


## فصل اول جراحی

۳۳۳	فصل دوازدهم هایپرونتیلیاسیون	۱۸۰	فصل بیست و سوم درمان جراحی ضایعات پاتولوژی دهان	پیترسون	فصل اول ارزیابی وضعیت سلامتی بیمار قبل از عمل جراحی
۳۳۴	فصل سیزدهم آسم	۱۸۷	فصل بیست و چهارم آسیب‌های دنتوآلوئولار و بافت نرم	۲	فصل سوم اصول جراحی
۳۳۹	فصل چهاردهم نارسایی قلبی و ادم حاد ریوی	۱۹۲	فصل بیست و پنجم درمان شکستگی‌های صورت	۱۵	فصل چهارم ترمیم زخم
۳۴۳	فصل پانزدهم اختلال تنفسی: تشخیص افتراقی	۱۹۸	فصل بیست و ششم اصلاح ناهنجاری‌های دنتوفاسیال	۱۹	فصل پنجم اصول کنترل عفونت در جراحی
۳۴۴	فصل شانزدهم اختلال هوشیاری: ملاحظات عمومی	۲۰۵	فصل بیست و هفتم جراحی‌های زیبایی صورت	۲۵	فصل ششم وسایل جراحی دهان
۳۴۵	فصل هفدهم دیابت ملیتوس: هیپرگلیسمی و هیپوگلیسمی	۲۱۲	فصل بیست و هشتم درمان بیماران مبتلا به شکاف دهان و صورت	۳۱	فصل هفتم اصول خارج سازی دندان های ساده
۳۵۰	فصل هجدهم اختلال غده تیروئید	۲۲۲	فصل بیست و نهم بازسازی نقص‌های فکی با جراحی	۳۷	فصل هشتم اصول خارج سازی دندان های مشکل
۳۵۲	فصل نوزدهم آسیب مغزی و عروقی	۲۲۵	فصل سی ام نوروپاتولوژی صورت	۴۸	فصل نهم اصول خارج سازی دندان های نهفته
۳۵۴	فصل بیستم تغییر سطح هوشیاری (تشخیص افتراقی)	۲۳۵	فصل سی و یکم درمان اختلالات تمپورومندیبولار	۵۸	فصل دهم کنترل بیمار پس از جراحی
۳۵۵	فصل بیست و یکم تشنج:	۲۴۴	فصل سی و دوم درمان بیماری بستری	۶۹	فصل یازدهم پیشگیری و درمان عوارض ناشی از کشیدن دندان
۳۵۸	فصل بیست و دوم اورژانس‌های مرتبط با دارو (ملاحظات کلی)	۲۴۷	فصل دوم پیشگیری و درمان اورژانس‌های پزشکی	۷۱	فصل سیزدهم جراحی‌های پیش پروتزی
۳۶۰	فصل بیست و سوم واکنش‌های اوردوز دارویی:	۲۶۴	فصل سی و سوم بی‌حسی موضعی	۸۱	فصل چهاردهم درمان ایمپلنت: اصول و تکنیک پایه
۳۶۷	فصل بیست و چهارم آلرژی	مالامد	مالامد	۹۷	فصل پانزدهم درمان ایمپلنت و اصول پیشرفته و موارد پیچیده
۳۷۲	فصل بیست و پنجم تشخیص افتراقی اورژانس‌های مرتبط با دارو	۲۸۶	فصل اول مقدمه	۱۰۶	فصل شانزدهم اصول مدیریت و پیشگیری عفونت‌های دندانی
۳۷۵	فصل بیست و ششم درد قفسه سینه: ملاحظات کلی	۲۸۷	فصل دوم پیشگیری:	۱۱۰	فصل هفدهم عفونت‌های ادونتوزنیک پیچیده
۳۷۷	فصل بیست و هفتم آنژین صدری	۲۹۷	فصل سوم آماده سازی	۱۲۱	فصل هجدهم اصول جراحی اندودونتیک
۳۸۰	فصل بیست و هشتم انفارکتوس حاد میوکارد	۳۰۷	فصل پنجم بیهوشی: ملاحظات عمومی	۱۳۳	فصل نوزدهم درمان بیماران تحت رادیوتراپی یا شیمی‌درمانی
۳۸۴	فصل بیست و نهم تشخیص افتراقی درد قفسه سینه	۳۱۳	فصل ششم سنکوپ وازودپرسور	۱۴۲	فصل بیستم بیماری‌های ادونتوزنیک سینوس ماگزیلاری
۳۸۶	فصل سی ام ایست قلبی و احیای قلبی ریوی	۳۱۵	فصل هفتم کاهش فشار خون وضعیتی	۱۵۰	فصل بیست و یکم تشخیص و درمان اختلالات غدد بزاقی
۳۸۹	فصل سی و یکم تدابیر مربوط به کودکان	۳۱۸	فصل هشتم نارسائی حاد غده فوق کلیه	۱۵۶	فصل بیست و دوم اصول تشخیص افتراقی و بیوپسی
۳۹۳	تست	۳۲۱	فصل نهم بیهوشی: تشخیص افتراقی	۱۶۸	
		۴۲۳	فصل دهم اختلال تنفسی: ملاحظات عمومی		
		۳۲۷	فصل یازدهم انسداد راه هوایی بوسیله جسم خارجی		

## فصل اول

## ارزیابی وضعیت سلامتی بیمار قبل از عمل جراحی

تاریخچه پزشکی 

یک تاریخچه پزشکی دقیق مفیدترین اطلاعاتی است که دندانپزشک می تواند حین درمان بیماران از آن بهره ببرد. چنانچه اخذ تاریخچه به خوبی انجام گیرد، معاینه جسمانی بیمار و ارزیابی های آزمایشگاهی معمولاً نقش کمتری را در ارزیابی های پیش از عمل ایفا می کنند.

\* اولین اطلاعاتی که از بیمار گرفته می شود اطلاعات بیوگرافیک است. این اطلاعات شامل نام کامل، آدرس منزل، سن، جنس و شغل بیمار و همچنین نام پزشک خانوادگی بیمار می باشد.

اعتبار تاریخچه پزشکی به قابل اعتماد بودن بیمار به عنوان بازگو کننده تاریخچه بستگی دارد، اگر دندانپزشک به صحت اطلاعات بیمار مشکوک باشد استفاده از روش های جایگزین ضرورت می یابد.

\* بیان شکایت اصلی یا chief complaint به دندانپزشک کمک می کند حین اخذ تاریخچه و تعیین طرح درمان مسائلی که از تقدم و اهمیت بیشتری برخوردار هستند را مشخص نماید.

\* از بیمار باید درخواست شود تاریخچه بیماری یا مشکل فعلی به خصوص اولین تظاهر آن، تغییراتی که پس از اولین تظاهر بیماری اتفاق افتاده است و نیز نحوه تأثیرپذیری بیماری از عوامل مختلف را بیان کند. به عنوان مثال در توصیف درد باید عواملی مانند زمان شروع، شدت، مدت، محل و نحوه انتشار درد و نیز عواملی که موجب تشدید یا تخفیف درد می شوند شرح داده شوند. همچنین پرسش در مورد سایر علائمی که همراه با مشکل اصلی تظاهر یافته اند نظیر تب، لرز، خستگی، بی اشتها، ضعف یا هر کسالت دیگر الزامی است.

فرمت استاندارد ثبت با تاریخچه و معاینه جسمانی :

۱- اطلاعات بیوگرافیک

۲- شکایت اصلی و تاریخچه آن

۳- تاریخچه پزشکی

۴- تاریخچه خانوادگی و اجتماعی

۵- بررسی ارگان ها

۶- معاینه جسمانی

پرسشنامه های تاریخچه پزشکی باید شفاف، مختصر و به زبان غیرتخصصی نوشته شده باشند. در این فرم ها باید جمله یا عبارتی وجود داشته باشد که به بیمار اطمینان دهد اطلاعات درون پرسشنامه محرمانه باقی می ماند بدین ترتیب احتمال دادن جواب های ناقص یا غیر دقیق توسط بیمار کاهش یابد.

در کادر ۱-۲ آن دسته از اطلاعات پایه ای که به اخذ یک تاریخچه دقیق کمک می کنند آورده شده است.

اطلاعات پایه درمورد تاریخچه سلامتی بیمار :

۱- سابقه بستری شدن ، عمل جراحی ، آسیب های تروماتیک و بیماری های جدی

۲- بیماری با کسالت اخیر

۳- داروهای مورد استفاده در گذشته با حال و آلرژی (به خصوص آلرژی دارویی )

۴- اعتیاد با دیگر عادت های مرتبط با سلامتی ، مقدار و نوع فعالیت روزانه

۵- تاریخ و نتیجه آخرین ویزیت پزشک

پرسش در مورد مشکلات پزشکی متداولی که ممکن است درمان دندانپزشکی بیمار را تحت تأثیر قرار دهند اهمیت زیادی دارد. این مشکلات عبارتند از: آنژین، MI، سوفل قلبی، بیماری قلبی روماتیسمی، بیماری های خونریزی دهنده (از جمله داروهای ضد انعقاد)، آسم، بیماری مزمن ریوی، هپاتیت، عفونت های منتقل شونده از راه جنسی (STIs)، دیابت، مصرف کورتیکواستروئید، تشنج، سکته مغزی (stroke) و هرگونه وسایل پروتزی مانند مفصل یا دریچه قلب مصنوعی.

## فصل اول

### جراحی

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

گرفتن یک تاریخچه خانوادگی مختصر سودمند بوده و باید بر روی بیماری های ارثی مرتبط مانند هموفیلی تمرکز داشته باشد. به روز رسانی تاریخچه پزشکی در فواصل زمانی معین ضروری است.

\* بررسی دستگاه های مختلف بدن (review of systems) ممکن است به شناسایی مشکلات پزشکی تشخیص داده نشده منجر گردد. بررسی که توسط دندانپزشک و قبل از جراحی صورت می گیرد با بررسی که توسط پزشک انجام می شود متفاوت است (مختصرتر است) و با بهره گیری از پاسخ های بیمار هدایت می شود. به عنوان مثال در فردی با سابقه ایسکمی قلبی بررسی دستگاه قلبی - عروقی شامل پرسش در مورد درد قفسه سینه (حین ورزش، خوردن یا حتی استراحت)، تپش قلب، غش کردن و تورم مچ پا می باشد.

هر معاینه جسمانی با اندازه گیری علائم حیاتی آغاز می شود. این کار علاوه بر فراهم کردن اطلاعات پایه جهت ارزیابی های بعدی، به غربالگری مشکلات پزشکی تشخیص داده نشده نیز کمک می کند.

**اندازه گیری فشار خون:** کاف با اندازه مناسب به گونه ای روی بازو قرار داده می شود که اله پایینی آن ۴-۲ سانتی متر بالاتر از antecubital fossa قرار گیرد. شریان براکیال درون فوسا لمس شده و دیافراگم استتوسکوپ بر روی آن قرار داده می شود. سپس کاف تا حدود ۲۲۰ میلی متر جیوه باد می گردد و به آرامی اجازه داده می شود که خالی شود. صدای اولی که شنیده می شود نشان دهنده فشار سیستول و عددی که بر روی آن صدا قطع می گردد نشان دهنده فشار دیاستول می باشد. در صورتی که کاف کوچک باشد فشار خون بالا، و در صورتی که کاف بزرگ باشد فشار خون پایین گزارش خواهد شد.

**نکته:** هنگامی که قرار است از آرامبخشی استنشاقی یا داخل وریدی استفاده شود، دستگاه های قلبی - عروقی، تنفسی و عصبی بررسی می شوند.

**نکته:** غیر از ارگان های موجود در ناحیه فک و صورت، نیاز به بررسی سایر ارگان های بدن به شرایط بالینی بیمار بستگی دارد. معمولاً دستگاه های قلبی - عروقی و تنفسی قبل از آرامبخشی یا جراحی های دهان بررسی می گردند

- از دندانپزشکان انتظار می رود در تمام بیماران بررسی سریع سر، گوش ها، چشم ها، بینی، دهان و گلو را انجام دهند

کلی: تب، لرز، تعریق، کاهش وزن، خستگی، بیحالی، کاهش اشتها

سر: سردرد، گیجی، غش کردن، بی خوابی

گوش: کاهش شنوایی، وزوز، درد

چشم: تاری دید، دو بینی، اشک ریزش، خشکی چشم، درد

بینی و سینوس ها: رینوره، خونریزی از بینی، مشکلات تنفس

## فصل اول جراحی

- ۱- تغییر طرح درمان با استفاده از روش های کاهش اضطراب، داروهای کنترل استرس، مانیتورینگ دقیق بیمار یا ترکیبی از موارد فوق
- ۲- انجام مشاوره پزشکی جهت آماده سازی بیمار برای جراحی سرپایی
- ۳- امتناع از درمان بیمار به صورت سرپایی
- ۴- ارجاع بیمار به جراح فک و صورت

### کادر ۴-۱ طبقه بندی ASA

I: بیمار سالم و طبیعی

- II: بیمار مبتلا به بیماری سیستمیک خفیف یا دارای ریسک فاکتورهای زیاد
- III: بیمار مبتلا به بیماری سیستمیک شدید که باعث ناتوانی وی نشده است
- IV: بیمار مبتلا به بیماری سیستمیک شدید که جان وی در خطر می باشد.
- V: بیمار در شرف مرگ که بدون جراحی زنده نخواهد ماند.

VI: بیمار مرگ مغزی

درمان بیماران مبتلا به مشکلات پزشکی

#### بیماری های قلبی عروقی

**آنژین صدری.** اغلب در مردان بالای ۴۰ سال و زنان سنین یائسگی مشاهده می شود. فرآیند اصلی بیماری عبارت است از تنگی پیش رونده یا اسپاسم (یا هر دو) یک یا تعداد بیشتری از شریان های کرونر. آنژین به عنوان یکی از علائم بیماری ایسکمیک قلبی زمانی تظاهر می یابد که جریان خون میوکارد نتواند جوابگوی افزایش مصرف اکسیژن توسط قلب باشد. در نتیجه احساس فشردگی یا یک فشار سنگین در زیر جناغ پدید می آید که می تواند به بازو یا شانه چپ و حتی به فک پایین منتشر شود.

\* تحریک عصب واگ به تهوع، تعریق و برادی کاردی می انجامد.

Box 1-6 Physical Examination before Oral and Maxillofacial Surgery	
<b>Inspection</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Head and face: General shape, symmetry, hair distribution</li> <li>▪ Ear: Normal reaction to sounds (otoscopic examination if indicated)</li> <li>▪ Eye: Symmetry, size, reactivity of pupil, color of sclera and conjunctiva, movement, test of vision</li> <li>▪ Nose: Septum, mucosa, patency</li> <li>▪ Mouth: Teeth, mucosa, pharynx, lips, tonsils</li> <li>▪ Neck: Size of thyroid gland, jugular venous distention</li> </ul>
<b>Palpation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Temporomandibular joint: Crepitus, tenderness</li> <li>▪ Paranasal: Pain over sinuses</li> <li>▪ Mouth: Salivary glands, floor of mouth, lips, muscles of mastication</li> <li>▪ Neck: Thyroid gland size, lymph nodes</li> </ul>
<b>Percussion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Paranasal: Resonance over sinuses (difficult to assess)</li> <li>▪ Mouth: Teeth</li> </ul>
<b>Auscultation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Temporomandibular joint: Clicks, crepitus</li> <li>▪ Neck: Carotid bruits</li> </ul>

**اندازه گیری نبض:** معمولاً بوسیله قرار دادن نوک انگشتان اشاره و مبانی بر روی شریان رادیال مچ بررسی می شود. زمانی که ریتم منظم باشد، میزان نبض در ۳۰ ثانیه اندازه گیری شده و ضرب در دو می گردد. اگر نبض ضعیف و یا ریتم نامنظم باشد، باید به طور مستقیم قلب را سمع کرد. معاینه با یک یا تعداد بیشتری از ۴ مورد زیر انجام می گیرد:

- 1- Inspection یا مشاهده
- 2- Palpation یا لمس
- 3- Percussion یا دق
- 4- Auscultation یا سمع

در ناحیه فک و صورت مشاهده همواره انجام می شود. **لمس** در معاینه مفصل گیجگاهی فکی، ارزیابی عملکرد و اندازه غدد بزاقی، معاینه غده تیروئید، ارزیابی گره های لنفاوی دردناک یا متورم، بررسی سفتی (induration) بافت های دهان و ... کاربرد دارد. پزشکان معمولاً از **دق** برای معاینه قفسه سینه و شکم استفاده می کنند. دندانپزشکان می توانند از **دق** برای معاینه دندان ها یا سینوس های پارانازال استفاده نمایند.

- سمع در دندانپزشکی به طور اولیه در معاینات TMJ کاربرد دارد.
- بیماران ASA I می توانند بدون خطر و به شکل معمول در مطب دندانپزشکی تحت مداوا قرار گیرند. در مورد بیمارانی که در گروه ASA II یا III نسبتاً سالم جای نمی گیرند چهار راه پیش پای دندانپزشک می باشد:

## فصل اول

## جراحی

- پیشگیری از وقوع آنژین با گرفتن تاریخچه دقیق آغاز می شود. از بیمار در مورد وقایع شروع کننده آنژین، تعداد، مدت و شدت حملات و پاسخ آن به داروها یا کاهش فعالیت سؤال می شود. اگر حملات آنژیینی بیمار تنها به دنبال فعالیت های بدنی متوسط ایجاد می شود و به سرعت به نیتروگلیسیرین خوراکی یا استراحت پاسخ می دهد و اگر شدت آن رو به افزایش نباشد، جراحی های سرپایی معمولاً بدون خطر اما با ملاحظات خاص قابل انجام است. در غیر این صورت جراحی های انتخابی تا زمان انجام مشاوره پزشکی باید به تعویق بیفتد. چنانچه جراحی اورژانسی مورد نیاز باشد بیمار به جراح فک و صورت ارجاع داده می شود.
- گفنگو و محاوره با هدف پرت کردن حواس بیمار
- سورپرایز نکردن بیمار (آگاهی دادن به بیمار قبل از اقدامات اضطراب آفرین)
- پرهیز از تولید اصوات غیرضروری
- دورنگه داشتن وسایل جراحی از میدان دید بیمار
- موسیقی زمینه ای آرامش بخش

## عوامل دارویی

- بی حسی عمیق و دارای مدت زمان کافی
- نیتروزاکساید
- آرامبخش داخل وریدی
- عامل اولیه افزایش مصرف اکسیژن حین جراحی های سرپایی
- اضطراب بیمار است. بی حسی موضعی عمیق بهترین روش جهت کاهش اضطراب است.

## بعد از جراحی

- **نکته:** با اینکه در مورد کاربرد داروهای بی حسی حاوی اپی نفرین در بیماران آنژیینی اتفاق نظر وجود ندارد، ولی به نظر می رسد مزایای این کار (بی حسی عمیق تر و طولانی تر) بر معایبش سنگینی می کند. با این حال بایستی از تزریق مقادیر بیش از حد اجتناب گردد.
- دستورات **potsop** مختصر
- آگاهی دادن به بیمار در مورد عوارض جراحی (ادم، درد،
- **gnizoo**
- مسکن های قوی
- در بیماران آنژیینی نباید در یک جلسه ۳۰ دقیقه ای بیش از ۰.۴/mg اپی نفرین (معادل ۴ میلی لیتر محلول بی حسی حاوی ۱۰۰۰/۱ اپی نفرین) تجویز شود.

- چنانچه آنژیوپلاستی (وارد کردن کاتترهای بالونی شکل به داخل عروق کرونر) موفقیت آمیز باشد جراحی دهان می تواند خیلی زود ولی با همان ملاحظات مربوط به بیماران آنژیینی انجام گیرد.

**انفارکتوس قلبی (MI).** انفارکتوس (مرگ سلول های میوکاردا ناشی از ایسکمی طولانی) معمولاً زمانی به وقوع می پیوندد که یک لخته در محل تنگ شدگی شریان های کرونر ایجاد شود و موجب مسدود شدن تمام یا بخش زیادی از جریان خون گردد. ناحیه ای که دچار سکته می شود معمولاً با میوکاردی که به صورت قابل برگشت ایسکمیک شده است احاطه می گردد. این قسمت های ایسکمیک میوکاردا مستعد دیس ریتمی می باشند.

- در ساعت ها و هفته های اولیه پس از MI، درمان شامل محدود کردن فعالیت میوکاردا، افزایش اکسیژن رسانی به قلب و مهار دیس ریتمی تولید شده توسط بافت های ایسکمیک می باشد.

سایر ملاحظاتی که حین درمان بیماران آنژیینی باید مورد توجه قرار داد: مانیتورینگ علائم حیاتی به صورت منظم قبل و حین جراحی، ارتباط کلامی با بیمار، استفاده از نیتروس اکساید یا سایر روش های آرامبخشی

## قبل از ملاقات

- داروی خواب آور شب قبل از جراحی (اختیاری)
- داروی آرامبخش صبح روز جراحی (اختیاری)
- انجام ملاقات در صبح با حداقل زمان انتظار

## حین ملاقات

## عوامل غیردارویی

- ارتباط کلامی مکرر

## فصل اول

### جراحی

۹. علائم حیاتی را مانیتور کرده و با بیمار ارتباط کلامی برقرار نمائید.

۱۰. حد مجاز اپی نفرین را در نظر داشته باشید (۰/۰۴ mg)

۱۱. ارجاع به جراح فک و صورت را مدنظر قرار دهید.

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

• نحوه درمان بیماران دارای سابقه بایپس عروق کرونر (CABG) مشابه بیماران دارای سابقه MI می باشد. چنانچه انجام جراحی های مازور زودتر از سه ماه پس از CABG ضرورت پیدا کند حتماً باید با پزشک بیمار مشاوره شود.

این بیماران نیز اگر ریکواری عادی داشته باشند و استرس نیز در میزان حداقل نگه داشته شود می توانند زودتر از ۶ ماه و بدون خطر تحت جراحی های معمول قرار بگیرند (در مطب).

**سکته مغزی (CVA).** این بیماران همواره مستعد حوادث عروقی عصبی بیشتر می باشند و اغلب داروهای ضد انعقاد و ضد فشار خون (اگر فشار خون بالا داشته باشند) مصرف می کنند. وضعیت نورولوژیک بیمار باید قبل از درمان ارزیابی و ثبت گردد. برای کاهش استرس در این بیماران باید از عوامل غیر دارویی استفاده نمود و حین جراحی علائم حیاتی را به دقت مانیتور کرد. اگر به آرامبخشی دارویی نیاز باشد از غلظت های پائین نیتروس اکساید استفاده می شود.

**دیس ریتمی.** بیماران مبتلا یا مستعد به دیس ریتمی معمولاً سابقه ای از بیماری ایسکمیک قلبی را بیان می کنند که موجب تغییر در طرح درمان دندانپزشکی می گردد. در این بیماران تجویز اپی نفرین باید به ۰/۰۴ mg محدود شود. این بیماران ممکن است به pacemaker نیاز داشته باشند. وجود ضربان ساز کنتراندیکاسیونی برای جراحی های دهان به حساب نمی آید. تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکتیک نیز لازم نیست. از تجهیزات الکتریکی مانند کوتر یا مایکروویو نباید نزدیک این بیماران استفاده نمود.

چنانچه مسیرهای هدایتی قلب آسیب دیده باشند جایگذاری ضربان ساز (pacemaker) ضرورت پیدا می کند.

**نکته:** درمان جراحی بیماران دارای سابقه MI با درخواست مشاوره از پزشک بیمار آغاز می شود. به طور کلی توصیه می شود جراحی انتخابی دهان تا ۶ ماه پس از MI به تأخیر بیفتد.

• ظهور درمان های ترومبولیتیک و بهبود مراقبت های پس از MI، تأخیر ۶ ماهه در انجام درمان های دندانپزشکی را غیر ضروری ساخته است. از این رو می توان جراحی های ساده را زودتر از ۶ ماه انجام داد منوط به این که جراحی اضطراب شدید در بیمار ایجاد نکند و بیمار نیز به خوبی و بدون مشکل دوره نقاهت پس از MI را سپری کرده باشد.

**نکته:** بیماران با سابقه MI، باید از نظر دیس ریتمی یا CHF (کاردیومیوپاتی هایپرتروفیک) کشف نشده مورد بررسی قرار گیرند. همچنین این بیماران آسپیرین و سایر داروهای ضد انعقاد مصرف می کنند که باید به این مسئله نیز توجه داشت.

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

#### کادر ۶-۱ ملاحظات مربوط به بیمار دارای سابقه MI

۱. با پزشک معالج بیمار مشورت کنید.

۲. اگر بیمار طی ۶ ماه پس از MI به درمان های دندانپزشکی تهاجمی نیاز پیدا کرد با پزشک معالج وی تماس بگیرید.

۳. مصرف داروهای ضد انعقاد را بررسی نمائید.

۴. از پروتکل کاهش استرس استفاده کنید.

۵. نیتروگلیسرین را در دسترس نگه دارید و در صورت توصیه پزشک، به صورت پروفیلاکتیک از آن استفاده نمائید.

۶. اکسیژن مکمل تجویز کنید (اختیاری)

۷. ایجاد بی حسی عمیق

۸. تجویز نیتروز اکساید را در نظر داشته باشید.

## فصل اول

### جراحی

بیماری های قلبی که فرد را مستعد ابتلا به اندوکاردیت عفونی می کنند. اختلالات سطح اندوکاردیوم به باکتری های پاتوژن اجازه می دهد به سطح داخلی قلب متصل شده و موجب بروز عفونت شوند.

• یکی از عوارض کاردیومیوپاتی هایپرتروفیک، فیبریلاسیون دهلیزی مزمن است که برخی بیماران مجبور می شوند به خاطر آن داروهای ضد انعقاد مصرف کنند.

• بیمارانی که نارسایی قلبی آن ها با کمک درمان های غذایی و دارویی تحت کنترل می باشد می توانند بدون خطر تحت جراحی های سرپایی قرار بگیرند. در غیر این صورت باید جراحی به تعویق بیفتد یا در شرایط بیمارستانی انجام گیرد

#### کادر ۷-۱ ملاحظات مربوط به بیمار مبتلا به FHC

۱. پرهیز از انجام درمان تا زمان بهبود وضعیت قلب یا اجازه پزشک بیمار

۲. استفاده از پروتکل کاهش استرس

۳. تجویز اکسیژن مکمل

۴. پرهیز از موقعیت سوپاین


۵. ارجاع به جراح فک و صورت

#### بیماری های ریوی

آسم. دندانپزشک ابتدا باید مشخص نماید که آیا بیمار واقعاً آسم دارد یا از مشکل تنفسی دیگری مانند رینیت آلرژیک رنج می برد. آسم حقیقی که با تنگ شدگی و التهاب اپیزودیک مجاری تنفسی کوچک مشخص می شود به دنبال تحریکات شیمیایی، عفونی، ایمونولوژیک یا عاطفی یا ترکیبی از این عوامل پدید می آید و باعث ایجاد تنگی نفس و خس خس (wheezing) می گردد.

• از این بیماران باید به طور خاص در مورد آلرژی به اسپیرین یا سایر NSAIDs سؤال پرسیده شود. برای بیماران مبتلا به آسم شدید کورتیکواستروئید و برونکودیلاتورهای مشتق شده از Xanthine مانند تنوفیلین تجویز می شود.

• کرومولین در پیشگیری از حملات حاد مؤثر است اما در صورت وقوع برونکواسپاسم بی تأثیر خواهد بود.

 **نکته:** توجه به نقش اضطراب در آغاز برونکواسپاسم و سرکوب احتمالی آدرنال در بیماران دریافت کننده

نارسایی احتقانی قلب (CHF). زمانی ایجاد می شود که میوکاردیوم قادر به انتقال برون ده قلبی به سرتاسر بدن نباشد یا فشاری بیش از حد به میوکارد طبیعی وارد شود. در این شرایط حجم پایان دیاستولی افزایش می یابد و متعاقباً طبق مکانیسم فرانک - استارلینگ قدرت انقباضی میوکارد زیادتر می شود.

با این حال هرچه اتساع میوکارد سالم یا بیمار بیشتر می شود فعالیت پمپاژ کنندگی قلب کمتر می شود و خون به بستر عروقی مزانتریک، هیپاتیک و ریوی پس می زند. این وضعیت به ادم ریوی، نارسایی کبدی و اختلال در جذب روده ای مواد غذای منجر می شود. ضعف عمومی، اختلال در فرآیند دفع مایعات اضافی بدن و افزایش حجم داخل عروقی از نتایج کاهش برون ده قلبی می باشد.

• علائم CHF: ارتوپنه، تنگی نفس ناگهانی شبانه و ادم مچ پا. به کوتاهی نفسی که در وضعیت خوابیده (supine) پدید می آید ارتوپنه گفته می شود. علت ارتوپنه بازگشت خون تجمع یافته در اندام های انتهایی است که به دلیل ناتوانی قلب در پمپاژ، به جریان خون ریوی پس می زند و موجب بروز ادم ریوی می شود. paroxysmal nocturnal dyspnea یا تنگی نفس ناگهانی شبانه نیز مشابه ارتوپنه ۲-۱ ساعت پس از دراز کشیدن بیمار ایجاد می شود.

• ادم اندام های تحتانی در اثر افزایش مایع میان بافتی به وجود می آید. هر عاملی که فشار وریدی را افزایش دهد یا میزان پروتئین موجود در سرم را کاهش دهد باعث تجمع مایع می شود.

• از دیگر علائم CHF می توان به افزایش وزن و تنگی نفس هنگام فعالیت اشاره نمود.

بیماران مبتلا به CHF برای کاهش تجمع مایع رژیم های خوراکی کم سدیم مصرف می کنند و به منظور کاهش حجم داخل عروقی تحت درمان با دیورتیک ها قرار دارند. این بیماران ممکن است جهت کاهش afterload داروهایی نظیر نیترات ها، آنتاگونیست های گیرنده  $\beta$  یا بلوک کننده

## فصل اول

### جراحی

معمولاً در اثر تماس طولانی مدت با عوامل محرک نظیر دود سیگار - که باعث متاپلازی بافت های تنفسی می شوند - پدید می آید. التهاب، از بین رفتن خاصیت ارتجاعی و مسدود شدن مجاری تنفسی به علت ادم مخاطی، ترشحات زیاد و برونکواسپاسم از ویژگی های COPD می باشد.

- تنگی نفس پس از فعالیت خفیف تا متوسط، سرفه مزمن همراه با مقادیر زیادی خلط غلیظ، عفونت های مکرر تنفسی، سینه بشکه ای شکل و wheezing قابل سمع از دیگر علائم این بیماری می باشد.

- تفویلین از جمله برونکودیلاتورهایی است که مورد استفاده قرار می گیرد. در موارد شدیدتر کورتیکواستروئید تجویز می گردد. اکسیژن مکمل پرتابل تنها در COPD بسیار شدید و مزمن استفاده می شود.

- در بیماران مبتلا به COPD برخلاف افراد سالم اصلی ترین عامل محرک تنفس اکسیژن است نه دی اکسید کربن (CO<sub>2</sub>)، به همین دلیل تجویز اکسیژن مکمل در این بیماران ممکن است به سرکوب تنفس بیانجامد. تجویز اکسیژن در این بیماران ممنوع است مگر بنا به دستور پزشک.

#### ملاحظات مربوط به بیماران مبتلا به COPD

۱. به تعویق انداختن درمان تا زمان بهبود کارکرد ریه ها
۲. سمع دوطرفه قفسه سینه جهت بررسی کفایت صداهای تنفسی
۳. استفاده از پروتکل کاهش استرس
۴. چنانچه بیمار به صورت مزمن از اکسیژن مکمل استفاده می کند، آن را با سرعت تجویز شده ادامه دهید در غیر این صورت با پزشک معالج بیمار در مورد تجویز اکسیژن مکمل مشورت نمایید.
۵. توجه به نارسایی آدرنال (در صورت مصرف مزمن کورتیکواستروئیدها)
۶. پرهیز از موقعیت سوپاین
۷. در دسترس بودن برونکودیلاتور استنشاقی
۸. مانیتورینگ ضربان قلب و تعداد تنفس

کورتیکواستروئید دو نکته ای است که در درمان جراحی بیماران آسمی باید مدنظر قرار گیرد.

- در صورت وجود wheezing یا عفونت مجرای تنفسی، جراحی های انتخابی باید به تعویق بیفتد. در بیماران دریافت کننده استروئید، در مورد نیاز به افزایش دوز استروئید حین انجام جراحی مازور از پزشک بیمار مشاوره درخواست می گردد.

**نکته:** در بیماران آسمی به خصوص بیماران آسمی که آنها با اضطراب تحریک می شود نیتروس اکساید بی خطر بوده و اندیکاسیون دارد.

حین انجام جراحی داروی استنشاقی خود بیمار و نیز داروهای تزریقی مانند اپی نفرین و تفویلین باید در دسترس باشند.

- تجویز NSAID در این بیماران ممنوع است (به علت تحریک حمله).

#### ملاحظات مربوط به بیمار آسمی

۱. تا زمانی که آسم بیمار به خوبی تحت کنترل قرار نگرفته است از ارائه درمان خودداری کنید، همچنین نباید هیچ شواهدی از عفونت مجاری تنفسی وجود داشته باشد.

۲. قبل از اعمال جراحی بزرگ یا آرام بخشی، قفسه سینه را برای تشخیص ویزینگ سمع نمائید.

۳. از پروتکل کاهش استرس استفاده کنید (نیتروژن اکساید)، اما از داروهای سرکوب کننده تنفس استفاده نکنید.

۴. در مورد استفاده **prcop** از کرومولین سدیم با پزشک معالج بیمار مشورت نمائید.

۵. در صورت استفاده مزمن از کورتیکواستروئیدها به مسئله نارسایی آدرنال توجه داشته باشید

۶. یک برونکودیلاتور استنشاقی در دسترس داشته باشید.

۷. در بیماران مستعد از تجویز NSAID ها خودداری نمائید.

#### بیماری انسدادی مزمن ریوی (COPD).

در گذشته از واژه های آمفیزم و برونشیت برای توصیف تظاهرات COPD استفاده می شد، ولی مشخص شده است COPD طیفی از مشکلات ریوی را شامل می شود.



## فصل اول جراحی

• یکی از این داروهای سرکوب کننده سیستم ایمنی سیکلوسپورین A است که می تواند هیپرپلازی لته ایجاد کند.

• برخی از بیماران دریافت کننده پیوند کلیه از مشکل افزایش فشارخون رنج می برند.

**فشارخون بالا.** به افزایش مزمن فشارخون که به دلایل ناشناخته ایجاد می گردد Essential Hypertension گفته می شود. هیپرتانسیون خفیف تا متوسط (فشار سیستولیک زیر  $200 \text{ mmHg}$  یا فشار دیاستولیک زیر  $110 \text{ mmHg}$ ) معمولاً مشکلی برای انجام جراحی های سرپایی ایجاد نمی کند.

• در بیماران با سابقه کنترل ضعیف فشارخون، استفاده از پروتکل کاهش استرس، مانیتورینگ علائم حیاتی و کاربرد محتاطانه داروهای بی حسی حاوی اپی نفرین بایستی در دستور کار قرار گیرد.

در هیپرتانسیون شدید (فشار سیستولیک  $200 \text{ mmHg}$  یا فشار سیستولیک  $110 \text{ mmHg}$ ) جراحی های انتخابی دهان باید تعویق بیفتد.

### ملاحظات مربوط به فشارخون بالا

• هیپرتانسیون خفیف تا متوسط (سیستولیک  $< 140 \text{ mmHg}$  و دیاستولیک  $< 90 \text{ mmHg}$ )

۱. نیازی به تعویق درمان نمی باشد

۲. در هر جلسه ملاقات فشارخون را اندازه گیری کنید

۳. از پروتکل کاهش استرس استفاده نمائید.

۴. در بیمارانی که از داروهای متسع کننده عروق استفاده می کنند، موقعیت صندلی یوئیت را ناگهانی تغییر ندهید.

۵. از تجویز محلول های داخل وریدی حاوی سدیم اجتناب کنید.

• هیپرتانسیون شدید (سیستولیک  $< 200 \text{ gHmm}$  و دیاستولیک  $< 110 \text{ gHmm}$ )

۱. تا زمان کنترل شدن فشارخون انجام درمان ممنوع است.

۲. ارجاع به جراح فک و صورت را مدنظر قرار دهید.

۹. قرار ملاقات عصر تا بیمار فرصت کافی برای تخلیه ترشحات را داشته باشد.

## بیماری های کلیوی

**نارسایی کلیوی.** وجود شانت شریانی - وریدی برای دیالیز مزمن الزامی است. دندانپزشک نباید هرگز از این شانت برای دسترسی عروقی (تزریق دارو) به جز در اورژانس های تهدیدکننده حیات استفاده نماید.

• بهترین زمان انجام جراحی های انتخابی دهان روز بعد از دیالیز می باشد، زیرا اثر هپارین از بین رفته است و بیمار از لحاظ فیزیولوژیک (حجم داخلی عروق و متابولیسم) در بهترین وضعیت قرار دارد.

در مورد اثر نارسایی کلیوی بر روی داروها توجه به نکات زیر اهمیت دارد:

۱- برای پیشگیری از سمیت سیستمیک از تجویز داروهای که متابولیسم یا دفع کلیوی دارند اجتناب گردد یا دوز آنها تغییر داده شود.

۲- داروهای که طی دیالیز از بدن خارج می شوند نیازمند تنظیم دوزاژ می باشند.

۳- از تجویز داروهای نسبتاً نفروتوکسیک مانند NSAIDs پرهیز شود (در نارسایی شدید).

• شیوع هپاتیت در بیماران دیالیزی بیشتر است.

**نکته:** در بیماران مبتلا به نارسایی کلیوی مزمن، تغییر نمای رادیوگرافیک استخوان ناشی از هایپر پاراتیروئیدیسم ثانویه ممکن است با رادیولوژیک ناشی از بیماری های دندانی اشتباه گرفته شود.

**پیوند کلیه و پیوند سایر ارگان ها.** از جمله داروهای مصرفی این دسته از بیماران کورتیکواستروئیدها می باشد، به همین دلیل ممکن است بیمار حین جراحی به دوز مکمل استروئید نیاز داشته باشد.

اغلب بیماران دریافت کننده پیوند داروهای سرکوب کننده سیستم ایمنی مصرف می کنند که باعث مستعد شدن آن ها نسبت به عفونت های شدید می شود. به همین دلیل درمان آنتی بیوتیکی گسترده تر و بستری کردن سریع تر این بیماران توصیه می شود.