

تدبير بعض الأمراض العامة في سياق المعالجة السنية وحول السنية

Management of some medical problems in the dental and Periodontal treatment.

الدكتور: عز الدين السراقبي

يقصد بتدبير الحالات الخاصة للمرضى أو تدبير الأمراض العامة قبل المعالجة السنية أو حول السنية، أي كيفية التعامل مع المرضى الذين يعانون من حالات مرضية خاصة مثل: مريض السكري، مريض القلب، مرضى الأفات الكلوية، مريض الغدة الدرقية، حالات الحمل والطمث والإرضاع، الضغط الدموي، مرضى النزف الدموي...

لابد لطبيب الأسنان أن يكون ملماً بالمعلومات الكافية والموثوقة حول كيفية التعامل مع المرضى ذوي الحالات المرضية الخاصة التي تراجعها في العيادة، وذلك بعد إجراء التشخيص السريري والشعاعي والمخبري أحياناً للمريض قبل حالات المعالجة السنية أو حول السنية:

1- مرضى الربو Asthma

يظهر بعض مرضى الربو asthmatic patients ارنكاساً react لمادة sulfites الموجودة في المواد الحافظة preservatives للمقبض الوعائي مما قد يثير لديهم أزمة ربو asthmatic attack مفاجئة لذلك يفضل تجنب استعماله خصوصاً في حالات الربو المتوسطة moderate (أكثر من أزميتين ربو في الأسبوع) أما في حالات الربو الشديدة severe والتي تكون فيها الأزمة مستمرة (اعراضها صفير مسموع audible wheezing أثناء التنفس عسر تنفس Tachypnoea نقص في الفعاليات الجسمية restricted activity واضطراب النوم) فيفضل تأجيل المعالجات السنية واستشارة طبيب المريض العام قبل البدء بالمعالجة إضافة الى ذلك يفضل تجنب استعمال الأدرينالين Epinephrine مع مرضى الربو المعالجين بأدوية beta-agonists وهو لأنه (الأدرينالين) يمكن ان يعزز الإصابة باضطراب النظم arrhythmias وهو مضاد استنطباب عند هؤلاء المرضى الذين يستخدمون theophylline لنفس السبب

إضافة الى ذلك يجب مراعاة النقاط التالية لمريض الربو في العيادة السنية:
- يجب ان يطلب من المريض احضار ادوية الربو الخاصة به الى العيادة قبل البدء بالعمل

- أحياناً ينصح بعض المرضى باستخدام الموسع القصبي bronchodilator قبل البدء بالمعالجة السنية

- يجب تجنب وصف مضادات الإلتهاب الغيرستيرويدية NSAIDs لأنها قد تحرض على حدوث أزمة ربو
- يجب تجنب القلق anxiety والتوتر لنفس السبب

- اضافة الى ذلك تعتبر الإصابات الفطرية الفموية oral candidosis شائعة عند هؤلاء المرضى بسبب استخدام الستيروئيدات inhaled steroids لذلك ينصح هؤلاء المرضى بالمضمضة rinse بعد استخدام الدواء

– قد تحدث أزمة ربو attack مفاجئة للمريض أثناء المعالجة السنية واول اجراء نعمله بعد ايقاف المعالجة هو وضع المريض بوضعية الجلوس وعادة ماتستجيب الحالة لبعض الدفعات activations من بخاخ الربو beta2-adrenoceptor الذي بحوزة المريض والحاوي على (salbutamol 100 micrograms/actuation)



2- خناق الصدر (الذبحة الصدرية) Angina Pectoris

تضيق في لمعة الشرايين التاجية يتصف بألم صدر مثار بالجهد , يزول خلال 30 دقيقة و بالراحة والنتر وجليسرين .

تدبير مريض خناق الصدر

الإصابة الحديثة (أقل من 30 يوم) : يقع المريض تحت خطورة حدوث احتشاء قلب و موت مفاجئ لذا يجب تأجيل المعالجة السنية إلى أن تستقر الحالة .

بعد استقرار الحالة :

- يمكن المعالجة بجلسات قصيرة بعد استشارة طبيب أمراض القلب .
- يمكن إعطاء المريض 0,5 ملغ (Nitroglycerin) نيتروجليسرين وقانيا أو مادة مهدئة مثل 10 ملغ (Diazepam) .
- استخدام محقنه ساحبة (Aspirating Syringe) و إعطاء مخدر بأدرينالين بجرعة قصوى لا تزيد عن 4 مل (2 أمبولة) من محلول حاوٍ على 80000/1 أدرينالين (لا يتجاوز الأدرينالين 0,04 ملغ) .

تدبير أزمة مريض خناق الصدر

- وقف المعالجة فوراً
- وضع المريض وضعية الجلوس أو نصف الجلوس
- مراقبة العلامات الحيوية
- إعطاء المريض نيتروغليسرين 0,5 ملغ و تكرارها ثلاث مرات كل خمس دقائق عند الضرورة .
- إذا استمر الألم يمكن توقع حالة احتشاء عضلة قلبية لذا يجب نقل المريض إلى أقرب مركز إسعافي بمراقبة الطبيب المعالج .



3- احتشاء العضلة القلبية Myocardial Infarction

تموت جزء من العضلة القلبية بسبب نقص التروية الدموية الإكليلية عنها نتيجة انسداد كامل في شريان تاجي أو أكثر (يدعى أيضاً أزمة قلبية Heart Attack) . يتصف بألم صدر لايزول بالراحة خلال 30 دقيقة أو باستعمال نيتروغليسرين .

تدبير مريض احتشاء العضلة القلبية

حديث الإصابة (خلال 6 أشهر) لا تقدم له سوى المعالجات الإسعافية بعد استشارة طبيب أمراض القلب .

قصة احتشاء قديمة :

- جلسات قصيرة المدة بعد استشارة طبيب أمراض القلب لا تتجاوز الـ30 دقيقة .
- إعطاء المريض 0,5 ملغ (Nitroglycerin) وقائياً أو مادة مهدئة مثل (Diazepam) 10 ملغ قبل بدء المعالجة, يمكن استعمال النايتروس .

- استخدام محقنه ساحبة (Aspirating Syringe) و إعطاء مخدر بأدرينالين بجرعة قصوى لا تزيد عن 4 مل (2 أمبولة) من محلول حاوٍ على 80000/1 أدرينالين (لا يتجاوز الأدرينالين 0,04 ملغ) .
- الانتباه للوضع الصحي العام (فشل قلبي , ارتفاع ضغط) .
- الانتباه لاحتمال تناول المريض مميعات دم .
- توقف المعالجة في حال :
- شكوى المريض من ألم صدر أو ضيق نفس .
- ازدياد ارتفاع ضغط الدم الانقباضي لأكثر من 140 ملم/زئبقي
- وصول ضربات القلب فوق 160 ضربة/د
- حدوث لا نظميات .

4- جراحة القلب Heart Surgery

تسعى جراحة القلب لمعالجة أمراض القلب الولادية و آفات الدسامات . يمكن تصحيح الدسامات المصابة باستئصالها واستبدالها بطعوم أو دسامات اصطناعية وهذه الدسامات عرضة للإنتان .

تدبير مريض جراحة القلب

قد يتعرض مريض جراحة القلب إلى خطر التهاب شعاف قلب إنتاني . وجراثيم الحفرة الفموية قد تكون مصدراً لذلك .

يجب خلق شروط صحية في الحفرة الفموية قبل التصحيح الجراحي لأفات القلب و الدسامات من خلال :

- إزالة البؤر الانتانية .
- معالجة الالتهابات اللثوية و حول السنية .
- تحسين العناية الفموية .

هل نقلع أم نحافظ على الأسنان صعبة الإصلاح؟

- نقوم بقلع الأسنان المصابة والاستعانة بتعويض سني عند المرضى الذين يتحسسون من البنسلين و النخور الواسعة و التيجان المتهدمة مع استجابة ضعيفة لتحسين مستوى العناية الفموية .
- بينما يُشجّع المريض في حالة صحة سنية جيدة على الاحتفاظ بأسنانه مع إبلاغه بالتدابير التي ستتخذ أثناء العناية السنية بعد الجراحة القلبية .
- يمكن لأية معالجة سنية متعدية على النسيج الرخوة أن تدفع بالجراثيم الى مجرى الدم ويزداد الاحتمال مع وجود التهابات لثوية و حول سنية . يستمر تجرثم الدم ما بين 5 – 30 دقيقة ويسمى تجرثم دم عابر Transient Bacteremia يمكن لتجرثم

- الدم العابر أن يسبب التهاب شغاف قلب عند مريض بدسامات اصطناعية لذا يجب التغطية بالصادات الوقائية النظامية قبل المعالجات السنوية المثيرة للنزف .
- يغطي المريض بالصادات الوقائية خلال 6 أشهر من الجراحة .
 - بعد ذلك يقتصر وصف الصادات الوقائية قبل المعالجات السنوية المثيرة للنزف عند مرضى الدسامات الاصطناعية باعتبارهم ذوي خطورة عالية لحدوث التهاب شغاف قلب إنتاني

بعد جراحة القلب يجب الانتباه الى النواحي التالية:

- ما تبقى من مرض القلب .
- رعاية سنوية منتظمة .
- التهاب شغاف القلب .
- مضادات التخثر .
- تثبيط المناعة (عند مريض زرع القلب) .
- اضطرابات نفسية .

5- ارتفاع ضغط الدم Hypertension

هو ارتفاع غير عادي في الضغط الشرياني ناتج عن زيادة مقاومة الشرايين المحيطية يمكن الحديث عن ارتفاع ضغط الدم إذا أصبح ضغط الدم الانقباضي و /أو الانبساطي 90/140 ملم زئبقي أو أكثر و له نوعين .

- ارتفاع ضغط أساسي .
- ارتفاع ضغط ثانوي .

الأعراض و العلامات : صداع وتغيرات في الرؤية و طنين الأذنين و دوار و أعراض أخرى مرتبطة بالعضو المتأثر من ارتفاع الضغط .

بشكل عام قد تؤثر المعالجات السنوية على ارتفاع الضغط الشرياني حتى قبل بدء العمل ومن المعروف أن مستوى الأدرينالين يرتفع لأعلى مستوياته peak خلال ساعات الصباح بعد الإستيقاظ لذلك يفضل تجنب معالجة هؤلاء المرضى في فترة الصباح الباكر - يمكن اجراء جميع المعالجات السنوية الروتينية routine dental care لمرضى ارتفاع الضغط الشرياني المضبوط وتفضل الجلسات القصيرة short قليلة التوتر minimally stressful

- يجب توخي الحذر في عدم احداث ألم او قلق anxiety خلال المعالجة وذلك لأن الأدرينالين المفرز endogenous adrenaline كاستجابة للألم يمكن ان يسبب اضطراب نظم القلب arrhythmias .

- استعمال الأدرينالين في المحلول المخدر “ذو اهمية ضعيفة عملياً little practical importance على ارتفاع ضغط الدم لذلك ان استعمال المحلول المخدر الحاوي على الأدرينالين “ لا يعتبر مضاد استطباب is not contraindicated عند مرضى ارتفاع التوتر الشرياني الا في الحالات التي

يكون فيها الضغط الانقباضي systolic فوق 200 mm Hg و/أو الضغط الانبساطي diastolic فوق 115 mm Hg .
 - الجدول الذي اوصت به ASA للتعامل مع مرضى ارتفاع الضغط الشرياني:
 الضغط اصغر من systolic 140 واصغر 90 diastolic يصنف درجة اولى grade I تتم معه جميع الإجراءات الروتينية السنوية دون احتياطات اضافية.
 الضغط systolic 159-140 و diastolic 99-90 يصنف درجة ثانية grade II يجب قياس الضغط مباشرة قبل اجراء المعالجة السنوية.
 الضغط systolic 179-160 و diastolic 109-95 يصنف درجة ثالثة grade III يجب قياس الضغط واستشارة طبية Seek medical advice قبل المعالجة السنوية كما يجب انقاص كمية المخدر الحاوي على الأدرينالين.
 الضغط اكثر من systolic 180 و اكثر من diastolic 110 يصنف درجة رابعة IV يجب ان يقاس الضغط بعد 5 دقائق من الراحة والأسترخاء ويجب الإستشارة الطبية قبل المعالجة السنوية والتي يجب ان تكون محدودة ويفضل هنا عدم استعمال المقبض الوعائي vasoconstrictor .

النواحي السنوية لارتفاع ضغط الدم

- الإجهاد والخوف بالإضافة إلى المقبض الوعائي مع المخدر الموضعي أو مع خيوط إبعاد اللثة يساعد على زيادة ضغط الدم إلى مرحلة الخطورة مسبباً سكتة أو احتشاء عضلة قلبية .
- يفضل معالجة مريض ارتفاع ضغط الدم في فترة متأخرة من اليوم ولكن قبل أن تضغط عليه النشاطات اليومية و جلسات قصيرة مع مراقبة دائمة لضغط الدم , و السعي لإدخال الطمأنينة إلى المريض و تجنب إيلامه و التبدلات المفاجئة في وضعية المريض على كرسي الأسنان .
- ضغط انقباضي < 140 ملم زئبقي ، أو انبساطي أكثر من 90 ملم : 2 أمبولة مع أدرينالين
- ضغط انقباضي < 160 ملم زئبقي ، أو انبساطي أكثر من 100 ملم : تأجيل المعالجة غير الإسعافية
- ضغط انقباضي < 180 ملم زئبقي ، أو انبساطي أكثر من 110 ملم : تأجيل المعالجة كاملاً
- التأكد من تناول المريض لأدويته الخافضة للضغط في مواعيدها .
- يمكن تحضير المريض بأدوية مثل الديازيبام 5 ملغ قبل النوم و 5 ملغ قبل ساعة من المعالجة السنوية .
- إذا ارتفع الضغط بشدة أثناء المعالجة السنوية يمكن إعطاء حبة نيتروغليسرين تحت اللسان فينخفض الضغط ريثما يصل المريض إلى أقرب مركز إسعافي .

- يفضل معالجة مرضى ارتفاع الضغط بالتخدير الموضعي ولا مانع من استعمال الأدرينالين على ألا تتجاوز الجرعة امبولتي تخدير ليوكائين 2% مع أدرينالين 100000/1
- يفرز لب الكظر عند شخص بالغ غير مجهود يزن 70 كغ أدرينالين بمعدل 0,007 – 0,014 ملغ كل دقيقة (بما يعادل الأدرينالين الموجود في نصف أمبولة من المخدر الموضعي) وإذا تعرض الشخص للإجهاد ارتفع إلى 0,28 ملغ كل دقيقة .
- ينصح بإجراء التخدير بمحقة ساحبة كي لا يتم حقن الأدرينالين داخل الأوعية .
- الابتعاد عن خيوط إبعاد اللثة الحاوية على الأدرينالين .
- الابتعاد عن و صف مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية .

6- التهاب شغاف القلب الانتاني Infective Endocarditis

- انتان جرثومي يصيب دسامات أو بطانة القلب .
- غالباً ما تكون الجراثيم المسؤولة عن المرض موجودة بصورة طبيعية في الفم و البلعوم. وبالتالي تعد الحفرة الفموية إحدى مصادر الإصابة بالتهاب شغاف القلب الانتاني و بالتالي يجب السعي لمنع حدوث ذلك .
- ليس كل جرثوم دم يعني التهاب شاف القلب .و لو كان ذلك صحيحاً لوجب التغطية بالصادات الحيوية حتى قبل تفريش الأسنان .

النظام الصحيح للتغطية بالصادات الحيوية

- النظام العام :
- amoxicillin 2 غ (أطفال 50 ملغ/كغ) فموياً قبل ساعة
- غير قادر فموياً :
- Ampicillin 2 غ (أطفال 50 ملغ/كغ) IM أو IV خلال نصف ساعة
- حساسية للبنسلينات:
- Clindamycin 600 ملغ (أطفال 20 ملغ/كغ) فموياً قبل ساعة
- حساسية وغير قادر فموياً :
- Clindamycin 600 ملغ IV خلال نصف ساعة

7- المعالجة المضادة للتخثر Anticoagulant Therapy

- الهيبارين للمعالجات قصيرة الأمد 4 – 6 ساعات و يعطى حقناً.
- الوارفارين للمعالجات طويلة الأمد و يعطى فموياً .
- يجب ألا ننسى السبب الذي استدعى المعالجة بمضادات التخثر و مراعاة ذلك في المعالجة السنية .
- تستعمل مضادات التخثر لمعالجة حالات عديدة مثل تخثر الأوردة العميقة والرجفان الأذيني وتبديل الدسامات القلبية والديليزة الكلوية والانصمامات الخثرية .

تدبير مرضى المعالجة المضادة للتخثر

تؤدي المعالجة بالمواد المضادة للتخثر إلى الاستعداد للنزف .

- الفحص المخبري الأساسي لمراقبة هؤلاء المرضى هو زمن البروترومبين .
- يجب استشارة الطبيب المختص قبل البدء بأي معالجة سنوية فهو المسؤول عن تغيير الدواء أو تعديل الجرعة الدوائية . يجب تغطية المريض بالصادات الحيوية بعد الجراحة تجنباً لحدوث الإنتان .

الحالة زمن البروترومبين (INR)

المستوى الطبيعي	$1.3 > (0.9 - 1.2)$
المستوى العلاجي	2-4.5
المستوى الذي يمكن معه إجراء جراحة صغرى	$2 \geq$

- يجب إجراء الجراحة بأقل رض ممكن مع تطبيق الوسائل و المواد المرقنة للنزف (الخياطة أو الضغط على الجرح)
- يفضل إجراء التقليل و تسوية الجذر بواسطة جهاز التقليل فوق الصوتي لأنه أقل تخريشاً للثة من الأدوات اليدوية و بالتالي أقل إثارة للنزف .

8- داء السكري Diabetes Mellitus

من أكثر اضطرابات الغدد الصماء شيوعاً، يحدث نتيجة نقص تام أو جزئي بإفراز الأنسولين لأسباب متعددة، يتميز السكري بارتفاع متواصل في سكر الدم .

داء السكري عادة اضطراب بدئي Primary و في حالات قليلة يكون ثانوياً لأمراض أخرى .

يصنف داء السكري البدئي إلى نوعين أساسيين :

– نموذج 1 داء السكري المعتمد على الأنسولين .

Insulin- Dependent diabetes mellitus (IDDM)

– نموذج 2 داء السكري غير المعتمد على الأنسولين .

Non- Insulin- Dependent diabetes mellitus (NIDDM)

استناداً إلى الآلية المرضية

– سكري نوع | .

– سكري نوع || .

– سكري حملي .

– أنواع أخرى .

الأعراض : البوال العطش نقص الوزن

يعرف داء السكري مخبرياً:

- عيار غلوكوز الصائم : 126 ملغ / 100 مل أو أعلى .
- اختبار تحمل الغلوكوز الفموي : مستوى غلوكوز مصل وريدي بعد ساعتين من تناول 75 غ غلوكوز يبلغ أو يزيد عن 200 ملغ / 100 مل .

النواحي السنوية لداء السكري

- المظاهر الفموية لداء السكري : جفاف الفم إصابة فطرية تأخر شفاء الجروح زيادة القابلية للإنتان
- داء السكري هو أحد العوامل المؤهبة لتطور المرض حول السنوي و تكثر معه الخراجات حول السنوية و الضخامات اللثوية الالتهابية.
- يكون مريض السكري بنمطيه الأول والثاني معرضاً لعدة اختلالات ممكنة عند إجراء المعالجة حول السنوية أوالمعالجة الجراحية:

1. التأهب للنزف والإنتان.

2. تاخر التئام الجروح.

3. ارتفاع أو انخفاض السكر فجأة.

الاختلالات الحادة لداء السكري

- سبات نقص سكر الدم Hypoglycemia .
- سبات فرط سكر الدم Hyperglycaemia .

معالجة الاختلالات الحادة

- تحديد سبب السبات و يفضل من خلال معايرة سكر الدم .
- عند عدم توفر المعايرة المخبرية يمكن إعطاء المريض مقداراً من الغلوكوز كاختبار تشخيصي لأن سبات فرط سكر الدم أقل خطورة من سبات نقص سكر الدم .

معالجة حالة نقص سكر الدم

- إذا كان المريض واعياً يعطى أي محلول سكري عن طريق الفم خصوصاً اذا ما صرح المريض انه اخذ الانسولين ولكن دون تناول وجبته النظامية .
- إذا كان المريض فاقداً للوعي :
 - وقف المعالجة السنوية فوراً .
 - المحافظة على الطرق الهوائية .
 - وضعية المريض منبسطة .

– يعطى المريض 50 مل دكستروز بتركيز 20-50 % وريدياً أو غلوكاغون 1 ملغ عضلياً .

معالجة حالة فرط سكر الدم Hyperglycaemia

تحدث هذه الحالة عادةً عند مرضى السكري المعتمدين على الأنسولين-Insulin dependent diabetes خصوصاً اذا لم يتناولوا وجبتهم الرئيسية قبل زيارة طبيب الأسنان وتحدث عندما تصل نسبة الغلوكوز glucose في الدم أقل من 4 mol/ml .

من الضروري التنويه الى ان مرضى السكري diabetics يظهر 3 أنماط أعراض من Hypoglycaemia symptoms لكل نمط أعراضه وعلاماته وبالتالي تديره management المختلف.. هذه الأنماط الثلاثة تتلخص بالتالي:

النمط الخفيف : Mild وتظاهر اعراضه وعلاماته ب : التعرق Sweating الدوخة dizzinessالرجفان trembling حس خدر tingling في الشفة او اللسان او اليدين او القدمين ...رؤية مشوشة... blurred vision, صعوبة في التركيز difficulty concentrating ... tiredness وجوع hunger

النمط المتوسط : Moderate وتظاهر اعراضه وعلاماته ب : سلوك غريب Odd behaviourعدائي... aggressive ضحك...مزاج سيء... يبدو المريض وكأنه drunk... غير متعاون...ويرفض المعالجة الإسعافية... الخ النمط الشديد Severe :ويكون فيه المريض فاقد للوعي Unconscious معرفة النمط الذي يمر به المريض حين حصول حالة Hypoglycaemia وذلك من خلال اخذ القصة المرضية medical history وتوثيق ذلك في ملف المريض update the patient's notes يساعد كثيراً الطبيب على استعداد للتعامل مع كل حالة بالشكل المناسب كمايلي:

النمط الخفيف: يعطى المريض الغلوكوز على شكل حبات سكر عادي Glucose tablets/sugar وقد يتطلب تكرار ذلك كل 10-15 دقيقة النمط المتوسط :يعطى المريض غلوكوز سائل Use liquids/Glucogel واذا كان غير متعاون يقطر الغلوكوز داخل الفم buccal glucose النمط الشديد : يعطى المريض 1 ملغ غلوكاغون Glucagon كحقنة عضلية في الفخذ 1 mg glucagon injected into the thigh muscle.. مع العلم ان هذه الدواء الإسعافي يجب ان يكون ضمن عدة الادوية الإسعافية emergency drugs kit



مريض السكر المضبوط 120-180 ملغ/دل well-controlled diabetic patient

- يعالج دون أية تدابير خاصة (لا داعي لإعطاء الصادات الحيوية وقائياً بعد المعالجة السنوية في حالة السكري المضبوط جيداً) .
- مراقبة السكر قبل المعالجة السنوية مباشرة للتأكد من ضبط السكر .
- المعالجة صباحاً و خلال ساعتين من تناول الفطور مع أخذ أدوية داء السكري الاعتيادية .
- تعد جرعة الأدرينالين المستخدمة مع المخدر الموضعي ليست ذات أهمية في رفع مستوى غلوكوز الدم .

مريض السكر غير المضبوط poorly controlled diabetics

- مريض السكر غير المضبوط ميل للإصابة بالانتانات (لنمو الجراثيم ايجابية الغرام بما فيها المكورات العقدية في مصل مفرط الدم و بعض الاضطرابات المناعية) لذا يجب إعطاء الصادات الحيوية لمدة خمسة أيام، حيث يفضل تأجيل الإجراءات العلاجية الجراحية الى حين ضبط الحالة بالنسبة للأدوية فيجب معها مراعاة مايلي
- ان تكون خالية من السكر sugar-free
- تجنب تلك الادوية التي قد تتداخل مع معالجة السكري مثل: الستيروئيدات steroids (التي ترفع نسبة الغلوكوز) doxycycline, tetracycline, ciprofloxacin ... (تزيد من تأثير الإنسولين وتعرض على حالة Hypoglycemia)
- المسكنات المناسبة هي paracetamol/ او codeine ويفضل تجنب مضادات الالتهاب الغيرستيروئيدية NSAIDs والتي يمكن ان تزيد من خطورة الأذية الكلوية renal damage عند هؤلاء المرضى اضافة الى خطر النزوف المعدية المعوية gastrointestinal bleeding ومما يزيد الأمر سوءاً كون هؤلاء المرضى موضوعين اساساً على معالجة طويلة الأمد بجرعات قليلة من الأسبرين low-dose aspirin كوقاية من الإصابات القلبية الشائعة لديهم
- اعطاء الجرعات المناسبة من الصادات الحيوية antibiotics في حالة الإنتانات infections والاستعداد لها كون هؤلاء المرضى لديهم اضطراب مناعي immunocompromised مع كون Amoxicillin هو الصاد المنصوح به
- المخدر الموضعي LA لا يسبب اية مشاكل مع مرضى السكري عكس مايعتقد البعض من انه يرفع نسبة الغلوكوز في الدم حيث ان كميته القليلة المستعملة في العيادة السنوية ليس لها اية تأثيرات جوهرية على نسبة السكر في الدم بعض مرضى السكري يكون لديهم اضطراب في الجهاز العصبي مما يسبب لديهم انخفاض في الضغط لذلك يجب رفع المريض ببطء من وضعية الإستلقاء supine position الى وضعية الجلوس على الكرسي السني
- تحدث لدى مرضى السكري زيادة قابلية للنزف بسبب هشاشة الأوعية الدموية من جهة و اضطرابات عدد الصفيحات الدموية ووظيفتها من جهة أخرى مما يستدعي اتخاذ تدابير احتياطية في عيادة الأسنان .

9- الحمل Pregnancy

- يترافق الحمل مع داء السكري .
- يترافق الحمل مع تغيرات قلبية وعائية : زيادة في حجم الدم و النتاج القلبي و انخفاض قليل في ضغط الدم .
- تحتاج الأم الحامل إلى المزيد من التوعية السنوية والرعاية السنوية الوقائية لتعزيز تدابير العناية الفموية المنزلية .

تدبير المرأة الحامل

- يمكن إجراء المعالجات السنوية الاسعافية للمرأة الحامل في أي وقت من الحمل بعد استشارة الطبيب الاختصاصي .
- يمكن إجراء المعالجات السنوية البسيطة في الثلث المتوسط من الحمل بينما تؤجل المعالجات الواسعة و الجراحية إلى ما بعد الولادة .
- يفضل تجنب أي معالجة سنوية في حال وجود قصة إجهاض سابقة أو حدوث حمل بعد محاولات عديدة فاشلة أو في حالات الحمل الأول .
- تجنب وصف الأدوية عند المرأة الحامل قدر الإمكان خاصة في الثلث الأول من الحمل .

إذا كان لا بد من إعطاء الأدوية :

- المسكن المفضل هو الباراسيتامول والكودائين ويجب تجنب الأسبرين و مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية .
- الصادات الحيوية الممكن استخدامها هي البنسلين و الأموكسيسيلين و الأمبيسلين و الأريترومايسين ويجب تجنب التتراسكلين والميترونيدازول .

10- المرض الكلوي Renal Disease

الفشل الكلوي المزمن (CRF) Chronic Renal Failure

تخرب كلوي و تراجع غير ردود في وظيفة الكلية .

- المظاهر الأولى للإصابة هي بوال ليلي و قلة شهية للطعام و ارتفاع مستوى المركبات الأزوتية في المصل مثل البولة و الكرياتينين و شحوب و تصبغات على الجلد .تعالج بالتحال الصفاقي أو التحال الدموي أو غرس الكلية .
- المظاهر داخل الفموية : جفاف الفم و بخر الفم نزف عفوي و ازدياد في تراكم القلح السني شحوب في الغشاء المخاطي مع ظهور بعض التقرحات و نزف عفوي في اللثة
- يؤدي القصور الكلوي المزمن عند الأطفال إلى تأخر في النمو و تأخر في بزوغ الأسنان و تطور سوء إطباق و سوء تصنع مينائي و تلون الأسنان باللون المائل للبني .
- المظاهر الشعاعية : تناقص الكثافة العظمية و فقد الصفيحة العظمية الداخلية .

التحال الدموي

- يتم من خلال إجراء وصلة شريانية وريدية لصنع مدخل وعائي دائم لإجراء عملية التحال .
- يعطى المريض أثناء عملية التحال الهيبارين للإبقاء على كافة الممرات مفتوحة .
- يحتاج المريض لمتابعة تحديد الطعام و الشراب . من الهام ضبط الإنتان أثناء عملية التحال .

النواحي السنوية للفشل الكلوي المزمن

- استشارة الطبيب الأخصائي المعالج للحالة الكلوية أمر بالغ الأهمية .

- الاستعداد للنزف و المعالجة المضادة للتخثر: الارقاء ضعيف عند مريض القصور الكلوي بسبب خلل في وظيفة الصفائح الدموية و تخرب في بعض عوامل التخثر فيكون زمن النزف طويلاً بالإضافة إلى استعمال الهيبارين أثناء التحال .
- يحسن التحال من وظيفة الصفائح الدموية لذلك أفضل موعد للمعالجة السنية هو اليوم التالي للتحال حيث تكون نتائج التحال في حدها الأعظمي و انتهى تأثير الهيبارين بشكل تام .
- في حال فقد الوظيفة الكلوية يجب ألا تتجاوز جرعة المخدر الموضعي 25% (3 أمبولات) من الجرعة القصوى المسموح بها للأشخاص السليمين .
- يستدعي وجود التحويلة الشريانية الوريدية عند مريض الديليزة إلى تغطية المريض بالصادات الحيوية قبل المعالجة السنية لمنع حدوث إنتان التحويلة بنفس نظام الصادات الحيوية للوقاية من التهاب شغاف القلب الانتاني باستثناء خفض جرعة الكليندامايسين إلى 300 ملغ وريدياً .
- هناك خطورة عالية للإصابة بالتهاب الكبد الفيروسي B و C أو الإصابة بالايذز .
- تطرح العديد من الأدوية عن طريق الكليتين لذلك تكون فعاليتها في حالة القصور الكلوي شديدة و زمن تأثيرها أطول إن لم تخفض الجرعات . كما أن هناك بعض الأدوية التي يجب تجنبها مثل الأسبرين و مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية .
- يعد المرض الكلوي من الأسباب الأساسية لارتفاع ضغط الدم و يجب مراعاة ذلك عند إجراء المعالجة السنية .

الغرس الكلوي Renal Transplantation

- تعتبر عملية زرع الكلية هي المرحلة الأخيرة من مراحل القصور الكلوي الشديد وأصبحت من المعالجات الناجحة للقصور الكلوي المزمن .
- لكي لا يرفض الجسم العضو الجديد تثبط مناعة المريض بالستيروئيدات القشرية أو بالسيكلوسبورين . يبقى عند مريض غرس الكلية بعض مشاكل القصور الكلوي المزمن

تحضير المريض لغرس الكلية

- قلع الأسنان عند مريض بصحة سنية سيئة و آفات نخرية واسعة و التهابات نسيج حول سنية متقدمة و لا يبدي الحماسة الكافية لتحسين عنايته الفموية .
- أما المريض ذو الصحة الفموية الجيدة و العناية الفموية المقبولة تعالج النخور و ترمم الأسنان القابلة للترميم تعالج الأسنان غير الحية لبياً و تعلق الأسنان غير القابلة للترميم و المعالجة .
- يعطى اهتمام للنسج حول السنية باعتبارها بؤرة انتانية مزمنة فتعالج التهابات التهابات اللثة و الجيوب حول السنية كما يتم توعية المريض و تعزيز تدابير العناية الفموية لديه

بعد غرس الكلية

- لا تجرى لمريض غرس الكلية معالجة سنية روتينية خلال الأشهر الستة الأولى و يكتفى بالمعالجات الاسعافية بعد التشاور مع الطبيب المختص .
- مع استقرار الحالة يمكن إجراء المعالجة السنية المستتابة بالتشاور مع الطبيب المختص

- تبقى تدابير السيطرة على اللويحة السنية أمراً بالغ الأهمية و لا بد أن يتابع المريض بزيارات دورية كل 3-6 أشهر .
- المريض عرضة للإصابة بالإنتان مما يستوجب التغطية بالصادات الحيوية قبل و بعد المعالجة .
- إذا حدث إنتان سني يجب أن يعالج بسرعة و إتقان .
- المريض مثبط المناعة لذا قد يصاب ببعض الآفات التي تصيب المرضى مثبتي المناعة مثل المبيضات البيض .
- إذا كان المريض قيد المعالجة بمضادات التخثر يجب الانتباه .

السيكلوسبورين

- مثبط مناعي يستخدم في معظم حالات غرس الأعضاء , يؤثر على عمل اللفاويات التائية المساهم الرئيس في رد الفعل المناعي المسبب لرفض الأعضاء المغروسة .
- آثاره الجانبية : ارتفاع ضغط الدم و الاستعداد للنزف و فقر الدم و الضخامة اللثوية
- يمكن للمعالجة بالسيكلوسبورين أن تؤدي إلى ضخامة لثوية شبيهة بالضخامة اللثوية الدوائية الأخرى .تزداد شدة الضخامة عندما تترافق مع سوء عناية الفموية .
- تقوم معالجة الضخامة على إزالة اللويحة والفلح والمخرشات الموضعية والالتهاب اللثوي وإعطاء المطهرات الفموية وإزالة الضخامة جراحياً في الحالات الشديدة المزجة للمريض .
- لا يوصف الاريترومايسين عند مريض يتناول السيكلوسبورين .



أقربى

-11 الصرع Epliepsy

- هو مجموعة من الاضطرابات في وظيفة الدماغ تؤدي إلى تشوش دوري في الوعي و الوظيفة الحسية و الحركية .
- عموماً ليس هناك من احتياطات كبيرة يتوجب على طبيب الأسنان اتخاذها مع مريض الصرع المضبوط بالأدوية controlled لكن يجب أن نأخذ بعين الإعتبار ان هناك عوامل أو ظروف معينة يكون المريض فيها مهياً للإصابة بنوبة صرعية ...attack من هذه العوامل:
- إيقاف الدواء لسبب ما

- بعض الأدوية او المواد تثير النوبة الصرعية Epileptogenic drugs ومنها:
الكحول Alcohol , مهدىء Lidocaine, Clorpromazine
Metronidazole مضاد حيوي, Tramadol مسكن
- التعب Fatigue والتوتر stress والجوع starvation يمكن أيضاً أن تحرض على حدوث النوبة seizures, الإنتانات –infections الدورة الشهرية menstruation –الإضاءة المهتزة flickering lights
- تبدأ النوبة بتحذير (تغير في المزاج أو صداع أو تهيج) ثم يفقد الوعي و تشنج كامل الجسم و يقع المريض على الأرض . يترافق مع الالعباب و صرير الأسنان و عض اللسان أو الشفتين .

النواحي السنوية للصرع

- التعرف على مريض الصرع و تواتر النوبات و موعد آخر نوبة و العوامل المؤهبة و درجة السيطرة على النوبة و الأدوية المستعملة .
- عند مرضى السيطرة الجيدة على النوبات بالأدوية المضادة للاختلاج تقدم لهؤلاء المرضى المعالجة السنوية الروتينية .
- عند الاستجابة الضعيفة للأدوية ينصح باستشارة الطبيب قبل المعالجة .
- قد تؤدي نوبة الصرع إلى أذيات مختلفة مثل تقرحات على اللسان أو باطن الخد أو أذيات وجهيه متعددة من جروح و كسور و كدمات .
- من اختلاطات المعالجة بالفينيتوين حدوث الضخامة اللثوية . تعالج هذه الضخامة بطريقة محافظة (عناية فموية، تقليح، مضامض فموية) و في حالات الضخامة الشديدة و المزجة للمريض تجميلياً أو من حيث المضغ أو النطق فيمكن اللجوء إلى القطع الجراحي للثة مع التأكيد دائماً على العناية الفموية .
- يمكن لبعض الأدوية المضادة للصرع أن تسبب استعداداً للنزف .
- يمكن لبعض الأدوية مثل الاريترومايسين و مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية أن تتداخل مع بعض الأدوية المضادة للصرع .
- يجب استخدام فاتح الفم mouth prop توكياً لسهولة سحب الادوات و المواد بسرعة اذا حدثت النوبة
- يفضل عدم استخدام الترميمات الخزفية porcelain بكثرة عند هؤلاء المرضى نظراً لاحتمال انكسارها او سحل الأسنان المقابلة اثناء النوبة convulsions

في حال حدوث نوبة الصرع

- يبقى المريض على كرسي الأسنان أو يوضع على الأرض بعيداً عن الأجهزة و الأثاث و يفضل بوضعية جانبية .
- الحفاظ على الطرق التنفسية مفتوحة .
- حاول اعطاء اكسجين بمعدل 10 لتر بالدقيقة
- ليس من الحكمة وضع أي شيء بين أسنان المريض .
- تستمر النوبة عدة دقائق و يعود المريض بعدها مسترخياً floppy ولكنه قد يبقى فاقد للوعي unconscious بعدها يستعيد المريض وعيه ولكنه يبقى مضطرباً confused تزول الحالة بعد 5 – 15 دقيقة أما إذا استمرت لأكثر من ذلك يجب طلب المساعدة الطبية .



12- التصلب اللويحي (MS) Sclerosis Multiple

الأفضل ألا يعالج مرضى التصلب اللويحي بوضعية الإستلقاء *supine fully* حتى لا تعيق التنفس *respiration* لديهم -يحتاج هؤلاء المرضى عادةً الى وسائل مساعدة للعناية الفموية *hygiene oral* نظراً لصعوبة حركة الاطراف العلوية *upper limbs* عند معظمهم ولذلك يفضل عدم وصف الاجهزة المتحركة *dentures partial* *removable* الضمات *clasps* التي تحتاج لبعض المهارات اليدوية *dexterity* *manual* لنزعها من الفم) غالباً ما يعاني هؤلاء المرضى من ألم في منطقة الأسنان بالرغم من عدم وجود أية أسباب تتعلق بهذه الأسنان. يمكن ان يعاني هؤلاء المرضى من انعدام رؤية فجائي *loss visual* ويمكن أن يحدث ذلك أثناء هجمة حادة للمرض *active* *episodes* وأثناء المعالجة السنية ولكن غالباً ما يعود الوضع الى طبيعته بعد فترة قصيرة -يجب العناية ببيئة العيادة السنية وتجنب الجو الحار والقلق *anxiety* والتوتر *stress* والتي من شأنها احداث الهجمة آنفة الذكر.

انتهت المحاضرة

مع تمنياتنا بالنجاح