



## فهرست

---

پیشگفتار.....	۷
فصل ۱: بیماری‌های قلبی عروقی، کلیوی، ریوی .....	۹
فصل ۲: بیماری‌های هماتولوژیک.....	۲۱
فصل ۳: اختلالات غدد درون‌ریز.....	۴۵
فصل ۴: بیماری‌های دستگاه گوارش.....	۵۵
فصل ۵: اختلالات عضلانی اسکلتی، بیماری‌های نورولوژیک و روانی.....	۶۳
فصل ۶: بیماری‌های عفونی.....	۶۹
فصل ۷: بیماری‌های روماتولوژیک.....	۸۱
فصل ۸: تظاهرات دهانی ناشی از درمان بیماری‌های سیستمیک.....	۹۱
فصل ۹: تدابیر دندانپزشکی در زنان: از بلوغ تا یائسگی.....	۱۰۳
منابع.....	۱۳۵
جدول کلمات اختصاری.....	۱۴۱
واژه‌نامه.....	۱۴۵

## پیشگفتار

بیماری‌های دهان از جمله تخصص‌های دندانپزشکی است که با تشخیص و درمان غیر جراحی ضایعات ناحیه دهان، فک و صورت و همچنین مدیریت درمان‌های دندانپزشکی در مبتلایان به بیماری‌های سیستمیک سروکار دارد. با توجه به اینکه متخصصان داخلی نیز معمولاً با انواع بیماران سیستمیک برخورد می‌کنند، بر این اساس، ارتباط قوی بین تخصص داخلی پزشکی و بیماری‌های دهان، لزوم درک همه جانبه از پزشکی را برای دندانپزشکان مطرح می‌کند و بالعکس. از سویی دیگر با توجه به دیدگاه سازمان بهداشت جهانی مبنی بر اینکه سلامت دهان بخشی از سلامت عمومی است، بنابراین باید دهان را بعنوان آینه‌ای از کل بدن در نظر گرفت و در ارائه تشخیص و درمان به‌صورت سیستماتیک اندیشید. زیرا بسیاری از بیماری‌ها (پمفیگوس ولگاریس، لیکن پلان، سندرم شوگرن، بیماری کرون) می‌توانند به‌صورت اولیه در دهان تظاهر یابند. به‌علاوه برخی از بیماری‌های دهان (افزایش حجم لثه) می‌توانند به دنبال مصرف بعضی داروها (فنی توئین، سیکلوسپرین، آملودیپین) به وجود بیایند و با توجه به اینکه این عارضه سلامت دهان، بهداشت دندان، تغذیه و زیبایی فرد را تحت‌الشعاع قرار خواهد داد، طبیعتاً نیازمند مشاوره بین رشته‌ای در راستای بررسی ضرورت تغییر رژیم دارویی و مداخلات درمانی خواهد بود.

کتاب حاضر به هیچ عنوان جایگزین کتب مرجع طب داخلی و دندانپزشکی نیست و صرفاً مروری اجمالی بر تظاهرات دهانی بیماری‌های سیستمیک و ملاحظات درمان‌های دندانپزشکی در این مبتلایان است. نظر به اینکه افزایش تعامل و همکاری بین رشته‌ای باعث بهبود نتایج بالینی و ارائه درمان مؤثرتر به بیماران می‌شود، هدف این نوشتار ارائه یک دیدگاه کلی به پزشکان و دندانپزشکان، در مورد ارتباط بالینی بین اختلالات سیستمیک و بیماری‌های دهان است. زیرا اولاً طیف گسترده‌ای از بیماری‌های سیستمیک و عوارض ناشی از درمان‌های آنها بر دهان و دندان تأثیر می‌گذارد؛ بعنوان مثال موکوزیت ناشی از درمان‌های سرطان باتوجه به اینکه منجر به درد، سوزش و عفونت دهان و پوسیدگی دندان می‌شوند گاهی بیمار را حتی وادار به ترک ادامه درمان سرطان می‌نماید. ثانیاً پاسخگویی به درمان برخی از بیماری‌های سیستمیک (دیابت ملیتوس) با وضعیت سلامت دهان (پرپودنتال) ارتباط دوسویه

دارد به طوری که کنترل نامناسب پلاک دندان، کنترل سطح گلوکز خون و پاسخگویی به درمان دیابت را تحت الشعاع قرار می‌دهد و بالعکس. ثالثاً موفقیت برخی درمان‌های پیچیده (پیوند کلیه، کبد) وابسته به سلامت سایر اعضا (فقدان عفونت دهان دندان) است.

اینجانب پیرو ۱۵ سال فعالیت در زمینه بیماری‌های دهان، فک و صورت مفتخر به انتشار ۴۵ مقاله در مجلات علمی و تدوین ۴ کتاب گردیده‌ام و اکنون به این باور قلبی رسیده‌ام که تعامل بین پزشکان و دندانپزشکان منجر به بهبود سلامت دهان، ارتقا سلامت عمومی فرد و در نهایت افزایش سطح کیفیت زندگی جامعه خواهد شد. امید است در این نوشتار توانسته باشم حق مطلب را به مخاطب عزیز منتقل کنم و سهمی هرچند کوچک در کاهش آلام بیماران ایفا نمایم.

دکتر سمیرا بصیر شبستری

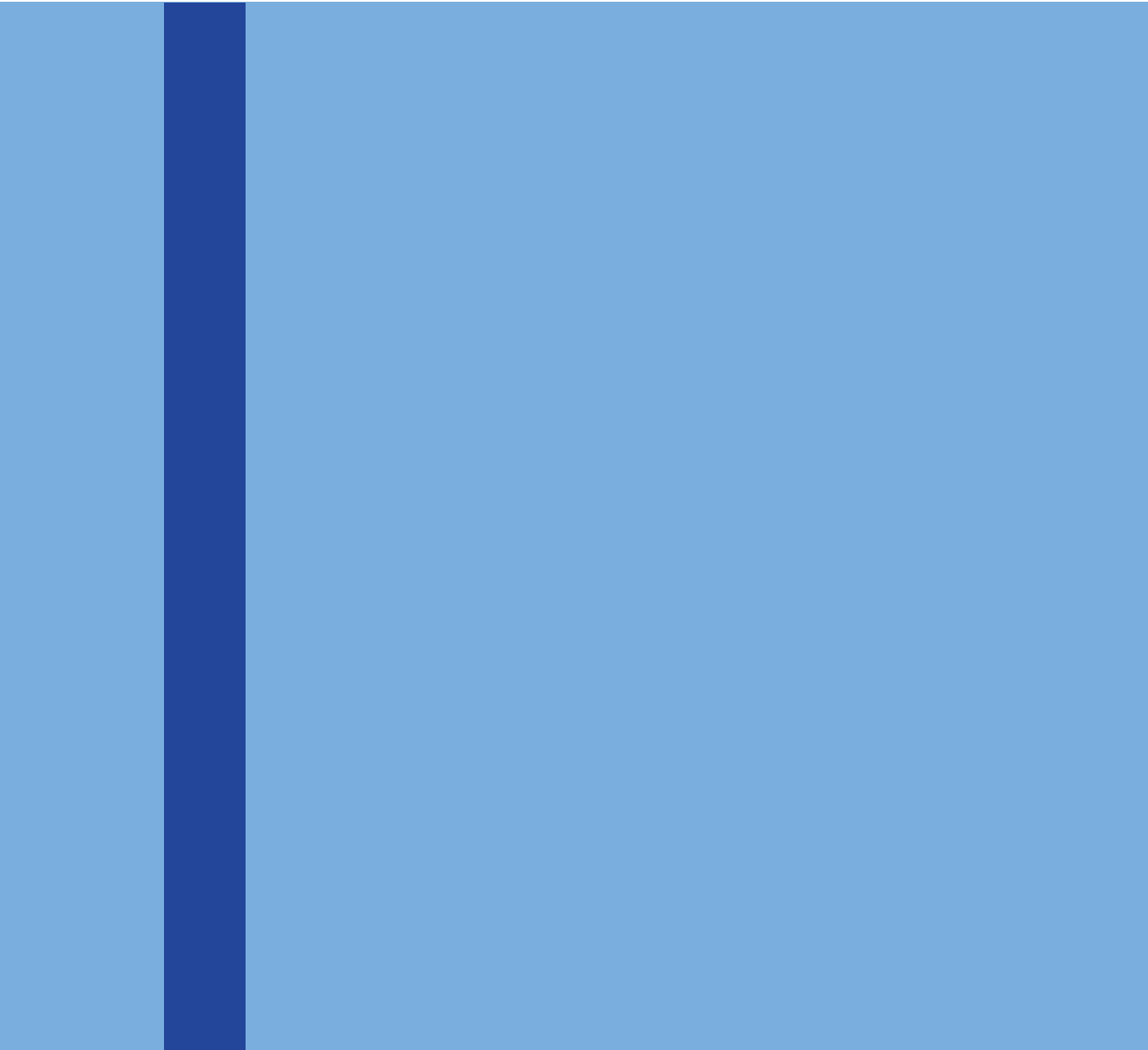
دانشیار بیماری دهان دانشگاه علوم پزشکی ایران

تابستان ۱۴۰۲



فصل ۱

## بیماری‌های قلبی عروقی، کلیوی، ریوی



## فشارخون

فشارخون بالا یک بیماری طولانی مدت محسوب می‌شود که بیشتر بزرگسالان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. فشارخون بالا زمانی رخ می‌دهد که فشار سیستولیک ۱۴۰ میلی‌متر جیوه یا بیشتر، یا زمانی که فشار دیاستولیک ۹۰ میلی‌متر جیوه یا بیشتر باشد. برای تشخیص، لازم است فشارخون حداقل دو بار و ترجیحاً در زمان‌های جداگانه و زمانی که بیمار در حال استراحت است اندازه‌گیری شود. فشارخون اولیه علت شناخته‌شده‌ای ندارد و غالب موارد را شامل می‌شود. فشارخون ثانویه علت مشخصی مانند آپنه انسدادی خواب و بیماری‌های هورمونی (پرکاری تیروئید، سندرم کوشینگ) دارد.<sup>۱</sup>

## مشخصات بالینی

فشارخون بالا ممکن است توسط فردی که برای مدت طولانی به آن مبتلا بوده است، نادیده گرفته شود. اولین علائم فشارخون بالا اغلب مبهم هستند. در اوایل بیماری، فرد ممکن است سردرد جزئی و وزوز گوش را تجربه کند. آسیب به سایر اندام‌ها (کلیه، مغز، قلب، چشم)، با نشانه‌های دیررس فشارخون بالا مرتبط است. مبتلایان به فشارخون بالای کنترل نشده، احساس خستگی و سردی در پاهای خود می‌کنند.<sup>۲</sup>

## مدیریت بیمار

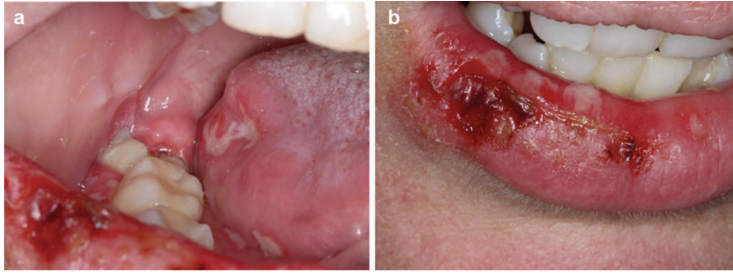
ارزیابی پزشکی بیمار مبتلا به فشارخون بالا شامل اندازه‌گیری فشارخون و تست‌های آزمایشگاهی است. اصلاح سبک زندگی (ورزش منظم، رژیم غذایی متعادل، کاهش مصرف نمک و کاهش مصرف الکل) بعنوان اولین خط درمان بیماران فشارخون است.

مبتلایان به فشارخون بالا، اغلب نیاز دارند که فشارخون خود را به محدوده کمتر از ۱۲۰/۸۰ میلی‌متر جیوه کاهش دهند. هنگامی که فشارخون به طور مداوم بالای ۱۲۰/۱۸۰ میلی‌متر جیوه باشد بعنوان وضعیت اورژانسی در نظر گرفته می‌شود. شش دسته اصلی داروهای ضد فشارخون شامل دیورتیک‌ها، بتا بلوکرها، مسدودکننده‌های گیرنده آنژیوتانسین ۲ و کانال کلسیم و آگونیست‌های آلفا هستند. اکثر این داروها دارای عوارض جانبی بالقوه هستند.<sup>۳</sup> در ادامه به تظاهرات دهانی ناشی از مصرف داروهای ضد فشارخون بالا می‌پردازیم:

## تظاهرات دهانی ناشی از مصرف داروهای ضد فشارخون

دیورتیک‌ها (فروزماید و هیدروکلروتیازید) اولین خط دارویی در فشارخون هستند و با تحریک دفع آب و سدیم از طریق ادرار باعث کاهش مایعات در عروق خونی می‌شوند. در این مورد، عوارضی همچون خشکی دهان، واکنش لیکنوئیدی و تغییر حس چشایی گزارش شده است.

مسدودکننده‌های کانال کلسیم (آملودیپین، نیفدپین، نیزولپیدین، وراپامیل و دیلتیازم)، مقاومت عروقی را کاهش می‌دهند و باعث باز شدن عروق می‌شوند. این داروها ممکن است باعث هایپرپلازی لته، خشکی دهان، تغییر حس چشایی و ریتم مولتی فرم شوند.<sup>۴</sup> (شکل ۱ و ۲).



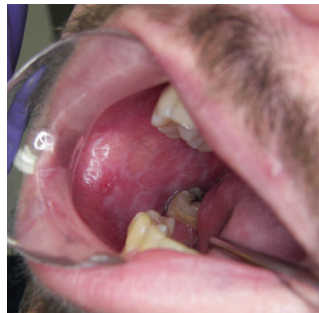
شکل ۱ اریتم مولتی فرم بدنبال مصرف دیتلیازم: (a) زبان و (b) لب



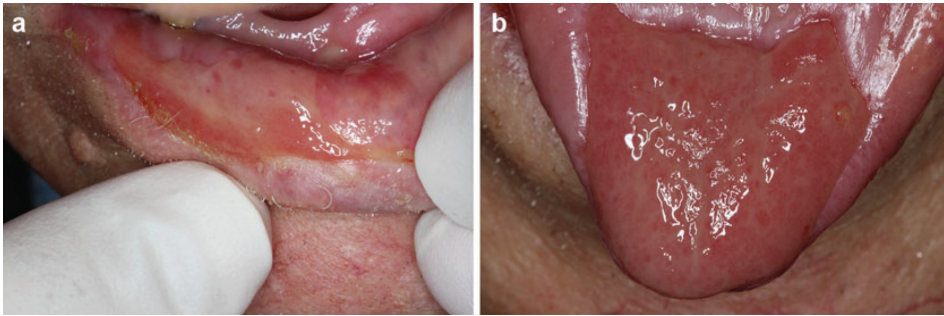
شکل ۲ هایپرپلازی لثه ناشی از مصرف آملودیپین

مسدودکننده‌های گیرنده آنژیوتانسین (لوزارتان و والزارتان) باعث گشاد شدن رگ‌های خونی شده و با عوارضی همچون خشکی دهان، آنژیوادم، سینوزیت و تغییر حس چشایی همراه هستند. آلفا بلوکرها با مهار سیستم سمپاتیک، مقاومت عروق محیطی را کاهش می‌دهند و اغلب باعث تغییر حس چشایی و خشکی دهان می‌شوند<sup>۵-۷</sup>.

بتابلوکرها انتخابی (آتنولول، متوپرولول و نیبولول) و غیرانتخابی (مانند پروپانولول، نادولول، سوتالول) داروهایی هستند که به گیرنده‌های بتا متصل شده و باعث کاهش ضربان قلب می‌شوند. این داروها باعث خشکی دهان، تغییر حس چشایی، واکنش لیکنوئیدی و زخم‌های دهانی می‌شوند<sup>۸</sup>. (شکل ۳ و ۴)



شکل ۳ واکنش لیکنوئیدی ناشی از مصرف آتنولول



شکل ۴ زخم ناشی از مصرف بتابلوکس: (a) لب و (b) زبان

مهارکننده‌های آنزیم مبدل آنژیوتانسین (کاپتوپریل، انالاپریل، لیزینوپریل، بنازپریل و رامیپریل) با کاهش تولید آنژیوتانسین، افزایش مقدار برادی کینین و کاهش فعالیت سیستم سمپاتیک کار می‌کنند و می‌توانند مشکلات متعددی را در دهان (مانند از دست دادن چشایی، خشکی دهان، واکنش لیکنوئیدی و خونریزی لثه) ایجاد کنند<sup>۲</sup>.

### تدابیر دندانپزشکی

فشارخون این بیماران باید هنگام مراجعه به مراکز دندانپزشکی اندازه‌گیری شود. دندانپزشک در صورت شناسایی فشارخون بالا، باید فرد را برای ارزیابی‌های بیشتر، تشخیص و درمان به پزشک ارجاع دهد؛ این شامل بیمارانی که با وجود درمان، همچنان به صورت ثابت فشارخون آنها بالا مانده است نیز می‌شود، زیرا افزایش کاتکول آمین‌ها به دلیل تنش و اضطراب ناشی از درد دندان و اقدامات دندانپزشکی، ممکن است فشارخون را طی درمان‌های دندانپزشکی افزایش دهد.

هنگامی که یک بیمار مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی به دندانپزشکی مراجعه می‌کند، باید فوریت‌ها و ملاحظات درمانی در نظر گرفته شود. به همین دلیل انجمن قلب آمریکا دستورالعمل‌هایی را برای ارزیابی قبل از اقدامات دندانپزشکی در این مبتلایان منتشر کرده است. در واقع خطر ارائه خدمات دندانپزشکی به بیماران مبتلا به فشارخون حداقل است و بیماران بدون علامت یا با فشارخون کمتر از ۱۱۰/۱۸۰ میلی‌متر جیوه می‌توانند با خیال راحت تحت اعمال جراحی و غیرجراحی دندانپزشکی قرار گیرند. با این حال، درمان دندانپزشکی در بیماران مبتلا به فشارخون علامت‌دار یا فشارخون بیشتر یا مساوی ۱۱۰/۱۸۰ میلی‌متر جیوه باید به تعویق بیفتد. استفاده از منقبض‌کننده‌های عروقی در مبتلایان به فشارخون، از ملاحظات بحث‌برانگیز طی درمان‌های دندانپزشکی است. بی‌حسی عمیق برای مدیریت درد و اضطراب بیمار ضروری است و عوامل منقبض‌کننده عروق (اپی‌نفرین) در دستیابی به این اهداف کمک‌کننده هستند. اما در مبتلایان به فشارخون کنترل‌نشده، تجویز داروهای منقبض‌کننده عروق منع مصرف دارد و تداخل بین داروهای منقبض‌کننده عروق و برخی داروهای فشارخون (مسدودکننده‌های آدرنرژیک)، نیز باعث نگرانی

است. از آنجایی که استفاده از هر دو دارو ممکن است فشارخون را به میزان قابل توجهی افزایش دهد، لذا دوزهای متوسطی از منقبض کننده‌های عروقی توصیه می‌شود.

دندانپزشکان علاوه بر توجه به امکان افزایش فشارخون در طول درمان دندانپزشکی، باید از عوارض جانبی ناشی از مصرف این داروهای ضدفشارخون (خشکی دهان، تغییرات چشایی، هایپرپلازی لثه و واکنش لیکنوئیدی) نیز مطلع باشند. پروتکل‌های کاهش استرس و اضطراب بیمار (برنامه‌ریزی وقت‌دهی درمان ملاقات صبحگاهی، استفاده از اکسید نیتروژن در حین جراحی، استفاده از پیش‌دارو ضداضطراب) را باید رعایت نمایند. تغییر آرام موقعیت صندلی دندانپزشکی برای جلوگیری از افت فشارخون ارتواستاتیک و منع استفاده از نخ زیر لثه اپی‌نفرینه از جمله دیگر ملاحظات برای مبتلایان به فشارخون کنترل نشده هستند.<sup>۳</sup>

### تظاهرات دهانی سایر بیماری‌های قلبی عروقی

در زمان وقوع انفارکتوس میوکارد ممکن است درد دهانی صورتی رخ دهد و توسط بیمار با الفاظی تحت عنوان "فشار" یا احساس "سوزش" بیان شود. این درد ممکن است در ناحیه گلو، چانه، مفصل گیجگاهی فکی، گوش و دندان‌های خلفی فک پایین و به‌ویژه در سمت چپ رخ دهد. در زمان بروز سکتته، به‌علت سیانوز مرکزی و افزایش فشارخون ورید جگولار، لب‌ها، زبان و غشاهای مخاطی ظاهری آبی‌رنگ به خود می‌گیرند. ترومای کوچک به مخاط دهان در مصرف‌کنندگان داروهای ضدانعقادی، منجر به خونریزی در بافت‌ها و بروز ضایعات خونریزی‌دهنده (پتشی، پورپورا، اکیموز، بول هموراژیک و هماتوم) می‌شود. خون تجمع‌یافته در بافت‌ها علت این ضایعات است و فشار دیاسکوبی باعث سفید شدن آنها نمی‌شود<sup>۴</sup> (شکل ۵، ۶، ۷ و ۸). اندوکاردیت عفونی که به عنوان عفونت میکروبی سطوح اندوتلیال قلب و دریچه‌های قلبی تعریف می‌شود، از چالش‌های مورد بحث در انجام درمان‌های دندانپزشکی است. خلاصه ملاحظات دندانپزشکی این بیماران در قالب **دیاگرام و جدول ۱** ارائه شده است. همچنین در بیمارانی که تحت پیوند قلب قرار گرفته‌اند، احتمال ایجاد بیماری‌های دهانی فکی (موکوزیت، پوسیدگی دندان، افزایش حجم لثه ناشی از مصرف دارو، لکوپلاکیا مویی، لنفوم و بیماری پیوند علیه میزبان) وجود دارد.<sup>۴</sup>



شکل ۵ پتشی و اکیموز