌های صفراوی (bile pigments) حادث می‌شود که ناشی از مقادیر اضافی بیلی‌روبین در خون می‌باشد. علل ایجاد یرقان: انسداد مجاری صفراوی - همولیز - اختلال عملکرد سلول‌های کبد - کارسینوم پانکراس.

۲۸- سفتی و درد مفاصل: این بیماران احتمالاً به مدت طولانی کورتون مصرف می‌کنند که در این صورت در گروه ۳ یا ASA ۲ قرار می‌گیرند. بیمارانی که آرتريت ناتوان‌کننده دارند در گروه ASA ۳ قرار می‌گیرند.

آیا بیماری‌های زیر را داشته‌اید؟ بخش سوم

۲۹- اختلال قلبی

درمان‌های انتخابی دندان‌پزشکی باید تا ۶ ماه بعد از MI به تأخیر بیفتند.

اغلب بیماران بعد از MI در گروه ASA ۴ قرار می‌گیرند. اما در ۶ ماه نخست بعد از MI در گروه ASA ۴ قرار دارند. اگر آسیبی که به میوکارد وارد شده ناچیز و یا هیچ است بیمار در گروه ASA ۲ قرار می‌گیرد.

بیماران مبتلا به CHF ← ASA ۲,۳

بیماران مبتلا به CHF که در حالت استراحت دیس پنه دارند ← ASA ۴

بیماران مبتلا به اختلالات قلبی مادرزادی در گروه ASA ۲,۳,۴ قرار دارند. این بیماران در اغلب کارهای

جدول ۲-۱: رژیم‌های پروفیلاکسی آنتی‌بیوتیک (۲۰۰۷)

وضعیت	دارو	رژیم دارویی*
پروفیلاکسی عمومی استاندارد (دهانی)	آموکسی سیلین	بالغین ۲ گرم، اطفال ۵۰ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم به صورت خوراکی، ۳۰ تا ۶۰ دقیقه قبل از آغاز درمان
در بیمارانی که نمی‌توانند داروی خوراکی مصرف کنند	آمپی سیلین یا Ceftriaxone یا Cefazolin	بالغین ۲ گرم به صورت داخل وریدی (IV) یا داخل عضلانی (IM)، اطفال ۵۰ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم به صورت داخل وریدی یا داخل عضلانی، ۳۰ دقیقه قبل از آغاز درمان
در بیمارانی که به پنی سیلین آلرژی دارند (خوراکی)	سفالکسین یا کلیندامایسین یا آزیترومایسین یا کلاریترومایسین	بالغین ۲ گرم، اطفال ۵۰ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم به صورت خوراکی، ۱ ساعت قبل از آغاز درمان
در بیمارانی که به پنی سیلین آلرژی دارند و نمی‌توانند داروی خوراکی مصرف کنند	Cefazolin یا Ceftriaxone یا کلیندامایسین	بالغین ۲ گرم، اطفال ۵۰ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم به صورت داخل وریدی (IV) یا داخل عضلانی (IM)، ۳۰ دقیقه قبل از آغاز درمان

* دوز مجموع تجویز شده برای اطفال نباید از حداکثر دوز مجاز بالغین بیشتر شود.
+ نباید برای بیمارانی که واکنش ازدیاد حساسیت از نوع سریع نسبت به پنی‌سیلین دارند، دارویی از دسته سفالوسپورین‌ها را تجویز نمود (مانند بروز کهیر، آنژیوادم یا آنافیلاکسی). در این موارد احتمال حساسیت متقابل یا cross sensitivity وجود دارد.

۳۵- مشکلات تنفسی: تشخیص مشکل تنفسی بیمار یک مرحله اساسی در معاینه بیمار است. بسیاری از مشکلات حاد تنفسی که در مطب دندانپزشکی به وجود می‌آیند، در ارتباط با استرس هستند. چراکه تحت استرس، نیاز به اکسیژن و فشار کاری روی سیستم قلبی عروقی افزایش می‌یابد. استرس همچنین عامل تشدیدکننده شایع حملات آسمی است.

آسم

خوب کنترل شده ← ASA ۲

خوب کنترل شده ولی با استرس تحریک می‌شود
← ASA ۳
حملات حاد به صورت مکرر اتفاق می‌افتند و یا به سختی خاتمه می‌یابند که نیاز به بستری شدن وجود دارد
← ASA ۳ or ۴

برای بیمارانی که در فاز حاد توپر کلوزیس قرار دارند،

استفاده از آرام‌بخش استنشاقی توصیه نمی‌شود. چراکه احتمال آلودگی اجزای پلاستیکی دستگاه وجود دارد که استریل کردن آن‌ها مشکل است. ولی دندان‌پزشکانی که تعداد زیادی بیمار مبتلا به سل را درمان می‌کنند می‌توانند از اجزای یک‌بارمصرف در دستگاه‌های استنشاقی خود استفاده کنند.

کادر ۲-۲ موارد توصیه پروفیلکسی آنتی‌بیوتیک در حالا قلبی با خطر بالای آندوکاردیت عفونی

- * درجه مصنوعی قلب
- * سابقه ی قلبی آندوکاردیت عفونی
- * بیماری مادرزادی قلب (CHD)^۱
- * بیماری سیانوتیک مادرزادی قلب ترمیم نشده شامل شنت و مجراهای درمانی تسکینی
- * ترمیم نواقص مادرزادی قلب، با مواد پروتزی برای شش ماه^۲
- * نقایص مادر زادی قلب ترمیم شده ناقص که نقص باقی مانده
- * مانع آندوتلیزاسیون می‌شود
- * گیرنده پیوند قلب همراه نقص درجه ای (والوپاتی)

۱- به جز مواردی که قبلاً بیان شده و نیاز به پروفیلاکسی نمی‌باشد.

۲- زمان لازم برای آندوتلیزاسیون

پروتزهای قلبی (۶ ماه)

۳۹- تاریخچه خانوادگی دیابت، بیماری قلبی،

تومورها:

۴۰- ایدز: بیماران HIV⁺ بر اساس میزان پیشرفت

عفونت در گروه ASA ۲, ۳, ۴ or ۴ قرار می گیرند.

۴۱- تومورها، کنسرها: هیچ کنتراندیکاسیون

خاصی برای تجویز داروهای کنترل کننده درد و

اضطراب در این بیماران وجود ندارد. تاریخچه قبلی

و کنونی کانسر، ضرورتاً میزان خطر ASA را افزایش

نمی دهد، هرچند بیمارانی که به شدت تضعیف شده اند

و یا بستری هستند در گروه ۵ یا ASA ۴ قرار می گیرند.

۴۲- آرتريت، روماتیسم: برای توضیح به پرسش

۲۸ مراجعه شود

۴۳- بیماری های چشمی: آنتی کولینرژیک ها مثل

آتروپین، اسکوپولامین و گلیکوپیرولات که بزاق را

کاهش می دهند در بیماران مبتلا به گلوکوم با زاویه

باریک کنتراندیکه هستند چراکه این داروها باعث

افزایش فشار داخل چشمی می شوند. بیماران مبتلا به

گلوکوم در گروه ASA ۲ قرار می گیرند.

۴۴- بیماری های پوستی.

۴۵- آنمی: آنمی در بین بزرگسالان بیماری شایعی

است، به ویژه در بین خانم های جوان (آنمی فقر آهن).

در آنمی میزان حمل و تحویل اکسیژن کاهش می یابد

که این حالت به ویژه در حالات هیپوکسیک بیشتر

معنی دار است. هیپوکسی با احتمال بیشتر زمانی اتفاق

می افتد که آرام بخشی عمیق اعمال شود؛ بدون اینکه

اکسیژن اضافی به بیمار داده شود. بیماران آنمیک در ۴

تا ASA ۲ بر اساس شدت فقر اکسیژن قرار می گیرند.

در آنمی سلول های داسی شکل استرس و یا کمبود

اکسیژن باعث به وجود آمدن بحران سلول های داسی

شکل می گردد. تجویز اکسیژن در طی درمان این

بیماران به شدت توصیه می گردد.

← ASA Sick cell trait ۲

ASA Sick cell disease ۳ or ۲

کادر ۳-۲ اعمال دندانپزشکی نیازمند پروفیلاکسی اندوکاردیت

تمام اعمالی که موجب دستکاری لثه، نواحی پری اپیکال دندان یا سوراخ شدگی مخاط دهان می شود

۱- موارد زیر نیاز به پروفیلاکسی ندارند:

تزریق بی حسی موضعی در نواحی غیر عفونی، گرفتن رادیوگرافی، قرار دادن پروتز متحرک و وسایل ارتودنسی، تنظیم وسایل ارتودنسی، قرار دادن برکت ها، افتادن دندان های شیری و خونریزی از لب و مخاط دهان در نتیجه ی تروما.

توبرکلوزیس

متوقف شده ← ASA ۲

Active ← ASA ۳ or ۴

آمفیزم: فرمی از (Chronic obstructive Pulmonary

COPD) disease می باشد. به دلیل کاهش ظرفیت

تنفسی در انواع شدید آمفیزم، اکسیژن کمکی در حین

اعمال دندانپزشکی باید تجویز شود.

در این بیماران حالت هیپوکسیک خون محرک

اصلی برای تنفس می باشد، لذا باید دقت کرد که مقدار

اکسیژن کمکی از ۳ لیتر در دقیقه فراتر نرود. بیمار

آمفیزمی بر حسب شدت بیماری اش در گروه های ASA

۲, ۳ or ۴ قرار می گیرد.

۳۶- هیپاتیت و بیماری های کبدی: سابقه انتقال

خون و یا اعتیاد به مواد مخدر احتمال درگیری کبد

را افزایش می دهد. هیپاتیت C مسئول بیش از ۹۰٪

هیپاتیت های متعاقب انتقال خون می باشد.

۳۷- بیماری معده و زخم معده: حضور زخم

معده به تنهایی باعث افزایش خطر در حین درمان

دندانپزشکی نمی شود و اگر مشکل دیگری وجود نداشته

باشد بیمار در طبقه بندی ASA ۱ or ۲ قرار می گیرد.

۳۸- آلرژی به دارو، غذا و لاتکس: آلرژی به

تنهایی در گروه ASA ۲ قرار می گیرد.

نکته: ترسناک ترین موقعیت اورژانس، آنافیلاکسی نام

دارد که یک واکنش آلرژیک حاد و سیستمیک می باشد.

می‌گردد. در بیمارانی که بی‌حسی را به ویژه در مندیبل و به ویژه با تزریق بویی و اکائین همراه با تنگ‌کننده عروقی تجربه می‌کنند؛ رژیم غذایی دچار تغییر می‌گردد. در این صورت این بیماران باید رژیم انسولین خود را هم تغییر دهند تا دچار هیپوگلیسمی نشوند.

آیا تحت درمان‌های زیر هستید یا بوده‌اید؟ بخش چهارم

۵۱- درمان وضعیت روحی

۵۲- رادیوتراپی

۵۳- شیمی‌درمانی

۵۴- **دریچه‌های مصنوعی قلب:** نگرانی اولیه پزشک در مورد این دریچه‌ها، تعیین رژیم آنتی‌بیوتیک مناسب می‌باشد. این بیماران اغلب در گروه ASA ۲ or ۳ قرار می‌گیرند.

۵۵- **مفاصل مصنوعی:** انجمن دندانپزشکی آمریکا و آکادمی جراحان ارتوپدی آمریکا پیشنهادات خود را در مورد نیاز به پروفیلاکسی آنتی‌بیوتیک برای پیشگیری از عفونت‌های مفصل‌هماتوژن در بیمارانی که تحت جراحی آرتروپلاستی کلی مفصل قرار گرفته‌اند اعلام کرده‌اند. **پیس میکرو:** هر چند موارد کمی در بین استفاده‌کنندگان از پیس میکرو وجود دارند که نیاز به پروفیلاکسی دارند، لکن مشاوری پزشکی باید قبل از آغاز دندانپزشکی صورت پذیرد.

Contact Lenses: برداشتن لنزهای چشمی در حین اعمال Conscious Sedation (آرام‌بخشی با حفظ هوشیاری) ضروری است چراکه در این حالت بیماران مدت کمتری چشم‌های خود را می‌بندند و لذا احتمال آسیب به قرنیه و اسکلرا وجود دارد.

۵۶- بستری بودن

۵۷- انتقال خون

۵۸- جراحی

نکته: در بیماران مبتلا به مت‌هموگلوبینمی مادرزادی یا ایدئوپاتیک، ماده بی‌حسی موضعی آمیدی پریلوکائین منع تجویز نسبی دارد.

۴۶- بیماری‌های آمیزشی (سیفلیس، سوزاک):

۴۷- **هرپس:** در حضور ضایعات دهانی، درمان‌های انتخابی باید به تعویق بیفتند. روش‌های استاندارد حفاظتی، تنها در جاتی از حفاظت را فراهم می‌کنند و حفاظت آن‌ها کامل نیست. این بیماران در گروه ASA ۴ or ۲ قرار می‌گیرند و در موارد شدید به ASA ۴,۵ هم می‌رسند.

۴۸- **بیماری‌های کلیوی و ادراری:** پروفیلاکسی آنتی‌بیوتیک ممکن است برای برخی از فرم‌های مزمن بیماری‌های کلیوی مناسب باشد. بیماران آنفریک در گروه ASA ۴ و سایر بیماران در ASA ۲ or ۳ قرار می‌گیرند.

۴۹- بیماری‌های تیروئیدی و غده فوق کلیه:

نکته: در بیماران هایپر تیروئیدی، اپی نفرین را با احتیاط مصرف کنید و در بیماران هایپو تیروئیدی، CNS depressant ها را با احتیاط مصرف کنید.

در بسیاری از بیماران تیروئیدی که تحت درمان می‌باشند، هورمون‌های تیروئیدی خونی در وضعیت نرمال قرار دارند (یعنی یوتیروئید هستند). حالت یوتیروئیدی نشان‌دهنده خطر ASA ۲ است. در حالی که بیماران علامت‌دار در گروه ASA ۳ و یا در موارد نادر در گروه ASA ۴ قرار می‌گیرند.

بیمارانی که دچار هایپوفانکشن کورتکس آدرنال هستند، مبتلا به بیماری آدیسون می‌باشند. این بیماران در شرایط پراسترس ممکن است دچار از دست رفتن هوشیاری شوند. ترشح بیش از حد کورتیزون (سندرم کوشینگ) به ندرت منجر به موقعیت تهدیدکننده حیات می‌شود.

۵۰- **دیابت:** بیماران دیابتی نوع ۱ و ۲ به ندرت خطر بزرگی در دندانپزشکی محسوب می‌شوند. بیشترین نگرانی مربوط به اثری است که دندانپزشکی روی غذا خوردن فرد می‌گذارد و در نتیجه منجر به هیپوگلیسمی

۵۹- ضربان ساز (گروه III یا ASA II)

۶۰- لنزهای چشمی

همه بیماران پاسخ دهند. (بخش هفتم)

۶۷- آیا شما بیماری یا مشکل دارویی خاصی دارید که در این پرسش نامه مطرح نشده باشد؟

معاینه فیزیکی

ارزش اولیه معاینه فیزیکی در این است که اطلاعاتی را در مورد وضعیت کنونی بیمار به دست می دهد. در حالی که اطلاعات پرسشنامه مربوط به گذشته بیمار است. معاینه فیزیکی شامل مراحل زیر می باشد:

۱- بررسی علائم حیاتی

۲- معاینه چشمی بیمار

۳- تست های عملکردی (در صورت لزوم)

۴- بررسی وضعیت قلب و ریه از طریق سمع، الکتروکاردیوگرام و تست های لابراتواری (در صورت لزوم) یک معاینه فیزیکی، حداقل باید شامل موارد ۱ و ۲ باشد.

علائم حیاتی

علائم حیاتی که در جلسه اول ثبت می شوند به عنوان base line شناخته می شوند و ۲ خاصیت مهم دارند:

اول: به کمک آن ها می توانیم بفهمیم که آیا بیمار توان تحمل استرس درمان را دارد یا نه.

دوم: این ارقام به عنوان یک استاندارد در مواقع اورژانس به کار می روند.

علائم حیاتی شامل ۸ مورد زیر است:

۱- فشارخون

۲- ضربان و ریتم قلب

۳- ریت تنفس (respiratory rate)

۴- دما

۵- قد

۶- وزن

۷- اشباع اکسیژن خون شریانی

۸- BMI یا شاخص توده ی بدنی

سه مورد اول نشان دهنده وضعیت قلبی عروقی بیمار

آیا داروهای زیر را مصرف می کنید؟ بخش پنجم

۶۱- مواد مخدر ← اگر چه ممکن است برخی

بیماران اعتراف نکنند زمانی اهمیت دارد که دندان پزشک بخواهد از داروی تضعیف کننده CNS برای آرام بخش یا داروی بی حسی موضعی یا داروی بی حسی موضعی با یا بدون تنگ کننده عروقی مانند اپی نفرین استفاده کند.

۶۲- داروهایی که پزشکان آن ها را تجویز کرده یا بدون نسخه تهیه کرده اند، مانند آسپرین یا داروهای گیاهی؟ دندان پزشک با داشتن آگاهی از داروهای مصرفی می تواند مشکلات پزشکی، عوارض جانبی احتمالی برخی از آن ها که ممکن است در درمان دندان پزشکی قابل توجه باشند جلوگیری نماید.

۶۳- هر شکی از تنباکو؟

۶۴- الکل؟

توضیح: مصرف طولانی مدت الکل و تنباکو می تواند موجب مشکلات بالقوه حیات بیمار شوند و در گروه ASA II قرار می گیرند.

پرسش های مخصوص خانم ها (بخش ششم):

۶۵- حاملگی: حاملگی به ویژه در سه ماهه اول،

کنتراندیکاسیون نسبی برای کارهای انتخابی گسترده دندان پزشکی به شمار می رود. در طی حاملگی تجویز داروی بی حسی موضعی با و یا بدون اپی نفرین مجاز است. آرام بخشی استنشاقی ($N_2O + O_2$) توصیه می شود. هر چند آرام بخشی IV، oral و IM کنتراندیکه نیست اما باید در مواردی به کار روند که امکان استفاده از سایر روش ها وجود ندارد. پرسشنامه تاریخچه پزشکی باید هر ۳-۶ ماه مجدداً به روز شود.

۶۶- آیا از قرص های کنترل کننده بارداری استفاده

می کنید؟

Cuff روی بازو به صورتی بسته می‌شود که لبه تحتانی آن ۲-۳ cm بالاتر از antecubital fossa باشد. اگر سفت باشد باعث افزایش فشار دیاستولیک می‌گردد؛ اما شل بستن Cuff اشتباه شایع‌تری است، در این حالت Cuff به راحتی از بازو جدا می‌شود. بعد از بستن Cuff فشار آن را تا ۳۰ میلی‌متر جیوه از حدی که نبض شریان رادیال قطع شده است بالاتر می‌بریم. سپس آرام‌آرام آن را تخلیه می‌کنیم تا اینکه نبض شریان رادیال دوباره احساس شود. فشارخونی که در این لحظه ثبت شده است، فشار سیستولیک لمسی نام دارد (Palpatory Systolic Pressure). اگر بخواهیم دقیق‌تر عمل کنیم، دیافراگم گوشی پزشکی (Stethoscope) را در سمت مدیال antecubital fossa و روی شریان براکیال قرار می‌دهیم. در این حالت Cuff را تخلیه می‌کنیم. اولین صدایی که از گوشی شنیده می‌شود فشارخون سیستولیک است و لحظه‌ای که تمام صداها از بین می‌روند فشارخون دیاستولیک را ثبت می‌کنیم. اگر لازم شد تا یک‌بار دیگر فشارخون را ثبت کنیم، باید حداقل ۱۵ ثانیه صبر کنیم. در ثبت فشارخون در پرونده بیمار باید دست راست یا چپ بیمار که فشارخون از آن دست اندازه‌گیری شد ثبت شود. مثلاً ۱۳۰/۹۰R یا ۱۳۰/۹۰L

برخی اشتباهات شایع در اندازه‌گیری فشارخون:

- ۱- شایع‌ترین خطا، شل بستن Cuff است که موجب می‌شود فشارخون به اشتباه بالاتر ثبت شود.
- ۲- استفاده از سایز نادرست Cuff: اگر کاف فرد نرمال روی بازوی فرد چاق بسته شود فشارخون بالاتر نشان داده می‌شود. اگر همان کاف روی بازوی بچه با یک فرد لاغر بسته شود فشارخون پایین‌تر نشان داده می‌شود.

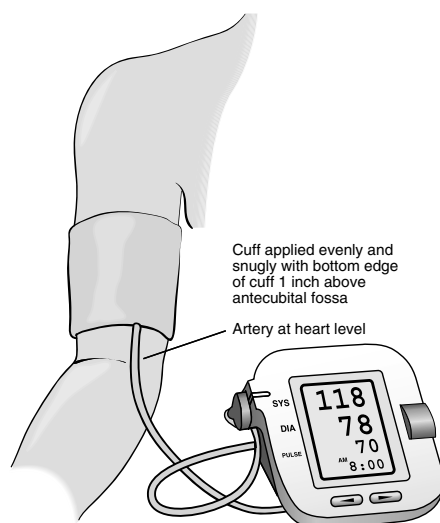
۳- muscularity gap (وقفه شنیداری): در برخی

هستند و حتماً باید ثبت شوند. ولی ثبت سه مورد بعدی اختیاری است. ثبت دمای بدن بیمار می‌تواند در معاینات معمول هم صورت بگیرد اما اغلب در مواقعی این کار انجام می‌شود که ضرورتی احساس شود، مثلاً وقتی عفونت حاضر است یا بیمار تب دارد. وقتی از آرام‌بخشی IM، IV و یا Oral استفاده می‌نماییم، ثبت وزن بیمار اهمیت شایانی دارد.

BMI یک معیار عددی ساده است که چاقی و لاغری فرد را نشان می‌دهد. افراد نسبتاً چاق (BMI بین ۳۵-۳۰) شدیداً چاق (۴۰-۳۵) و چاقی بیمارگونه BMI بالای ۴۰) از نظر ابتلا به بسیاری از مشکلات حاد و مزمن نظیر بیماری‌های قلبی و تنفسی در معرض خطر بالاتری هستند.

فشارخون

فشارسنج فلزی که شایع‌ترین فشارسنج مورد استفاده است، فشارخون بیمار را به صورت میلی‌متر جیوه نشان می‌دهد. برای اندازه‌گیری فشارخون، بیمار باید به صورت عمودی بنشیند و بازوی وی در سطح قلب و در حالت استراحت قرار گیرد. قبل از اندازه‌گیری فشارخون بیمار حداقل باید ۵ دقیقه استراحت کند.



• Figure 2.7 Proper placement of a blood pressure cuff (sphygmomanometer).

گرفته می‌شود یک شاخصه مهم از وضعیت قلبی عروقی بیمار است. در تمام حالات چنانچه فشارخون بیمار قابل ثبت نباشد نیاز به احیای قلب و ریه وجود دارد. مقادیر فشارخون در یک فرد جوان کمتر از فرد بزرگسال است.

ریتم و ضربان قلب:

برای ثبت ریتم و ضربان قلب غالباً از شریان‌های رادیال و براکیال استفاده می‌شود؛ اما در حالات اورژانس باید شریان کاروتید لمس شود، چراکه این کاروتید است که به مغز خون می‌رساند. برای لمس ضربان، پزشک باید انگشتان میانی و اشاره خود را روی پوست بیمار قرار دهد. دقت کنید که از انگشت شست برای انجام این کار استفاده نشود چراکه خود انگشت شست دارای شریان می‌باشد و ممکن است، ضربان پزشک به جای ضربان بیمار ثبت شود. در نوزادان شریان براکیال محل ترجیحی برای بررسی ریتم و ضربان قلب است. هنگام ثبت ریتم و ضربان قلب نکات زیر باید موردتوجه قرار گیرند:

۱- ضربان قلب (heart Rate) به صورت تعداد ضربان در دقیقه محاسبه می‌شود.

افراد گاهی با وجود اینکه ضربان لمس می‌شود اما صدای ضربان از طریق گوشی قابل سمع نیست. پس در چنین مواردی می‌توان به کمک لمس کردن جلوی اشتباه را گرفت. هر چند وقفه شنیداری اغلب در افراد با فشارخون بالا دیده می‌شود اما اهمیت پاتولوژیک چندانی ندارد. ۴- اضطراب می‌تواند باعث افزایش موقتی فشارخون، به ویژه فشارخون سیستولیک شود. ۵- فشارخون باید بر اساس صداهای Korotkoff که از گوشی سمع می‌شود ثبت گردد. چراکه فشارخونی که صرفاً بر اساس مشاهده سستون جیوه یا سوزن فشارسنج ثبت شود ۱۵-۱۰ میلی‌متر جیوه بالاتر از مقادیر korotkoff است.

۶- فشارخون ثبت شده از بازوی چپ بیمار ۱۰-۵ mmHg بالاتر از بازوی راست است. لذا باید به هنگام ثبت فشارخون، بازوی موردنظر را هم ذکر کنیم.

نکاتی چند در مورد معاینه کلینیکی

ثبت فشارخون باید قبل از تجویز داروی بی‌حسی صورت پذیرد. فشارخونی که در حالت اورژانس از بیمار

جدول ۵-۲: دستورالعمل ۲۰۱۷ برای پیشگیری، تعیین، و ارزیابی فشار خون بالا در بالغین^{33, 34}

طبقه بندی فشار خون	سیستولیک (میلیمتر جیوه)	دیاستولیک (میلیمتر جیوه)	درمان و پیگیری
طبیعی	کمتر از ۱۲۰ میلیمتر	کمتر از ۸۰ میلیمتر	سالانه پیگیری شود و بیمار تشویق شود تا بر روش زندگی سالم آن را حفظ کند
افزایش یافته	بین ۱۲۰ تا ۱۲۹	کمتر از ۸۰	تشویق به بهبود سبک زندگی و اندازه گیری مجدد طی ۶ ماه
افزایش فشار خون (مرحله اول)	۱۳۰ تا ۱۳۹	۸۰ تا ۹۰	ریسک ده ساله بیماری‌های قلبی و مغزی و آترواسکلروز قلبی وجود دارد. اگر ریسک کمتر از ۱۰ درصد است سبک زندگی سالم و باید تشویق شود و اگر بالای ۱۰ درصد باشد (وجود علائم بالینی قلبی، دیابت، بیماری مزمن کلیوی) ضمن تشویق تغییر سبک زندگی، تجویز دارو لازم است و پس از یک ماه کنترل مجدد شود تا اثر دارو مشخص گردد. در صورت تاثیر خوب دارو هر سه تا ۶ ماه کنترل می‌شود و چنانچه دارو اثر مثبت را نداشت با تغییر نوع دارو و مقدار آن پیگیری ماهیانه انجام شود.
افزایش فشار خون (مرحله دوم)	مساوی یا بالاتر از ۱۴۰	مساوی یا بالاتر از ۹۰	ضمن تشویق به بهبود سطح زندگی، تجویز داروهای با گروه متفاوت ضروری است. طی فواصل یک ماه برای بررسی تاثیر دارو پیگیری و چنانچه موفقیت آمیز باشد هر سه تا ۶ ماه پیگیری می‌شود و چنانچه پس از یک ماه دارو موثر نبود داروهای دیگر با تیتراسیون لازم انجام و تا موفقیت هر یک ماه بیمار پیگیری می‌شود