
درسنامه بیماری های دهان، فک و صورت (فالس ۲۰۱۸) جلد اول

فالس ۲۰۱۸

گردآوری:

دکتر میلاد صادقی

مدرس رزیدنتی بیماری های دهان،
فک و صورت

سرشناسه	: صادقی، میلاد، ۱۳۶۸-، گردآوری
عنوان و نام پدیدآور	: درسامه بیماری‌های دهان و صورت (فالاس ۲۰۱۸)/گردآوری میلاد صادقی.
مشخصات نشر	: تهران : شایان نمودار، ۱۳۹۹-
مشخصات ظاهری	: ج: مصور، جدول؛ ۲۲ × ۲۹ س.م.
شابک	: ۹۶۴-۲۳۷۵۴۹-۳۹۷۸-
وضعیت فهرست نویسی	: فیپا
یادداشت	: کتاب حاضر بر گرفته از کتاب " [Little and Falace's dental management of the medically compromised patient, 9th ed, 2018]
یادداشت	: عنوان دیگر: درسامه بیماری‌های دهان فک و صورت (فالاس ۲۰۱۸).
عنوان دیگر	: درسامه بیماری‌های دهان فک و صورت (فالاس ۲۰۱۸).
عنوان دیگر	: تدابیر دندانپزشکی در مبتلایان به بیماری‌های سیستمیک.
موضوع	: دهان -- بیماری‌ها
موضوع	: Mouth -- Diseases
موضوع	: بیماری‌ها -- تظاهرات دهانی
موضوع	: Oral manifestations of general diseases
موضوع	: بیماران -- درمان دندان
موضوع	: Sick -- Dental care
موضوع	: دندان -- بیماری‌ها
موضوع	: Teeth -- Diseases
موضوع	: بیماران مزمن -- درمان دندان
موضوع	: Chronically ill -- Dental care
شناسه افزوده	: لیتل، جیمز دبلیو، ۱۹۳۴ م. - تدابیر دندانپزشکی در مبتلایان به بیماری‌های سیستمیک
شناسه افزوده	: میلر، کریگ اس. تدابیر دندانپزشکی در مبتلایان به بیماری‌های سیستمیک
شناسه افزوده	: رودوس، نلسون ال. تدابیر دندانپزشکی در مبتلایان به بیماری‌های سیستمیک
شناسه افزوده	: فالیس، دونالد، ۱۹۴۵ م. - تدابیر دندانپزشکی در مبتلایان به بیماری‌های سیستمیک
رده بندی کنگره	: ۸۱۵RC
رده بندی دیویی	: ۵۲۲/۶۱۷
شماره کتابشناسی ملی	: ۷۳۷۸۸۵۴
اطلاعات رکورد کتابشناسی	: فیپا

نام کتاب: درسامه بیماری‌های دهان - فالاس ۲۰۱۸

گردآوری: دکتر میلاد صادقی

ناشر: انتشارات شایان نمودار

حروفچینی و صفحه‌آرایی: انتشارات شایان نمودار

طرح جلد: آتلیه طراحی شایان نمودار

شمارگان: ۱۰۰۰ جلد

نوبت چاپ: اول

تاریخ چاپ: پاییز ۱۳۹۹

شابک: ۹۷۸-۹۶۴-۲۳۷-۵۴۹-۳



شایان نمودار

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



وب سایت: shayannemoodar.com



اینستاگرام: Shayannemoodar

(تمام حقوق برای ناشر محفوظ است. هیچ بخشی از این کتاب، بدون اجازه مکتوب ناشر، قابل تکثیر یا تولید مجدد به هیچ شکلی، از جمله چاپ، فتوکپی، انتشار الکترونیکی، فیلم و صدا نیست.)

این اثر تحت پوشش قانون حمایت از مولفان و مصنفان ایران قرار دارد.)

به نام مهربان هستی بخش

کتابی که در اختیار شما گرامیان است، ترجمه و تلخیص کتاب

Little and falaces Dental management of the medically compromised patient

ویرایش نهم (سال ۲۰۱۸) می باشد. با توجه به افزایش روز افزون اهمیت و توجه به سلامت دهان و دندان، مجموعه گردآوری شده می تواند در تدابیر دندانپزشکی و کنترل مناسب بیماران سیستمیک به همه همکاران کمک کند. در این کتاب سعی شده است ضمن اینکه تمامی نکات برجسته، شکل ها و جداول مهم پوشش داده شود، خلاصه سازی مطالب نیز بصورت منسجم و هدفمند رعایت گردد تا داوطلبین آزمون های دستیاری و بوردها به هنگام خواندن آن از نظم ذهنی خوبی برخوردار شوند. نمونه سوالات آزمون های سال های گذشته در انتهای هر فصل، درجه بندی اهمیت فصول و مشخص کردن مطالب بر حسب ضریب رشته هدف، از نکاتی است که در این کتاب مدنظر قرار گرفته شده است. در مسیر تدوین و نگارش این مجموعه از دوستان عزیز و گرانقدرم جناب آقای دکتر امید فضلی و سرکار خانم دکتر مهسا انسی یاری گرفتم که کمال سپاس را بابت این همکاری و همدلیشان دارم. ضمناً بر خود لازم می دانم، از مدیریت محترم موسسه آوید جناب آقای مهندس خزعلی و تمامی دوستان عزیزم که در ارائه هر چه بهتر این کتاب به بنده کمک کرده اند تشکر و قدردانی کنم. در نهایت برای تمامی داوطلبین آزمون های دستیاری و بوردها آرزوی توفیق الهی داشته و مشتاقانه منتظر دریافت نظرات، انتقادات و پیشنهادات شما خوبان هستم.

ارادتمند شما

دکتر میلاد صادقی

مهر ۹۹

راهنمای استفاده از درسنامه

به نام خدا

دوست عزیز

افتخار بزرگی نصیب ما شده تا در مسیر موفقیت در آزمون دستیاری دندانپزشکی در کنار شما باشیم. مهمترین ملاک موفقیت در آزمون برنامه‌ریزی دقیق و استفاده از منابع جامع و در عین حال خلاصه است تا امکان دوره چندباره آن را داشته باشید. در این درسنامه تلاش شده است ضمن انتقال دقیق متون رفرنس اصلی و حفظ یکپارچگی مطالب، تاکید بیشتری روی نکاتی که احتمال طرح سوال از آن در آزمون وجود دارد انجام گیرد. لطفاً در مطالعه این درسنامه علاوه بر گرفتن راهنمایی از مشاوران موسسه آوید، به نکات و پیشنهادهای ذیل دقت کنید:

۱- در ابتدای هر فصل سطح اهمیت مطالب با توجه به در نظر گرفتن ضریب هر درس برای داوطلبان و سوالات مطرح شده از فصل در ۱۰ سال گذشته به سه سطح A، B و C تقسیم شده است:

A: فصولی که تقریباً هر سال از آن سوال طرح شده است و نسبت حجم و دشواری مطالب فصل به تعداد سوالی که از آن در آزمون مطرح می‌شود به شکلیست که خواندن فصل برای همه داوطلبان و با هر انتخاب رشته‌ای مقرون به صرفه است. اگر وقت کمتری برای دوره این درس دارید پیشنهاد نمی‌شود این فصول جزء فصول حذفی قرار گیرد.

B: فصولی که تقریباً یک سال در میان از آن‌ها سوال مطرح می‌شود. نسبت حجم و دشواری مطالب به تعداد سوالی که از آن در آزمون مطرح می‌شود به شکلیست که خواندن آن به همه داوطلبان توصیه می‌شود ولی در اولویت بعدی نسبت به فصول سطح A قرار دارند. در صورت کمبود وقت، حذف این فصول فقط در صورت اجبار و کمبود شدید وقت و فقط پس از هماهنگی با مشاور انجام می‌شود.

C: فصولی که کمتر در سال‌های گذشته از آن‌ها سوال طرح شده است یا نسبت حجم و دشواری مطالب به تعداد سوالی که از آن در آزمون مطرح می‌شود به شکلیست که خواندن آن برای داوطلبانی که وقت دوره کمتری دارند مقرون به صرفه نیست. این بدین معنی نیست که حذف این فصول برای همه داوطلبان پیشنهاد می‌شود، ولی اگر درسی برای شما ضریب ۱ یا ۰/۵ داشته و به دلایلی فرصت کمتری برای دوره دارید با راهنمایی مشاور می‌توانید فصول حذفی را از این فصول انتخاب کنید.

دقت داشته باشید که همه فصول درسنامه مهم بوده و امکان طرح سوال از همه فصول وجود دارد و سطح‌بندی فوق برای کمک در مواردی انجام شده که برنامه مطالعه داوطلبان عزیز از برنامه موسسه عقب افتاده است.

۲- در هر فصل قسمتهایی وجود دارد که احتمال مطرح شدن سوال از آن‌ها کم بوده یا میزان دشواری مطلب در سطحی است که صرف وقت برای مطالعه آن‌ها به دوستانی پیشنهاد می‌شود که درس برای آن‌ها ضریب ۲ یا ۳ دارد. این قسمت از متن با علامت (II/III +) مشخص شده‌اند.

۳- در هر فصل سوالات تالیفی و سوالات مطرح شده در آزمون‌های سال‌های گذشته آورده شده است. دقت کنید که این تست‌ها صرفاً برای کمک به یادگیری بهتر درسنامه طراحی شده‌اند و داوطلبان باید حتماً پس از هماهنگی با مشاور از سایر منابع تست برای آمادگی آزمون نیز استفاده کنند.

۴- پیشنهاد می‌کنیم از چند منبع یا درسنامه مختلف استفاده نکنید. متعهد هستیم که میزان انطباق سوالات آزمون با مطالب درسنامه اگر نه کامل، نزدیک به کامل است.

۵- فیلم آموزشی که همراه با درسنامه خدمت شما ارسال شده است برای کمک به درک مطالب کتاب و آشنایی با روش مطالعه صحیح درس است و استفاده از آن در دور اول مطالعه پیشنهاد می‌شود. هر چند مطالب درسنامه کامل بوده و محتوایی از درس برای ایجاد اجبار برای شما عزیزان در تهیه فیلم حذف نشده است.

بدون شک هیچ نگارشی فاقد اشتباه نیست. خواهشمندیم اگر هر مشکلی در متن پیش رو وجود دارد با بزرگواری به ما تذکر دهید تا بتوانیم نقص‌های احتمالی موجود را برطرف نماییم.

با آرزوی کامیابی

واحد آموزش و مشاوره آوید

فصل ۲: اندوکاردیت عفونی

۷	تدابیر دندانپزشکی
۸	کارایی پروفیلاکسی آنتی بیوتیک
۸	توصیه‌های انجمن قلب آمریکا (۲۰۰۷) در ارتباط با پروفیلاکسی
۱۱	وضعیت‌های خاص
۱۲	سایر ملاحظات

فصل ۳: فشار خون بالا

۱۵	ملاحظات پزشکی
۲۰	تغییر موقعیت بیمار
۲۰	ملاحظات دارویی
۲۰	استفاده از وازوکانستریکتورها
۲۲	تداخلات دارویی
۲۳	تظاهرات دهانی

فصل ۴: بیماری ایسکمیک قلب

۲۷	تدابیر دندانپزشکی
۲۹	ملاحظات خونریزی
۳۰	ملاحظات دارویی
۳۰	وازوکانستریکتورها
۳۰	تداخلات دارویی
۳۱	تظاهرات دهانی

فصل ۱۲: بیماری‌های مزمن کلیوی و دیالیز

۳۴	آنتی بیوتیک
۳۴	خونریزی
۳۵	توانایی تحمل درمان
۳۵	ملاحظات دارویی
۳۶	عوارض و تظاهرات دهانی
۳۸	بیمارانی که دیالیز می‌شوند

۳۸	.....	ملاحظات پزشکی
۳۹	.....	آنتی بیوتیک
۳۹	.....	ریسک عفونت
۳۹	.....	خونریزی
۴۰	.....	فشار خون و توانایی تحمل درمان
۴۰	.....	ملاحظات دارویی
۴۴	.....	تظاهرات دهانی در بیماران همودیالیز

فصل ۱۴: دیابت ملیتوس

۴۷	.....	تدابیر دندانپزشکی
۴۷	.....	ملاحظات
۵۰	.....	عوارض و تظاهرات دهانی

فصل ۱۶: بیماری تیروئید

۵۳	.....	شناسایی و معاینه
۵۴	.....	تیروئیتوکسیکوز
۵۶	.....	هیپوتیروئیدیسم
۵۷	.....	تظاهرات دهانی هایپر تیروئیدیسم
۵۸	.....	تظاهرات دهانی هیپوتیروئیدیسم
۵۸	.....	تیروئیدیت
۵۹	.....	اختلال تیروئید و لیکن پلان

فصل ۱۷: مسائل سلامت زنان و بارداری

۶۴	.....	زمان بندی درمان دندانپزشکی
۶۵	.....	رادیوگرافی های دندان
۶۷	.....	تجویز دارو
۷۰	.....	بی حسی موضعی
۷۰	.....	مسکن ها (Analgesics)
۷۱	.....	آنتی بیوتیک ها
۷۱	.....	آنتی بیوتیک ها و داروهای ضد بارداری خوراکی (OCP)
۷۲	.....	ضد اضطراب ها
۷۳	.....	دوره شیردهی

تغییرات در طرح درمان.....	۷۳
عوارض و تظاهرات دهانی.....	۷۳
استئوپروزیس.....	۷۶
تدابیر پزشکی.....	۷۶
پیامدهای سلامت دهان و دندان در استئوپروزیس.....	۷۶
استئونکروزیس.....	۷۷
استراتژی‌های درمانی.....	۸۱

فصل ۲۴: خونریزی اکتسابی و اختلالات پیش انعقادی

مشکلات خونریزی دهنده بعد از جراحی و کشیدن دندان.....	۸۶
مشکلات خونریزی دهنده بعد از تروما.....	۸۶
داروهایی که می‌توانند سبب خونریزی شوند.....	۸۶
خونریزی خودبخودی.....	۸۷
معاینات فیزیکی.....	۸۷
تست‌های آزمایشگاهی.....	۸۸
ملاحظات پزشکی.....	۹۰
درمان ضد پلاکتی.....	۹۲
NSAIDs:.....	۹۲
مهار کننده ADP:.....	۹۲
درمان با کومارین.....	۹۳
درمان با هپارین.....	۹۵
مهار کننده‌های مستقیم ترومبین.....	۹۶
مهار کننده‌های مستقیم فاکتور ۱۰ فعال.....	۹۶
بیماری کبدی.....	۹۶
سندروم سوء جذب یا آنتی بیوتیک تراپی‌های طولانی مدت.....	۹۷
تغییرات دیواره عروق.....	۹۷
ترومبوسیتوپنی.....	۹۸
اصطلاحات طرح درمان.....	۹۸
تظاهرات دهانی.....	۹۹

اندوکاردیت عفونی

(سطح اهمیت : A)

تدابیر دندانپزشکی

در یک بیمار با اختلال قلبی عروقی مستعدکننده، IE اغلب اوقات به سبب یک باکتری می ناشی از یک درمان دندانپزشکی است و با تجویز آنتی بیوتیک‌ها قبل از درمان، می‌توان از وقوع IE پیشگیری کرد.

اولین فرضیه ای که با توجه به شواهد کنونی صحیح نمی باشد، آن است که کارهای دندانپزشکی منبع بیشترین باکتری منجر به IE می‌باشد، بنابراین آنتی بیوتیک‌های داده شده پیش از اعمال دندانپزشکی، از IE پیشگیری خواهد کرد. اخیراً مشخص شده است که بسیاری از اعمال دندانپزشکی می‌توانند باعث باکتری می شوند اما واضح است که باکتری می می‌تواند نتیجه بسیاری از فعالیت‌های طبیعی روزانه مثل مسواک زدن، نخ کشیدن، استفاده از خلال دندان و جویدن هم باشد. (جدول ۵-۲) اغلب ملاقات‌های دندانپزشکی موجب درجاتی از باکتری می می‌شوند ولی مشخص نیست که کدامیک از اعمال دندانپزشکی احتمال بیشتر یا کمتری برای ایجاد باکتری می موقت دارند.

TABLE 2.5 Reported Frequency of Bacteremia Associated With Various Dental Procedures and Oral Manipulation

Dental Procedure or Oral Manipulation	Reported Frequency of Bacteremia (%)
Tooth extraction	10-100
Periodontal surgery	36-88
Scaling and root planing	8-80
Teeth cleaning	≤40
Rubber dam matrix or wedge placement	9-32
Endodontic procedures	≤20
Toothbrushing and flossing	20-68
Use of wooden toothpicks	20-40
Use of water irrigation devices	7-50
Chewing food	7-51

نکات مهم جدول ۵-۲

- بیشترین میزان باکتری می گزارش شده با :

کشیدن دندان / جراحی پریودنتال

- بصورت تقریبی می‌توان کمترین میزان

باکتری می گزارش شده بین درمان‌های دندانپزشکی

را در درمان‌های اندو دانست.

میزان باکتری ناشی از اقدامات دندانپزشکی (با شمارش باکتری کمتر از 10^4 CFU/ml) نسبتاً کم و مشابه با باکتری ناشی از فعالیت‌های معمول روزانه (10^6-10^8 CFU/ml) است و این میزان بسیار کمتر از مقدار لازم جهت ایجاد باکتری (بصورت آزمایشی در حیوانات) است.

اغلب بیماران با IE ناشی از استرپتوکوک ویریدنس، در طی دو هفته قبل از شروع علائم تحت درمان دندانپزشکی قرار نگرفته‌اند.

کارایی پروفیلاکسی آنتی بیوتیک

بیشتر مطالعات اخیر نشان داده است که آموکسی سیلین بر کاهش بروز، ماهیت و مدت باکتری مرتبط با اعمال دندانپزشکی، اثر معناداری از نظر آماری دارد، اما باکتری را کاملاً حذف نمی‌کند. درمان دندانپزشکی حتی در بیماران مبتلا به بیماری دریچه ای قلب، یک ریسک فاکتور برای IE نبوده و همچنین پروفیلاکسی حتی اگر ۱۰۰٪ موثر هم باشد، تنها جلوی موارد معدودی از IE را می‌گیرد.

توصیه‌های انجمن قلب آمریکا (۲۰۰۷) در ارتباط با پروفیلاکسی

بدلیل اینکه هیچ اطلاعاتی بطور متعاقب‌کننده نشان نمی‌دهد که تجویز پروفیلاکتیک آنتی بیوتیک‌ها از باکتری ناشی از یک پروسه تهاجمی پیشگیری می‌کند، پروفیلاکسی آنتی بیوتیک قبل از اقدامات دندانپزشکی برای هر بیمار، توصیه نمی‌شود.

پروفیلاکسی با آنتی بیوتیک تنها برای بیماران با شرایط مطرح شده در باکس ۱-۲ که تحت اقدامات دندانپزشکی شامل دستکاری بافت‌های لثه‌ای یا ناحیه پری اپیکال یک دندان و یا اعمالی که مخاط دهان را سوراخ می‌کند (حتی در غیاب خونریزی قابل مشاهده) قرار می‌گیرند، توصیه می‌شود. (باکس ۲-۲)

بیماران توصیه شده به پروفیلاکسی

- سابقه IE قبلی
 - دریچه مصنوعی قلب
 - بیماریهای مادرزادی قلبی (CHD) صرفاً شامل موارد زیر :
 - CHD سیانوتیک ترمیم نشده شامل مواردی که از شنت تسکینی (Palliative) استفاده می کنند.
 - CHD کاملاً ترمیم شده با ابزار و مواد مصنوعی با جراحی یا مداخله کاتتر طی ۶ ماه اول پس از قرار دادن پروتز
 - CHD ترمیم شده با نقائص باقیمانده در محل یا کنار ابزار پروتزی (که مانع از اندوتلیزاسیون می شود).
 - گیرندگان پیوند قلب که به Cardiac valvulopathy مبتلا می شوند.
- بجز شرایط ذکر شده در این باکس، پروفیلاکسی آنتی بیوتیک برای هر نوع دیگری از CHD توصیه نمی شود.

تست (تالیفی)

در بیماران مبتلا به Congenital heart disease درمان شده با ابزارهای پروتزی، طی چند ماه پس از جراحی لزوم تجویز پروفیلاکسی آنتی بیوتیک می بایست مد نظر قرار گیرد ؟

- | | |
|------------|-----------------------|
| (۱) سه ماه | (۲) شش ماه |
| (۳) یک سال | (۴) حداقل برای شش سال |

پاسخ : گزینه ۲

نکته: در موارد زیر به پروفیلاکسی با آنتی بیوتیک نیاز **نیست**:

۱. تزریق های روتین بی حسی موضعی در بافت های غیر عفونی،
۲. تهیه رادیوگرافی دندان،
۳. قرار دادن دستگاه های متحرک ارتودنسی یا پروتز،
۴. تنظیم دستگاه های ارتودنسی،
۵. افتادن دندان شیری
۶. خونریزی ناشی از تروما به لب ها یا مخاط دهان

پروپیلایکسی آنتی بیوتیک باید در یک دوز منفرد، ۳۰ تا ۶۰ دقیقه قبل از اقدامات دندانپزشکی تجویز شود. اگر قبل از کار، سهواً آنتی بیوتیک تجویز نشد، می‌توان **تا دو ساعت پس از شروع کار**، تجویز نمود. (جدول ۶-۲) نتایج مطالعات در مورد تاثیر دهانشویه‌ها (مثل کلرهگزیدین) برای کاهش میزان باکتری‌ها در ارتباط با اقدامات دندانپزشکی، متناقض است ولی طبق شواهد محکمتر فایده مشخصی در استفاده از آنها وجود ندارد.

TABLE 2.6 Antibiotic Regimens for Dental Procedures

Situation	Agent	REGIMEN: SINGLE DOSE 30-60 MINUTES BEFORE PROCEDURE	
		Adults	Children
Oral	Amoxicillin	2 g	50 mg/kg
Unable to take oral medication	Ampicillin or	2 g IM or IV	50 mg/kg IM or IV
	cefazolin or ceftriaxone	1 g IM or IV	50 mg/kg IM or IV
Allergic to PCNs or ampicillin (oral)	Cephalexin* [†] or	2 g	50 mg/kg
	clindamycin	600 mg	20 mg/kg
	Azithromycin or clarithromycin	500 mg	15 mg/kg
Allergic to PCNs or ampicillin and unable to take oral medication	Cefazolin or ceftriaxone [†]	1 g IM or IV	50 mg/kg
	Clindamycin phosphate	600 mg IM or IV	20 mg/kg IM or IV

*Or other first- or second-generation oral cephalosporin in equivalent adult or pediatric dosage.

[†]Cephalosporins should not be used in a person with a history of anaphylaxis, angioedema, or urticaria after receiving penicillins or ampicillin.

IM, Intramuscular; IV, intravenous; PCN, penicillin.

نکات مهم جدول ۶-۲:

- بدلیل احتمال ایجاد واکنش آلرژیک متقاطع، برای بیمارانی که دارای تاریخچه آنافیلاکسی، آنژیوادم یا کهیر (افزایش حساسیت فوری به IgE) در اثر تجویز پنی سیلین می‌باشند، تجویز سفالوسپورین توصیه نمی‌شود.
- تجویز تزریقی سفازولین و سفتریاکسون ← ۱ گرم
- دوز خوراکی کلیندامایسین ← ۶۰۰ میلی گرم در بزرگسالان و ۲۰ mg/kg در کودکان
- کلیندامایسین هم بصورت خوراکی و هم بصورت تزریقی (کلیندامایسین فسفات) داخل عضلانی و داخل وریدی تجویز می‌شود.

تست (ارتقا ۹۷)

سوال: آنتی بیوتیک مناسب جهت پروپیلایکسی در خانمی ۴۵ ساله با سابقه اندوکاردیت عفونی که با مصرف پنی سیلین دچار شوک آنافیلاکسی شده است و قادر به مصرف خوراکی دارو نمی‌باشد، کدام است؟

- ۱) Clindamycin
 ۲) Ampicillin
 ۳) Cefazolin
 ۴) Vancomycin

پاسخ: گزینه ۱

تست تالیفی - کودکی با سابقه قبلی عفونت اندوکاردیت، کاندید جراحی درناژ آبسه تحت فکی است. وزن کودک ۱۵ kg است. بیمار سابقه افزایش حساسیت شدید به پنی سیلین را ذکر می کند. رژیم آنتی بیوتیک پروفیلاکتیک مناسب برای وی چیست؟

- (۱) 600 mg کلیندامایسین خوراکی یک ساعت قبل از عمل
- (۲) 750 mg سفازولین تزریقی نیم ساعت قبل از عمل
- (۳) 300 mg کلیندامایسین تزریقی نیم ساعت قبل از عمل
- (۴) 300 mg کلاریترومایسین خوراکی یک ساعت قبل از عمل

پاسخ: گزینه ۳

وضعیت های خاص

- در بیمارانی که با هدف ریشه کنی یک عفونت (مثل عفونت سینوس) یا پیشگیری ثانویه از تب رماتیسمی، در حال حاضر پنی سیلین یا آموکسی سیلین مصرف می کنند، وجود استرپتوکوک ویریدنس که نسبتاً به پنی سیلین یا آموکسی سیلین مقاوم هستند، محتمل است. بنابراین اگر درمان فوری لازم باشد، باید کلیندامایسین، آزیترومایسین یا کلاریترومایسین برای پروفیلاکسی انتخاب شود و به علت مقاومت متقاطع از مصرف سفالوسپورین ها نیز اجتناب کرد و یا آنتی بیوتیک پروفیلاکسی باید ۱۰ روز پس از پایان دوره آنتی بیوتیک قبلی تجویز شود که در این حالت می توان از رژیم معمول بهره برد.

- در بیمارانی که جراحی دریچه قلبی (یا جایگزینی دریچه) و یا ترمیم بیماری مادرزادی قلبی (CHD) دارند، باید قبل از عمل معاینات کامل دندانانی انجام شود و کلیه درمان های ضروری به منظور جلوگیری از PVE (اندوکاردیت دریچه مصنوعی) ناشی از استرپتوکوک ویریدنس انجام شود.

- آموکسی سیلین نیمه عمر ۸۰ دقیقه ای دارد و پیک متوسط غلظت پلاسمایی آن حدود ۲ ساعت بعد از تجویز خوراکی ۲۵۰ میلی گرم بدست می آید. با تجویز ۲ گرم آموکسی سیلین برای حداقل ۶ ساعت، MIC (حداقل غلظت مهارکنندگی یا Minimal Inhibitory Concentration) قابل قبولی فراهم می شود. اگر پروسه دندانپزشکی طولانی تر از ۶ ساعت باشد، تجویز ۲ گرم دیگر توصیه می شود.

سایر ملاحظات

هیچ مدرکی نشان نمی دهد که جراحی پیوند bypass شریان کرونری با خطر درازمدت عفونت در ارتباط است، بنابراین برای بیماران تحت این عمل، پروفیلاکسی آنتی بیوتیک توصیه نمی شود.

در بیماران پیوند قلب بدلیل احتمال بالاتر برای نقص عملکرد دریچه ای اکتسابی، خصوصاً در طول دوره‌های پس زدن، پروفیلاکسی IE در این بیماران منطقی به نظر می رسد هرچند مفید بودن آن تایید نشده است.

بیماران با اختلالات دریچه‌ای مختلف (مثل پرولاپس دریچه میترال و بیماری روماتیسم قلبی) نیاز به تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکتیک ندارند. (برخلاف اینکه در توصیه‌های قدیم، به آنها گفته میشد که نیازمند آنتی بیوتیک پروفیلاکسی بدلیل خطر IE ایجاد شده در اثر اعمال دندانپزشکی هستند).

هیچ مدرک قانع کننده ای بیان نمی کند که میکروارگاناسم‌های مرتبط با اعمال دندانپزشکی باعث عفونت وسایل عروقی غیر دریچه-ای (مثل پیس میکر و استنت) در هر زمان پس از جایگذاری آن می شود. بنابراین پروفیلاکسی با آنتی بیوتیک برای بیماران دارای هر کدام از این ابزارها توصیه نمی شود.

پروفیلاکسی برای بیماران خاص دارای این وسایل (وسایل عروقی غیر دریچه ای مثل استنت‌های عروق کرونر و پیوندهای همودیالیز) در موقعیت‌های زیر سفارش شده است :

- بیمارانی که تحت اینسیژن و درناژ بافت عفونی (آبسه ها) قرار می گیرند.
- بیمارانی که بعد از جراحی بستن نقص دیواره بین بطنی یا دهلیزی یا مجرای شریانی (Patent Ductus arteriosus) نشت خون دارند.

درمورد پروفیلاکسی در بیماران با کاتترهای عروقی، توصیه ای به انجام پروفیلاکسی آنتی بیوتیک این بیماران نمی شود.

(میکروارگاناسم‌های مسبب در عفونت‌های مرتبط با کاتتر، استافیلوکوک کواگولاز منفی، استافیلوکوک اورئوس و ... بوده که بجز کاندیدا، هیچکدام از این میکروارگاناسم‌ها ساکن طبیعی حفره دهان نیستند پس اقدامات دهانی خطری برای این نوع عفونت ایجاد نمی کند).

جهت تهیه آنتی بیوتیک برای بیماران دندانپزشکی با انواع مختلف مشکلات پزشکی (سواى از پروفیلاکسی آنتی بیوتیک) برای پیشگیری از عفونت متاستاتیک از فلور دهانی بحث برانگیز است. در بسیاری از موارد، هیچ مدرکی مبنی بر نیاز یا اثربخشی به ثبت نرسیده است.

باکس ۲-۳ شرایط متعدد نیازمند به تجویز پروفیلاکتیک آنتی بیوتیک را فهرست کرده است.

بعضی از شرایط (غیر مرتبط با پیشگیری از اندوکاردیت) که پروفیلاکسی آنتی بیوتیک حمایت شده است ولی مدرکی مبنی بر نیاز یا اثربخشی وجود ندارد:

- پیوند اعضا
- مفاصل مصنوعی
- شانت مایع مغزی - نخاعی
- دیابت وابسته به انسولین
- مصرف داروهای ایمنوساپرس (داروهای ضد روماتوئید (DMARDs))
- استروئیدها - شیمی درمانی
- بیماری اتوایمیون (مثل SLE)
- عفونت HIV - AIDS
- خارج کردن طحال (Splenectomy)
- کم خونی شدید
- کم خونی داسی شکل
- پروتز سینه
- پروتز آلت تناسلی

BOX 2.3 Other Conditions, Unrelated to Endocarditis Prophylaxis, for Which Antibiotic Prophylaxis Has Been Advocated, but Without Evidence for Need or Efficacy

Organ transplants
Prosthetic joints
Cerebrospinal fluid shunts
Immunosuppressive drugs (e.g., steroids, DMARDs, chemotherapy)
Autoimmune disease (e.g., SLE)
Insulin-dependent
HIV infection/AIDS
Splenectomy
Severe neutropenia
Sickle cell anemia
Breast implants
Penile implants

نمونه سوالات مهم فصل ۲:

۱- در کدامیک از موارد، پروفیلاکسی آنتی بیوتیک توصیه می‌شود؟ (دستیاری ۹۹)

- (۱) درناژ آبسه در بیماران دارای دریچه مصنوعی قلب
- (۲) جرمگیری در بیمار دارای استنت شریان کرونر
- (۳) انجام رادیوگرافی در بیمار دارای سابقه اندوکاردیت
- (۴) کشیدن دندان در بیمار دارای پرولاپس میترال

پاسخ: گزینه ۱

۲- آقای ۳۰ ساله با دریچه مصنوعی قلب، جهت جرمگیری مراجعه نموده است، در حال حاضر به علت اوتیت حاد تحت درمان با پنی سیلین V می‌باشد. رژیم پروفیلاکسی مناسب کدام است؟ (بورد ۹۷)

- (۱) ۴۰۰ میلی گرم ونکومايسين
- (۲) ۵۰۰ میلی گرم آزیترومایسین
- (۳) ۲ گرم آموکسی سیلین
- (۴) ۳۰۰ میلی گرم کلیندامایسین

پاسخ: گزینه ۲

۳- آقای ۴۵ ساله مبتلا به تب روماتیسمی از چندین سال پیش هر ماه پنی سیلین دریافت می‌کند. ضمناً دو سال قبل استنت در عروق کرونر او جایگذاری شده است. کدام آنتی بیوتیک برای پروفیلاکسی قبل از کشیدن دندان، همراه با انسیزبون و درناژ آبسه، ارجحیت دارد؟ (بورد ۹۶)

- | | |
|------------------|---------------------|
| (۱) آزیترومایسین | (۲) سفالکسین |
| (۳) آموکسی سیلین | (۴) بدون پروفیلاکسی |

پاسخ: گزینه ۱

۴- خانم ۲۹ ساله دارای دریچه مصنوعی برای پیشگیری از عود تب روماتیسمی، آموکسی سیلین استفاده می‌کند. رژیم مناسب جهت پروفیلاکسی قبل از جراحی دندان عقل نهفته کدام است؟ (ارتقا ۹۵ با کمی تغییر)

- (۱) ۲ گرم سفالکسین خوراکی
- (۲) ۲ گرم آمپی سیلین وریدی
- (۳) ۶۰۰ میلی گرم آزیترومایسین خوراکی
- (۴) ۵۰۰ میلی گرم کلاریترومایسین خوراکی

پاسخ: گزینه ۴

فشار خون بالا

(سطح اهمیت: B)

ملاحظات پزشکی

اولین وظیفه دندانپزشک شناسایی بیماران با فشار خون بالا است، چه آنهایی که قبلاً تشخیص داده شده اند و یا آنهایی که تشخیص داده نشده اند. اخذ تاریخچه پزشکی در این بیماران شامل: تشخیص فشار خون بالا، شیوه درمان، شناسایی داروهای ضد فشار خون، وجود علائم و نشانه‌های مرتبط با فشار خون بالا و سطح پایداری بیماری است. علاوه بر یک تاریخچه پزشکی، اندازه‌گیری‌های فشار خون باید به صورت روتین برای تمام بیماران جدید و در ملاقات‌های فراخوانی (Follow up) انجام پذیرد.

اندازه‌گیری‌های فشار خون با تعداد دفعات بیشتر برای ←

- بیمارانی که فشار خون بالای آن‌ها تحت کنترل مناسب نبوده و به درمان پاسخ نمی‌دهد.
- آنهایی که همزمان مبتلا به بیماری‌هایی مثل **نارسایی قلب** یا **انفارکتوس میوکارد** یا **سکته مغزی (Stroke)** می‌باشند.

هنگامیکه بیمار با فشار خون بالای مرحله ۲ (Upper-level stage 2)، دریافت کننده درمان دندانپزشکی است، ملاحظات شامل قرار دادن کاف فشار خون روی بازوی بیمار و بررسی منظم فشار خون در حین ملاقات است. اولین نگرانی در درمان دندانپزشکی بیمار با فشار خون بالا، این است که در طی دوره درمان ممکن است افزایش ناگهانی حاد در فشار خون اتفاق بیفتد و بطور بالقوه منجر به پیامدهای جدی مثل سکته مغزی یا انفارکتوس حاد شود. اینگونه افزایش‌های حاد فشار خون احتمالاً ناشی از

- ۱- آزاد شدن کاتکولامین‌های اندوژن در پاسخ به استرس و اضطراب
- ۲- از طریق کاتکولامین‌های اگزوژن به شکل وازوکانستریکتورها در بی حسی موضعی، یا از جذب وازوکانستریکتور از نخ کنارزنده لثه است.

جهت تخمین ریسک وقوع حوادث کاردیووسکولار در حین اعمال جراحی و غیر جراحی ارزیابی ۳ فاکتور لازم است:

A. ریسک ناشی از بیماری قلبی عروقی بیمار

B. ریسک ناشی از روند کار یا جراحی

C. ریسک ناشی از ظرفیت عملکردی یا توانایی بیمار

A- ریسک ناشی از حضور یک وضعیت یا بیماری قلبی عروقی خاص به زیرگروه‌های ریسک ماژور، متوسط و مینور تقسیم بندی می‌شود. (باکس ۳-۴)

BOX 3.4 Clinical Predictors of Increased Perioperative Cardiovascular Risk

Major Risk Factors

- Unstable coronary syndromes
 - Acute or recent myocardial infarction[†] with evidence of important ischemic risk in clinical signs and symptoms or noninvasive study
 - Unstable or severe angina (Canadian class III or IV)^{†§}
- Decompensated heart failure
- Significant arrhythmias
- Severe valvular disease

Intermediate Risk Factors

- History of ischemic heart disease
- History of compensated or previous heart failure
- History of cerebrovascular disease
- Diabetes mellitus
- Renal insufficiency

Minor Risk Factors

- Advanced age (>70 years)
- Abnormal ECG (left ventricular hypertrophy, left bundle branch block, ST-T abnormalities)
- Rhythm other than sinus rhythm
- Uncontrolled systemic hypertension (blood pressure $\geq 180/110$ mm Hg)

پیشگویی کننده‌های کلینیکی افزایش ریسک قلبی عروقی قبل از عمل

ریسک فاکتورهای ماژور

- سندرم کرونری غیر پایدار
- MI حاد و یا MI اخیر با شواهدی از ریسک ایسکمی در علائم کلینیکی یا در بررسی‌های غیر تهاجمی

-آنژین شدید یا آنژین ناپایدار

- نارسایی قلبی جبران نشده
- آریتمی قابل توجه
- بیماری دریچه‌ای شدید

ریسک فاکتورهای متوسط

- سابقه بیماری ایسکمیک قلبی
- سابقه نارسایی قلبی جبران شده یا نارسایی قلبی گذشته
- سابقه بیماری عروقی مغزی (Cerebrovascular)
- دیابت ملیتوس
- نارسایی کلیه

ریسک فاکتورهای مینور

- سن بالا (بالای ۷۰ سال)
- ECG غیرنرمال (هایپر تروفی بطن چپ-انسداد انشعابات شاخه چپ-ST-T غیرنرمال)
- ریتم‌هایی خارج از ریتم سینوسی
- فشارخون سیستمیک کنترل نشده (فشارخون ۱۸۰/۱۱۰ میلیمتر جیوه یا بیشتر)

C- فاکتور دیگر ارزیابی ریسک، تعیین ظرفیت توانایی بیمار برای انجام فعالیت‌های فیزیکی (ظرفیت عملکردی) و در سوخت و سازهای متابولیک است که به عنوان MET شناخته می‌شود. ریسک قلبی قبل از عمل در بیمارانی که قادر به رسیدن به **MET-۴** (معادل بالا رفتن از یک ردیف پله) در حین بیشتر فعالیت‌های روزانه نیستند، افزایش می‌یابد. بنابراین بیمارانی که عدم توانایی در بالا رفتن از یک ردیف پله بدون درد قفسه سینه، تنگی نفس یا خستگی دارند، ریسک افزایش یافته در طول عمل خواهند داشت.

آنتی بیوتیک

خطر ابتلا به عفونت بیشتر از افراد سالم، در بیماران مبتلا به فشار خون بالا، کم است یا وجود ندارد. آنتی بیوتیک تجویز نمی‌شود.

خونریزی

فشار خون بالا، به ندرت باعث خونریزی پس از جراحی دندان می‌شود. بیمار مبتلا به فشار خون بالا که دارای اختلالات قلب و عروق مثل MI یا سکته قلبی هستند، ممکن است روزانه آسپرین یا سایر داروهای ضد پلاکتی (به عنوان مثال کلوپیدوگرل) مصرف کنند. روش‌های جراحی می‌تواند بطور معمول تحت این شرایط انجام گیرد.

فشار خون

بیماران با فشار خون کنترل نشده که علائمی مثل سردرد، تنگی نفس یا درد قفسه سینه را نشان می‌دهند، باید برای ارزیابی فوری به پزشک ارجاع شوند. در بیماران مبتلا به پرفشاری خون کنترل نشده، مشکلات خاصی مثل درد، عفونت و یا خونریزی ممکن است نیاز به درمان فوری در مطب دندانپزشکی داشته باشند؛ در این شرایط بیمار باید برای مشاوره با پزشک معرفی شده و اقداماتی نظیر مانیتورینگ فشار خون و ECG، ایجاد مسیر داخل وریدی و تجویز آرام بخش برای وی انجام شود.

اگر لازم است درمان برای بیمار با پرفشاری خون مرحله ۲ انجام شود، ممکن است توصیه شود که کاف فشار خون روی بازوی بیمار قرار داده شود و به صورت دوره ای فشار بررسی شود

اگر فشار خون به بالای ۱۷۹/۱۰۹ میلی متر جیوه افزایش یابد، درمان دندانپزشکی باید خاتمه یابد و بیمار به پزشک خود مراجعه کند.

ظرفیت تحمل درمان

در بیماران با فشار خون بالا برای کاهش احتمال آزاد شدن کاتکولامین‌های اندوژن در طول ملاقات دندانپزشکی، مدیریت استرس مهم است.

بهتر است از قرار ملاقات‌های طولانی و استرس زا خودداری شود. به نظر می‌رسد ملاقات‌های کوتاه صبحگاهی بهتر تحمل می‌شود. اضطراب را می‌توان برای بسیاری از بیماران با پیش داروهای خوراکی با یک بنزودیازپین کوتاه مدت مانند **تریازولام** یک ساعت قبل از شروع ملاقات، کاهش داد.