

دندانپزشکی سالمندان

مقدمه

اپیدمیولوژی و اتیولوژی

پاتوفیزیولوژی و عوارض

تأثیرات سن بر اعضا

دیگر ملاحظات

عوارض دهانی - دندانی

منخاط دهان

دندان‌ها و پریدنشیوم

غدد بزاقی

حس چشایی و بویایی

جویدن و بلع

درد دهانی صورتی

بیماری‌های عفونی

پیشگیری و درمان عوارض دهانی در جمعیت مسن

تدابیر دندانپزشکی در بیماران مسن

ارجاع و مشاوره پزشکی

اهداف

- انتظار می‌رود پس از فراگیری مطالب این فصل قادر باشید:
- در مورد اثرات بالا رفتن سن بر دستگاه‌های بدن بحث کنید.
 - علل اهمیت بالا رفتن سن در دندانپزشکی را دسته‌بندی کنید.
 - تغییرات وابسته به سن در مخاط دهان را تشخیص دهید.
 - نحوهٔ پیشگیری و درمان اختلالات دهانی بیماران مسن را مرور کنید.
 - تدابیر دندانپزشکی را در بیماران مسن به کار برید.

واژگان کلیدی

سالخورده (Elderly): سازمان بهداشت جهانی افراد بین ۶۵ تا ۷۵ سال را به عنوان سالخورده تعریف می‌کند.

پیر (Old): سازمان بهداشت جهانی افراد بین ۷۶ تا ۹۰ سال را به عنوان پیر تعریف می‌کند.

بسیار پیر (Very Old): سازمان بهداشت جهانی افراد بالای ۹۰ سال را به عنوان بسیار پیر تعریف می‌کند.

زوال عقل (Dementia): از دست دادن توانایی فکری که با تواناییها و اعمال اجتماعی تداخل می‌کند و یک مشکل قابل توجه دوران کهنولت است.

مورد بالینی

بیمار مردی است ۶۵ ساله که جهت درمان آبسه دندان ناحیه دندان مولر اول فک پایین مراجعه نموده است. در معاینه بالینی، تورم دردناک در عمق وستیبول ناحیه دندان فوق دیده می‌شود و بیمار از درد خودبه‌خود نیز شکایت دارد. این تورم ۲ روز قبل ایجاد شده و شروع آن ناگهانی بوده است. در تاریخچه پزشکی بیمار سابقه ابتلا به سکته قلبی حدود ۱ سال پیش وجود دارد.

۱- چه سؤالات دیگری را در رابطه با مشکل سیستمیک بیمار از وی می‌پرسید؟

۲- قبل از انجام کارهای دندانپزشکی چه اقداماتی برای این بیمار لازم است؟

۳- به نظر شما چه عوارض و مشکلاتی ممکن است هنگام کار دندانپزشکی برای این بیمار به وقوع پیوندد؟

مقدمه

به طور کلی بعد از سن ۴۰ سالگی کاهش شدیدی در کنترل هموستاتیک و توانایی پاسخ به استرس و تغییرات در افراد بروز می‌کند و علاوه بر این افراد سالخورده در پاسخ به بیماری متفاوتند. در عین حال جمعیت افراد مسن سریع‌ترین رشد را در کل جمعیت دارند و بنابراین تشخیص به موقع و کنترل مشکلات افراد مسن و نیز پیشگیری از بروز حوادث احتمالی اهمیت فراوانی برای دندانپزشکان دارد.

در این فصل ابتدا در خصوص اتیولوژی و عوارض پیری و نیز عوارض دهانی ناشی از آن توضیح داده می‌شود و سپس پیشگیری و درمان عوارض دهانی و تدابیر دندانپزشکی حین کار بیان می‌گردد.

اپیدمیولوژی و اتیولوژی

جمعیت مسن در جامعه رو به افزایش است و تقریباً ۹۰ درصد افراد مسن بیماری مزمن دارند که می‌تواند در سلامت سیستمیک و دهانی آنها مؤثر باشد. شایع‌ترین بیماری‌ها در افراد مسن عبارتند از: آرتروز، هایپرتنشن، اختلال شنوایی، مشکلات قلبی، و اشکال در دید و بیشترین عوامل مرگ در آنها که ۷۵ درصد کل مرگ‌ها را تشکیل می‌دهند عبارتند از: بیماری‌های قلبی عروقی، سرطان‌ها (ریه، پستان، پروستات، کولون)، بیماری‌های مغزی عروقی، بیماری‌های ریوی. تمامی این اختلالات توانایی ایجاد بیماری‌های دهانی را در افراد مسن دارند [۱].

داروهای لیپوفیل مانند دیازپام را با کاهش شروع اثر و افزایش مدت اثر و داروهای محلول در آب مانند استامینوفن را با یک اثر آغازی تشدید شده، تحت تأثیر قرار می‌دهد.

۲- حساسیت بارورفلکسها تخریب می‌شود که در نتیجه فرد مستعد هایپوتنشن ارتوستاتیک^(۳) و صدمات جدی ناشی از آن می‌شود. از دیگر نتایج آن کاهش تنظیم حرارتی است که خطر شوک حرارتی و هایپوترمیا را افزایش می‌دهد و بنابراین داروهای همچون کلرپرومازین^(۴) و الکل باید با احتیاط مصرف شوند.

۳- فعالیت کمورسپتورهای آئورت و کاروتید کاهش می‌یابد و بنابراین داروهای که دپرشن تنفسی می‌دهند باید با احتیاط تجویز شوند.

تأثیرات سن بر اعضا

۱- قلب و عروق: در افراد پیر به علت افزایش بافت همبندی و هایپرتروفی عروقی، قلب سفت‌تر می‌شود. نیروی اولیه دیاستولیک بطن چپ کاهش یافته و نیروی انقباض عروقی افزایش می‌یابد. در نتیجه علائم احتقان ریوی ایجاد می‌شود که دیگوکسین بر آن مؤثر نبوده و حتی مضر است. به جای آن درمان شامل کنترل شدید هایپرتنشن است.

دریچه‌ها به خصوص میترا و آئورت تغییرات دژنراتیو نشان می‌دهند که فرد مسن را نسبت به فرد جوان با مشکل مشابه، به فیبریلاسیون بطنی مستعدتر می‌کند.

آریتمی در بین افراد مسن شایع است و معمولاً به ضربان‌ساز^(۵) نیاز دارند.

تاکیکاردی بطنی در افراد مسن دیده می‌شود.

اندوکاردیت نادر است و در صورت ظهور، علائم آن غیرمعمول و حتی بدون علامت است. نارسایی احتقانی قلب (CHF)^(۶) با افزایش سن، شیوع بیشتری پیدا می‌کند و پروگنوز آن ضعیف‌تر می‌باشد.

سن طبیعی می‌تواند به دو صورت باشد: بالا رفتن طبیعی سن و بالا رفتن موفق سن. بالا رفتن طبیعی سن همان سن تقویمی می‌باشد و بالا رفتن موفق سن با کیفیت زندگی افراد در ارتباط است و بنابراین عواملی از جمله ورزش، تغذیه مناسب، فعالیت اجتماعی و ترک سیگار در آن مؤثرند.

از ۵ مورد فرضیات بالا رفتن سن، ۲ مورد در اینجا توضیح داده می‌شود.

۱- بالا رفتن سن یک فرایند برنامه‌ریزی شده ژنتیکی است. نظریه دوقلوهای همسان و نیز بیماری‌هایی که باعث کوتاهی عمر می‌شوند مثل پیری زودرس^(۱) و سندرم ورنر^(۲) از این تئوری حمایت کرده‌اند.

۲- بالا رفتن سن نتیجه تجمع آزارها در سلول است و چندین متغیر دارد: سرعت متابولیسم، رادیکال‌های آزاد، اثر سمی گلوکز، موتاسیون‌های سلولی غیرجنسی و سیستم ایمنی که هر یک به درجاتی در فرآیند پیری شرکت می‌کنند.

پرسش: به نظر شما هر یک از متغیرهای فرضیه دوم چه اثری بر بالا رفتن سن دارد؟

برنامه‌ریزی ژنتیکی؛ تئوری تلومرها که ناحیه‌ای از DNA بوده و در انتهای کروموزم‌ها قرار دارند، و با هر تقسیم کوتاه می‌شوند. تعداد جفت قسمت‌های تکرار شونده، کاهش یافته، سلول ناپایدار می‌شود و توانایی همانندسازی بیشتر ندارد. این فرایند مانند ساعت بیولوژیک خودبه‌خود است، فقط سلول‌های جنسی کوتاه شدن تلومرها را نشان نمی‌دهند و قابلیت تقسیم نامحدود دارند. ژن‌های مخرب دیرتر در زندگی ظاهر می‌شوند.

پاتوفیزیولوژی و عوارض

به نظر می‌رسد تنظیم‌کننده‌های هموستاتیک با افزایش سن تحت تأثیر قرار می‌گیرند:

۱- توده عضلانی کاهش، چربی بدن افزایش و آب تمام بدن کاهش می‌یابد که اثر مهمی بر تجویز داروها دارد. برای مثال

1- progeria

۲- Werner's syndrome: پیری زودرس همراه خاکستری شدن و ریزش موها، ضخیم و سخت شدن پوست شبیه اسکرودرما در اندامهای تحتانی و زخمهای مزمن.

3- orthostatic hypotention

4- chlorpromazine

5- pace maker

6- Congestive Heart Failure

پرسش: به نظر شما ارتباط سطح آلومین با داروها چیست و در اثر پیری چه تغییری می‌کند؟

۶- غدد: تحمل گلوکز به علت تغییر مقاومت به انسولین در سلول‌های محیطی، کم می‌شود و ارتباطی با چاقی و عدم فعالیت فیزیکی ندارد.

ترشح هورمون رشد هیپوفیز کاهش می‌یابد و در نتیجه کاهش در توده‌های پراکنده بافتی دیده می‌شود. تغییرات در سیستم اندوکرین منجر به افزایش سطح انسولین، نوراپی نفرین، پاراتورمون و وازوپرسین و همچنین کاهش فعالیت رنین پلاسما، غلظت آلدوسترون، تبدیل تیروکسین به تری‌یدوتیرونین، متابولیسم تیروکسین، ترشح استروژن و اندروژن می‌شود.

پرسش: آیا عملکرد رنین و منشأ آن را می‌دانید؟

تغییرات در سطح هورمون‌ها همراه با دیگر تغییرات منجر به اختلال در گردش خارج سلولی، هموستاز سدیم، تحمل گلوکز و پاسخ به تحریک کاته کولامین‌ها می‌شود.

۷- سیستم ایمنی: تقسیم سلول‌های T کاهش می‌یابد. ایمنی همورال هم تغییر می‌کند، به این صورت که پاسخ آنتی‌بادی به آنتی‌ژن کاهش می‌یابد. در نتیجه احتمال خطر عفونت و سرطان افزایش می‌یابد.

فاکتورهای متعددی شامل هدایت معیوب سیگنال‌های میتوز، کاهش سنتز اینترکولین ۲ و حساسیت رسپتور آن، کاهش توان تیموس و هورمون‌های آن مسئول کاهش تولید سلول‌های T هستند.

۸- سیستم انعقادی: چربی افزایش یافته مغز استخوان سبب کاهش فعالیت آن می‌شود.

وقتی خونریزی قاعدگی در زنان متوقف می‌شود، توده گلبول‌های قرمز افزایش می‌یابد. به طور کلی سطح گلبول‌های قرمز در زنان افزایش می‌یابد، در مورد هموگلوبین و هماتوکریت نیز همین طور است. تست‌های آزمایشگاهی تغییری در گلبول‌های سفید و شمارش پلاکتی نشان نمی‌دهند.

۹- سیستم عصبی: حدود ۵ تا ۷ درصد کاهش وزن مغز رخ می‌دهد، جریان خون مغز کاهش عمده پیدا می‌کند. افزایش سختی عنبیه و کاهش نورون‌های حلزونی گوش اتفاق می‌افتد. نتیجه این تغییرات خطر زوال عقل، سنکوپ، گلوکوم، اختلال دید در تاریکی و نور شدید، آب مروارید، اختلال شنوایی به صداهای خالص با فرکانس بالا را افزایش می‌دهد.

شایع‌ترین مورد بیماری قلبی در افراد مسن بیماری قلبی آرترواسکلروزیس (ASHD)^(۱) است.

پرسش: فکر می‌کنید کدام یک از عوارض قلبی ناشی از سن قابل پیشگیری می‌باشد؟

۲- ریه: کاهش الاستیسیته ریه خصوصاً در افراد مسن غیرفعال رخ می‌دهد.

انقباض شریانی به علت عدم تعادل تهویه و پرفیوژن سبب کلاپس راههای هوایی می‌شود که همراه با کاهش خاصیت ارتجاعی ریه، سبب کاهش عملکرد ریه می‌گردد. توانایی پاسخ به هایپوکسی و هایپرکاپنیا^(۲) کاهش می‌یابد.

عفونت ریوی ناشی از میکروارگانیزم‌های دهانی در افراد مسن شایع می‌باشد.

۳- معده- روده: کاهش فعالیت سلول‌های پاریتال دیده می‌شود. pH معده افزایش می‌یابد. سرعت تخلیه معده و سرعت جریان خون اعضا و نیز تحرک اعضا فوقانی کاهش می‌یابد. سطح جذب کاهش می‌یابد و در نتیجه آن، کاهش در جذب داروهای خوراکی رخ می‌دهد.

۴- کلیه: کاهش در نسج کلیه به خصوص کورتکس رخ می‌دهد. گلومرول‌ها کاهش یافته و در عین حال گلومولواسکلروزیس رخ می‌دهد و نیز فیلتراسیون گلومرولی تمایل به کاهش دارد. کاهش در حفظ سدیم اتفاق می‌افتد که ناشی از کاهش سطح رنین و آلدوسترون است. پاسخ تشنگی و نوشیدن در محرومیت از آب کم می‌شود و فرد را مستعد دهیدراتاسیون می‌کند. به طور کلی صدمات کلیوی می‌تواند کلیرانس داروایی را که از کلیه دفع می‌شوند، تحت تأثیر قرار دهد.

پرسش: به نظر شما دهیدراتاسیون چه عوارضی را برای بیمار به دنبال دارد؟

۵- کبد: به طور کلی از سن ۴۰ سالگی به بعد، هر سال یک درصد از توده کبد کاسته می‌شود. جریان خون کبد ۴۰ تا ۴۵ درصد کاهش می‌یابد و در نتیجه همراه با کاهش توده کبدی عملکرد کبد کم می‌شود و فعالیت آنزیم‌های میکروزمی، سطح آلومین و جریان خون صفراوی کاهش می‌یابد.

1- Artherosclerosis Heart Disease

۲- hypercapnia: زیادی CO₂ در خون.

جدول ۱-۱۴. تغییرات وابسته به سن و نتایج آنها.

ارگان/ سیستم	تغییرات فیزیولوژیک وابسته به سن	نتایج تغییرات وابسته به سن	نتایج بیماری
عمومی	افزایش چربی	افزایش حجم داروهای محلول در چربی	چاقی
	کاهش آب بدن	کاهش حجم داروهای محلول در آب	بی‌اشتهایی
اندوکراین	کاهش تحمل گلوکز	افزایش گلوکز در پاسخ به بیماری	دیابت ملیتوس
	کاهش کلیرانس و تولید تیروکسین	کاهش دوز تیروکسین در هایپوتیروئیدیسم	اختلال عملکرد تیروئید
	افزایش ADH، کاهش رنین و آلدوسترون		کاهش Na^+ و افزایش K^+
	کاهش تستوسترون		ناتوانی جنسی
	کاهش جذب و فعالسازی Vit D	استئوپنی	استئومالاسی - شکستگی‌ها
تنفسی	کاهش الاستیسیته ریه و افزایش سختی قفسه سینه	عدم تعادل تهویه و پرفیوژن و کاهش فشار O_2	دیس پنه و هایپوکسی
قلبی - عروقی	کاهش انقباض آرتیولها	پاسخ کاهش فشار خون به افزایش ضربان قلب و کاهش حجم خون	سنکوپ
	افزایش فشار سیستولیک	کاهش برون‌ده قلبی و ضربان قلب در پاسخ به استرس	نارسایی قلب
	کاهش پاسخ بتا آدرنرژیک	عدم پاسخ صحیح فشار خون در برابر ایستادن و کاهش حجم متابولیسم تأخیر یافته بعضی داروها	سیروز
گوارشی	کاهش فعالیت کبدی	کاهش جذب کلسیم	پوکی استخوان، عدم کفایت B_{12}
	کاهش اسیدیته معده	یبوست	اختلال در دفع مدفوع
	کاهش حرکت کولون	اختلال دفع بعضی داروها	افزایش کراتینین سرم
	کاهش عملکرد ناحیه انتهایی روده	پاسخ تأخیر یافته به کاهش و افزایش نمک‌ها و مایعات، شبادراری	افزایش و کاهش سدیم
کلیوی	کاهش GFR	فراموشی خوش‌خیم	زوال عقل، توهم و هذیان
	کاهش غلظت ادرار/ رقیق‌سازی	گام برداشتن سخت	افسردگی
عصبی	آتروفی مغز	عدم تعادل	بیماری پارکینسون
	کاهش سنتز کاته کولامین‌ها		زمین خوردن
	کاهش سنتز دوپامینرژیک		اختلال عملکردی حرکتی
	کاهش رفلکس‌های تعادلی	استئوپنی	شکستگی لگن
عضلانی اسکلتی	کاهش توده عضلانی		
	کاهش دانسیته		

تأخیر می‌افتد و شکستگی‌های کوچک نیاز به زمان بیشتر برای بهبودی دارند.
در جدول ۱-۱۴ خلاصه‌ای از تغییرات مربوط به افزایش سن جمع‌آوری شده است.

۱۰- سیستم عصبی - عضلانی - اسکلتی: کاهش در توده عضلانی و عصبی رخ می‌دهد. در زنان احتمال پوکی استخوان^(۱) وجود دارد. فعالیت استئوبلاستیک کاهش یافته و در نتیجه ترمیم به

1- osteoporosis

دیگر ملاحظات

زوال عقل یا دمنشیا از دست دادن توانایی فکری است و شامل اختلال حافظه، زبان، آگاهی، حساب کردن، فکر کردن فشرده و قضاوت است. بیش از ۵۰ درصد موارد آن ناشی از آلزایمر است که غیرقابل برگشت می‌باشد. زوال عقل یک مشکل قابل توجه در افراد مسن است، بیش از $\frac{2}{3}$ افراد ناتوانی متوسط تا شدید دارند، که بر سلامت دهان و توانایی انجام خدمات درمانی در این افراد اثر می‌گذارد. مراقبت‌های دهانی و پیشگیری در درمان مشکلات دهان و دندان باید با شدت و کنترل بیشتری در این بیماران انجام شود. افسردگی در بین افراد سالخورده شایع است، اما پیری به تنهایی علت آن نیست.

کاهش عملکرد فیزیکی، اختلالات عصبی، اختلالات حسی، و کاهش فشار خون وضعیتی از عوامل خطر افتادن به زمین می‌باشند. بعضی عوامل محیطی و خارجی و داروهای متعددی که بیمار مصرف می‌کند هم در این امر مؤثرند. صدمات یکی از علل شایع مرگ افراد مسن می‌باشد.

بیماری‌های عفونی متعددی افراد مسن را تهدید می‌کند، از جمله ایدز که در افراد مسن پروگنوز بدتری هم دارد. ویروس آنفلوآنزا به علت کاهش توانایی محافظت راههای هوایی عوارض شدیدی ایجاد می‌کند. ۸۰ تا ۹۰ درصد مرگها مرتبط با آنفلوآنزا مربوط به افراد مسن است. ذات‌الریه یک بیماری جدی و کشنده در افراد مسن بوده و علائم مشابه افراد جوان ندارد.

پرسش: علائم ذات‌الریه در افراد مسن کدامند؟

از دیگر مشکلات، دیابت نوع ۲ است که در زن و مرد یکسان ظاهر می‌شود و در افراد بالای ۶۵ سال بالاترین میزان عوارض را دارد.

پرسش: آیا می‌توانید عوارض دیابت را برشمارید؟

در یک مطالعه مشخص شده است که ۷۵ درصد افراد بالای ۷۵ سال مبتلا به هایپرتنشن سیستمیک هستند. برعکس افراد جوان مبتلا به هایپرتنشن، افراد مسن مبتلا معمولاً کاهش برون‌ده قلبی، افزایش مقاومت عروق سیستمیک، باریک شدن آرتریول‌ها و سختی عروق مرکزی را نشان می‌دهند. اهداف درمانی در افراد مسن شامل حفاظت اندام‌ها از صدمات فشار خون بالا، ایسکمی و حفظ جریان خون به کلیه‌ها می‌باشد.

پرسش: علل هایپرتنشن ناشی از بالا رفتن سن کدامند؟

عوارض دهانی - دندانی

به نظر می‌رسد که سن نقش مهمی در کاهش سلامت دهان داشته باشد. خلاصه‌ای از عوارض دهانی در زیر ارائه شده است. به هر حال بیماری‌های دهان در افراد مسن مبتلا به مشکلات پزشکی، فیزیکی، رفتاری و مغزی می‌تواند درمان شود و نیاز به ملاحظات ویژه‌ای دارد.

پاتوژن‌ها نه تنها می‌توانند بیماری‌های دهانی ایجاد کنند، بلکه می‌توانند به ریه‌ها آسیب‌رسان شده و عوارض سیستمیک خطرناک (مثل پنومونی و باکتری‌می) به دنبال داشته باشند و یا می‌توانند توسط مسیرهای پیچیده ایمنولوژیک، عوارض قلبی، عروقی و مغزی حاصل کنند.

مخاط دهان

شکل بالینی مخاط دهان افراد مسن سالم با افراد جوانتر تفاوتی ندارد، اگرچه تراما، بیماری‌های مخاط، عادات دهانی و اختلالات بزاقی می‌توانند شکل بالینی و بافت‌شناسی مخاط دهان افراد مسن را تغییر دهند. تغییرات بافت‌شناسی شامل نازک شدن اپی‌تلیوم، پهن شدن رت پگها، کاهش پرولیفراسیون سلولی، کاهش الاستین و چربی زیر مخاط و افزایش بافت همبندی فیبروتیک همراه با تغییرات دژنراتیو کلاژن می‌باشد. تغییرات بالینی می‌تواند با سطح مخاطی نرم و نازک و خشک، فقدان خاصیت ارتجاعی و نمای پوست پرتقالی لثه همراه باشد که عوارضی چون آسیب‌پذیری نسبت به تراما و عفونت را به دنبال دارد.

ایمنی مخاط دهان در ارتباط با سن تغییر می‌کند و ترمیم زخم‌ها به تأخیر می‌افتد. به هر حال، تأثیر مخرب سن بر تظاهرات و عمل مخاط دهان هنوز شناخته شده نیست، اما بیماری‌های مخاط دهان از ناراحتی‌های معمول افراد مسن و بسیار شایع است. بسیاری از افراد مسن مبتلا به ضایعات پیگمانته (واریس و ماکول ملانوتیک)، ضایعات خوش‌خیم بافت نرم (فیروما و گرانول‌های فوردایس) و بافت سخت (اکزوستوزها) هستند. زبان ممکن است

سرطان‌های سایر نقاط بدن هم می‌توانند به حفره دهان متاستاز دهند. از دیگر ضایعات، لکوپلاکیا را می‌توان نام برد که یک ضایعه پیش سرطانی است و با افزایش سن می‌تواند به بدخیمی تبدیل شود.

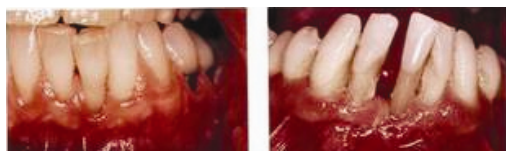
محل‌های شایع بدخیمی مخاط دهان در افراد مسن به ترتیب عبارتند از: زبان، لب‌ها، مخاط باکال، کف دهان و خلف اوروفارنکس. عوامل خطر، افزایش سن، الکل و تنباکو هستند. حدود ۹۰ درصد بدخیمی‌های حفره دهان را کارسینوم سلول سنگفرشی (SCC)^(۱) تشکیل می‌دهد و ۱۰ درصد بقیه، سرطان‌های غدد بزاقی، استخوان و لنفوئید و غیره می‌باشند.

دندان‌ها و پریدنشیوم

تغییرات ظاهری شامل تغییر رنگ (رنگ زرد مایل به قهوه‌ای)، کاهش مینا در نتیجه انواع سایش^(۲) (که اگر شدید باشد سبب ظاهر شدن عاج می‌شود) است (شکل ۲-۱۴). عاج اسکروتیک در پاسخ به تحریکات ساخته می‌شود. ضخامت سمان و فضای پالپ کاهش می‌یابد. این تغییرات ناشی از سن، حساسیت دندان و حس درد را کاهش داده و منجر به پاسخ‌های کاذب تست‌های حساسیت پالپ و عدم نیاز به بی‌حسی موضعی می‌شوند.



شکل ۲-۱۴. عاج اکسپوز شده ناشی از سایش دندان‌ها.



شکل ۳-۱۴. تحلیل لثه و اکسپوز سمان سطح ریشه.

شیاردار، باردار و بزرگ باشد، به ویژه در افراد بی‌دندان و یا صاف و برهنه باشد که بر اختلالات خونی و تغذیه‌ای دلالت دارد.

بیماری‌های وزیکولوبولوز و زخم‌های متنوعی در افراد مسن دیده می‌شود که علل متعددی دارند. بعضی در اثر ترامای موضعی مثل دنچر نامناسب ایجاد می‌شوند (اپولیس فیشوراتوم، هایپرپلازی پاپیلری و استوماتیت) (شکل ۱-۱۴).

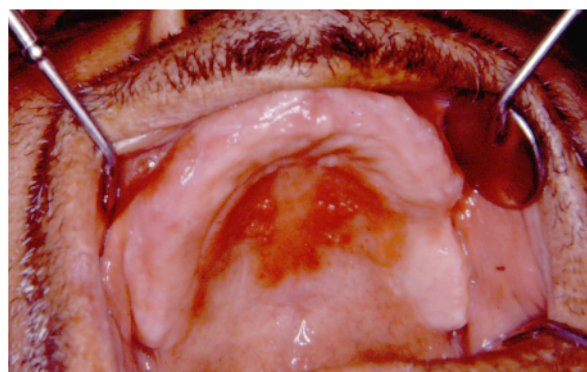
بعضی دیگر ناشی از بیماری‌های پوستی مخاطی مثل لیکن پلان، پمفیگوس ولگاریس، پمفیگوئید سیکاتریکال هستند. در بین این‌ها لیکن پلان شایع‌تر است که یک بیماری اتوایمیون می‌باشد حدود ۳۵ درصد افراد مبتلا مسن هستند. واکنش‌های لیکنوئید ناشی از داروها هم می‌توانند مخاط را درگیر کنند.

پرسش: آیا می‌توانید چند مورد از داروهایی که واکنش لیکنوئید ایجاد می‌کنند نام ببرید؟

آفت دهانی راجعه در افراد مسن کمتر شایع است، اگرچه نقص خونی و تغذیه‌ای می‌تواند از عوامل مستعد کننده برای آن در سنین بالا باشد.

پرسش: از دیگر علل مستعد کننده آفت چند مورد را می‌توانید نام ببرید؟

اریتم مولتی فرم واقعه غیرشایع در افراد مسن است، هر چند می‌تواند در حضور اختلال ایمنی بروز نماید. **سرطان‌های دهان جدی‌ترین بیماری مخاط دهان در افراد مسن است و شیوع آن با افزایش سن به طور چشمگیری افزایش می‌یابد و با گسترش موضعی یا متاستاتیک سبب مرگ می‌شود، پرتودرمانی برای کنترل آن عوارض بسیاری برای مخاط دهان به دنبال دارد.**



شکل ۱-۱۴. دنچر استوماتیت یا کاندیدوزیس مزمن اریتماتوز همراه با هایپرپلازی پاپیلری کام.

1- Squamous Cell Carcinoma
2- erosion-abrasion- attrition

پاکت‌های عمیق، ملاقات‌های دندانپزشکی نامنظم، دخانیات و فشارهای روانی منجر به صدمات پریدنتال شدید در افراد مسن می‌شوند. اما به طور کلی عدهٔ بیماران مسنی که از اختلالات شدید پریدنتال رنج می‌برند محدود است و بر عکس **ژنژیویت** یک یافتهٔ معمول در افراد مسن است. بیماری‌های وزیکولوبولوز هم می‌توانند ژنژیویت دسکواماتیو ایجاد کنند.

پرسش: شایع‌ترین و مهم‌ترین علت از دست دادن دندان‌ها در افراد مسن کدام است؟

غدد بزاقی

بزاق نقش اساسی در حفظ سلامت دهان دارد و کاهش آن منجر به پوسیدگی، عفونت، اختلالات حسی، اختلال در تکلم، کاهش جذب مواد غذایی، اشکال در بلع و ثبات دنچر می‌شود (شکل ۴-۱۴).

با افزایش سن جریان بزاق کاهش نمی‌یابد، بلکه تغییراتی شامل افزایش بافت همبند و رسوب چربی و کاهش سلول‌های ترشحی در بافت غدد بزاقی ایجاد می‌شود. اختلالات غدد بزاقی و عملکرد آنها، با مصرف داروهایی مانند آنتی‌کولینرژیک و یا بیماری‌های سیستمیک مثل دیابت و پرتودرمانی تشدید می‌شود. انسداد مجاری و عفونت‌های حاد و مزمن باکتریایی هم می‌توانند از علل اختلال عملکرد غدد بزاقی باشند.

سندرم شوگرن که یک اختلال اتوایمیون است روی غدد برون‌ریز مثل غدد بزاقی و اشکی اثر می‌کند. آلزایمر، دیابت و دهیدراتاسیون هم سبب کم‌کاری این غدد می‌شوند. به هر حال از معمول‌ترین شکایات افراد مسن، **زروستومیا^(۱)** یا خشکی دهان می‌باشد.

پرسش: آیا می‌توانید لیستی از داروهایی که سبب زروستومیا می‌شوند، تهیه کنید؟

حس چشایی و بویایی

عملکرد حس چشایی در افراد مسن سالم تغییر کمی می‌کند، اما حس بویایی تغییرات قابل توجهی را نشان می‌دهد. با این

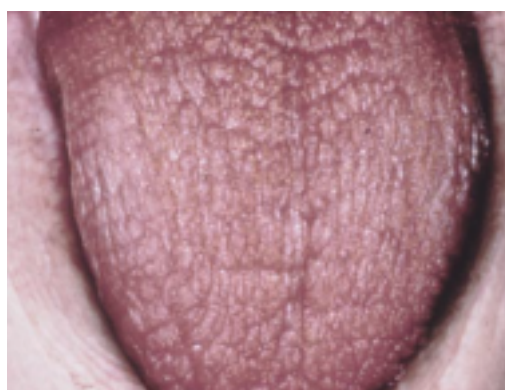
پوسیدگی‌های تاج و ریشه شایع بوده و دندان‌ها مستعد پوسیدگی‌های جدید و راجعه هستند. پوسیدگی‌های سرویکالی و سطح ریشه ناشی از تحلیل لثه به وفور دیده می‌شوند (شکل ۳-۱۴). افراد در هر سنی مستعد تشکیل و گسترش پلاک دندان‌ها هستند، اما به علت تحلیل لثه، کاهش عملکرد بزاقی، اختلال در عملکرد حرکتی و بهداشت ضعیف، تشکیل پلاک در افراد مسن سریع‌تر از افراد جوان است. با پیشرفت پوسیدگی‌ها خطر از دست دادن دندان، آبسه، سلولیت و باکتری می‌یابد.

به طور خلاصه، معمول‌ترین تغییرات وابسته به سن در افراد مسن سایش سطح اکلوزال، تحلیل پالپ، فیروز و کاهش سلول‌هاست. به دنبال سایش ارتفاع عمودی صورت کاهش می‌یابد. بی‌دندانی از ناراحتی‌های معمول در افراد مسن است.

تغییرات ایمنی ناشی از سن می‌تواند به بافت‌های پریدنتال با تحت تأثیر قرار دادن پاسخ به درمان‌ها و پاسخ میزبان به ارگانیزم‌های پلاک دندان، صدمه بزند.

شرایط سیستمیک و دارویی در افراد مسن هم با اختلالات پریدنتال در ارتباط است، مثل استئوپروز بعد از یائسگی در زنان مسن و دیابت. بعضی داروها مثل بلاکرها، کانال کلسیم، داروهای ضدصرع، فنی‌توئین، ایمنوساپرسورها (مثل سیکلوسپورین) سبب افزایش حجم لثه می‌شوند.

دیابت ششمین علت مرگ افراد مسن و پنجمین اختلال معمول پزشکی است.



شکل ۴-۱۴. خشکی مخاط دهان از جمله زبان که در نتیجهٔ نقص عملکرد غدد بزاقی.

1- xerostomia

درد دهانی صورتی

تنها علت دردهای دهانی صورتی افزایش سن نیست و مشکلات دهانی، سیستمیک، روانی و رفتاری به میزان بیشتری مؤثرند.

ضددردها، TCA ها و گاهی استروئیدها هستند.

این دردها چه مزمن و چه حاد از مشکلات بارز در افراد مسن است. تشخیص درد در افراد مسن به دلیل کاهش حساسیت افراد مسن به تحریکات دردزا با اشکال مواجه می‌شود، به ویژه در بیمارانی که نمی‌توانند به سؤالات به درستی پاسخ دهند و یا بیمارانی که از درد خود آگاه نیستند. شایع‌ترین درد در دهان و صورت، دندان‌ها و بافت‌های پرپودنتال را درگیر می‌کند، اگرچه درد نوروپاتیک ناشی از صدمه به عصب هم افراد سالخورده را تحت تأثیر قرار می‌دهد. اختلالات درد داخل دهانی، مخاط دهان (نئوپلازی، عفونت)، استخوان (صدمات و عفونت)، دندان (پوسیدگی و حساسیت ریشه)، پرپودنشیوم (آبسه) را دربرمی‌گیرد. اختلالات درد خارج دهانی (به جز سردرد) شامل اختلالات TMJ و عضلات جونده، نورالژی و درد صورتی غیرعادی است.

بیماریهای عفونی

افراد مسن به علت افزایش سن و بیماری‌های وابسته به آن و کاهش ایمنی، بیشتر مستعد گسترش عفونت‌های دهانی فرصت طلب هستند. اغلب عفونت‌های ویروسی از دسته HSV و VZV هستند.

عفونت قارچی کاندیدا در افراد مسن شایع است. در مطالعه آقای گریمود^(۱) و همکارانش گزارش شد که ۶۷ درصد بیماران مسن مبتلا به کاندیدا آلیکنز بودند [۲]. پروتزه‌های متحرک، بهداشت ضعیف، اختلالات اندوکرینی از جمله دیابت، ضعف ایمنی، کمبودهای تغذیه‌ای، نقص در غدد بزاقی و بعضی داروها (آنتی‌بیوتیک‌ها، کورتیکواستروئیدها، ایمنوساپرسورها و عوامل توکسیک) علل عفونت‌های کاندیدایی هستند. البته در مطالعه آقای گریمود و همکارانش عفونت کاندیدا هیچ ارتباط آماری واضحی با استفاده از پروتز نداشته است.

وجود داروها، شیمی‌درمانی و پرتودرمانی، تراما، جراحی و حوادث عصبی می‌توانند سبب تغییر در مزه و طعم غذاها شود. اگرچه سن بالا، باعث تغییرات قطعی تمامی حواس شیمیایی می‌شود، ولی به طور قوی‌تری این تغییرات به عملکرد بویایی ربط داده شده است. سوء تغذیه از عوارض این اختلالات است.

فقدان ناگهانی هر ۲ حس می‌تواند نشانه تومور مغزی باشد و نیازمند روش‌های چند جانبه برای تشخیص و درمان علت اصلی اختلال است.

اختلالاتی که حس بویایی را تحت تأثیر قرار می‌دهند عبارتند از: بیماری‌های سینوس و راه هوایی، ضربه سر، بیماری‌های سیستمیک متعدد، اختلالات ناشی از داروها.

اختلالاتی که حس چشایی را تحت تأثیر قرار می‌دهند عبارتند از: عفونت‌های قارچی، کاهش عملکرد غدد بزاقی، ژنوبیت، بوی بد دهان، گالوانیسم، پروتزه‌های لث، آبسه‌های دنتوآلوئولر، اختلالات سیستمیک، داروها، شیمی‌درمانی و پرتودرمانی، اختلالات نورولوژیک مثل آلزایمر، پارکینسون و مالتیپل اسکلروزیس، دیابت، عفونت دستگاه تنفسی فوقانی و عوارض معدی روده‌ای.

جویدن و بلع

غالباً گزارش شده است که اختلالات حرکتی دهان در افراد پیر با تغییر در توانایی جویدن در ارتباط است و حتی افراد مسن با دندان‌های طبیعی کامل هم قدرت جویدن کافی ندارند.

فاز دهانی بلع نیازمند هماهنگی بین سیستم عصبی عضلانی، مخاط و بزاق کافی می‌باشد. اختلال هر یک از آنها می‌تواند به این فاز صدمه زده و جذب غذایی را کاهش دهد. گزارش شده است که سن بالا اثر کمی بر بلع دارد، اما اختلالات دهانی و سیستمیک متعددی اثر نامطلوب داشته و افراد مسن را در معرض اسپیراسیون و خفگی (جدی‌ترین عارضه دیسفاژی) قرار می‌دهند. ضعف زبان هم به این عارضه خطرناک کمک می‌کند. به هر حال عده بسیاری از افراد مسن از اختلالات بلع شکایت دارند و مهم‌ترین علل آن عبارتند از: بیماری‌های مغزی عروقی و عصبی (مانند پارکینسون، آلزایمر و مالتیپل اسکلروزیس)، سرطان‌ها و عوارض ناشی از درمان آنها، بیماری‌های سیستمیک (مانند دیابت و آرتریت) و داروهای کاهنده بزاق.

می‌کاهد. برای بیماران با اختلالات حرکتی، معاینات منظم، استفاده از دهانشویه‌ها و مسواک برقی پیشنهاد می‌شود.

۴- مشکلات پریدنتالی: بهداشت دهانی دقیق و روش‌های جرم‌گیری و صاف کردن سطح ریشه از راه‌های پیشگیری از بیماری‌های پریدنتال است. درمان ضدمیکروبی سیستمیک (مترونیدازول، تتراسایکلین و کلیندامایسین) در صورت مشورت با پزشک و عدم تداخل دارویی، نیز در درمان مؤثر است. سن بالا مانعی برای جراحی پریدنتال نیست، اما وضعیت سیستمیک بیمار باید به دقت بررسی شود.

۵- مشکلات غدد بزاقی: نیازمند تشخیص و درمان به موقع برای جلوگیری از عوارض طولانی مدت دهانی و حلقی است. غفونت‌های غدد بزاقی باید با درمان سیستمیک کوآموکسی کلاو و یا کلیندامایسین در صورت حساسیت به پنی‌سیلین کنترل شوند. انسداد مجاری باید تشخیص داده شده و برطرف شوند. بیماری‌های سیستمیک مثل شوگرن بایستی کنترل شده و داروهای عامل خشکی دهان با مشورت پزشک با داروی دیگری جایگزین شوند و دوز آنها کاهش یابد. در مورد سرطان‌ها که پرتودرمانی سر و گردن انجام می‌شود، روش‌های نگهدارنده غده پارتوئید سمت مقابل مؤثرند. رعایت دقیق بهداشت ضروری است.

بیماران با کاهش عملکرد غدد بزاقی که مقداری پارانشیم غده بزاقی زنده دارند، به محرک‌های غدد بزاقی شامل شکلات‌های بدون شکر، نعنا، آدامس، نوشیدنی‌های بدون قند، سومالین هیدروکلراید^(۱) (۳۰ mg/ dlit) و پیلوکارپین (۵ تا ۷/۵ میلی‌گرم، ۳ بار در روز) پاسخ خواهند داد.

پرسش: راه‌های تشخیص انسداد مجاری غدد بزاقی کدامند؟

۶- اختلال در حس چشایی و بویایی: قدم اول تعیین علت آن و سپس درمان و حذف یا کنترل آن می‌باشد. مشکل اساسی که برای بیمار ایجاد می‌شود سوء تغذیه است و بیمار باید برای جلوگیری از اختلالات تغذیه‌ای و دهیدراتاسیون مورد مشاوره تغذیه‌ای قرار گیرد. طعم دهنده‌های غذا و غذا خوردن در جمع می‌تواند مشکلات را کاهش دهد.

۷- اختلال در جویدن و بلع: از عوارض آن سوء تغذیه و دهیدراتاسیون است. بنابراین درمان آن ضروری است. رفع

باکتری‌های عامل عفونت‌های معمول در دهان، باعث پوسیدگی، بیماری‌های پریدنتال و عفونت‌های حاد و مزمن غدد بزاقی می‌شوند.

استرپتوکک موتانس و لاکتوباسیل عامل پوسیدگی، پروفیرومونس جینجیوالیس و تروپونما دنتیکولا عامل بیماری‌های پریدنتال و استافیلوکوک اورئوس و استرپتوکک ویریدانس عامل عفونت‌های غدد بزاقی می‌باشند.

پیشگیری و درمان عوارض دهانی در جمعیت مسن

۱- بیماری‌های مخاط دهان: به جدول ۲-۱۴ مراجعه کنید. حذف عوامل خطر شامل الکل و تنباکو شروع پیشگیری از سرطان‌هاست. معاینات منظم و تشخیص زودرس ضایعات، پیش‌آگهی را بهبود می‌بخشد.

درمان ضایعات تراماتیک با حذف عامل آن مثل پروتز نامناسب آغاز می‌شود. برای جلوگیری از عفونت‌های ثانویه در افراد دچار ضعف ایمنی، آنتی‌بیوتیک‌ها مؤثرند. مسکن‌های موضعی هم در کنترل درد کاربرد مناسبی دارند.

درمان بیماری‌های وزیکولوبولوز به شدت و وخامت بیماری بستگی دارد و شامل دهانشویه‌ها و استروئیدتراپی می‌باشد.

۲- بیماری‌های عفونی: جلوگیری از انتشار عفونت‌های ویروسی با ایزوله کردن افراد مبتلا به بیماری‌های فعال انجام می‌گیرد. ضایعات هرپتیک و واریسلا زوستر خود محدود شونده هستند و بایستی اقدامات حفاظتی برای جذب آب و غذای کافی و کاهش درد صورت گیرد، تشخیص زودرس گسترش بیماری را کاهش می‌دهد.

برای جلوگیری از عفونت کانیدیدا رعایت دقیق بهداشت دهان و پروتز، استفاده صحیح و به موقع از ضدقارچ‌ها و حذف عوامل مستعد کننده ضروری است.

پرسش: درمان ضایعات قارچی پایدار چیست؟

۳- مشکلات دندانی: اصول حفظ دندانها، رعایت دقیق بهداشت و معاینات منظم می‌باشند. تشخیص به موقع و سریع اختلال عملکرد غدد بزاقی از احتمال صدمه رسیدن به دندان‌ها

فصل چهاردهم - دندانپزشکی سالمندان ■ ۳۰۳

سالمندان باشد. بهترین راه رسیدن به این هدف رعایت بهداشت دهان و معاینات منظم است.

در موارد استفاده از پروتژها باید دقت شود که پروتز دقیق ساخته شود تا از عوارض جلوگیری شود.

ایمپلنت‌ها در صورتی که مورد آن به دقت انتخاب شود می‌توانند مؤثر باشند، موارد عدم تجویز ایمپلنت‌ها عبارتند از: ۱- بیماران مبتلا به بیماری‌های سیستمیک مثل استئوپروز و نقص ایمنی، ۲- افراد مبتلا به آتروفی شدید ریج دندانی.

۹- درد: بیماران مسن مبتلا به نورالژی پست هرپتیک نیازمند درمان هستند.

مشکلات دندانی و پرپودنتالی و ساختن دنچرهای مناسب ضروری است. اختلالات غدد بزاقی باید برطرف شوند. به بیمار توصیه می‌شود که لقمه غذایی بزرگ و یا مایعات با حجم زیاد نخورد و بلع را با دقت انجام دهد تا احتمال خفگی برطرف شود.

۸- بی‌دندانی: آنچه مسلم است هیچ عضو مصنوعی نمی‌تواند جانشین کامل و بی‌نقص برای اعضای طبیعی بدن باشد. لذا پیشگیری از بی‌دندانی، سعی در حفظ دندان‌ها در هر سنی ضروری می‌باشد و بنابراین جلوگیری از پیشرفت پوسیدگی‌ها و بیماری‌های پرپودنتال باید از اهداف مورد نظر دندانپزشکی

جدول ۲-۱۴. پیشگیری و کنترل بیماری‌های مخاط دهان در افراد مسن.

بیماری	پیشگیری	درمان
سرطان دهان	حذف عوامل خطر اطمینان از تشخیص زودرس	جراحی، شیمی‌درمانی، پرتودرمانی
ضایعات تروماتیک	حذف فاکتورهای زمینه‌ای	دهانشویه‌ها - ویسکوزلیدوکائین هیدروکلراید ۲ درصد ^(۱) - شربت دیفن هیدرامین ۱۲/۵ mg / ۵ ml - دیکلوناين هیدروکلراید ^(۲) داروهای سیستمیک - قرص پنی‌سیلین ۵۰۰ میلی‌گرم - قرص آموکسی‌سیلین ۵۰۰ میلی‌گرم - قرص اریترومايسين ۲۵۰ میلی‌گرم داروهای موضعی - ژل فلوسینوناید ۰/۵ درصد ^(۳) - ژل تریامسینولون استوناید ۰/۱ درصد ^(۴) - ژل کلوتنازول پروپیونات ۰/۰۵ درصد ^(۵) دهانشویه‌ها - شربت دکزامتازون ۰/۵ mg / ۵ ml - دیفن‌هیدرامین ۱۲/۵ mg / ۵ ml - دیکلوناين هیدروکلراید ۱ درصد داروهای سیستمیک: - پردنیزولون - آزاتیوپرین ^(۶) - مصرف مایعات و الکترولیت‌ها
بیماری‌های وزیکولوبولوز و آروزو دهانی	دوری از حساسیت دارویی و تراما و آلرژی	

1- viscous lidocaine HCl 2%

3- fluocinonide 0.5%

5- clobetasol propionate 0.05%

2- dyclonine HCL

4- triamcinolone acetone 0.1%

6- azathioprine

تدابیر دندانپزشکی در بیماران مسن

مهم‌ترین اقدام، تهیه یک تاریخچه کامل از بیماران در هر زمان که ممکن است می‌باشد. تاریخچه به طور شفاهی تکمیل می‌شود و اگر بیمار کارکرد ناقص دارد می‌توان از بستگان وی کمک گرفت. هر درمانی که بیمار دریافت می‌کند، داروهای بدون نسخه یا با نسخه باید مشخص شود، تا دندانپزشک از تجویز داروهایی که تداخل ایجاد می‌کنند، اجتناب کند و زمانی که علائم اوردوز^(۱) یا تداخل دارویی دیده می‌شود، بایستی سریعاً با پزشک وی در میان گذاشته شود. بیمارانی که ظرف ۱ سال گذشته به پزشک مراجعه نکرده‌اند، باید به پزشک ارجاع شوند (جدول ۳-۱۴).

پس از تاریخچه، نوبت به معاینه بالینی می‌رسد که در افراد مسن مشکل‌تر است. به عنوان مثال آرتریت TMJ، سرطان سر و گردن، جراحی و رادیاسیون، بیماری‌های عصبی چون پارکینسون و آلزایمر، اختلالات عصبی عضلانی و اثرات جانبی داروهای آنتی‌سایکوز سبب ناتوانی در باز کردن دهان می‌شوند و همکاری بیمار و توانایی وی در حفظ موقعیت سر را از بین می‌برند و بنابراین بیماران مسن نیازمند صرف وقت بیشتر و استفاده از داروهای سداتیو^(۲) هستند. دندانپزشک باید با صدای بلند و جملات کوتاه با بیمار صحبت کند. به هر حال در بعضی از بیماران نمی‌توان از روش‌های پیچیده معاینه استفاده نمود.

توصیه شده که دندانپزشکان باید اطلاعات بیشتری برای طرح درمان و روش‌های حمایت پیشرفته برای بیماران مسن مبتلا به آلزایمر خفیف تا متوسط کسب کنند [۳].

معاینه بالینی باید شامل قسمت‌های پوشیده نشده پوست دست‌ها و پاها، گردن، صورت و بافت نرم داخل دهانی برای نشانه‌های بدخیمی باشد. SCC و BCC ضایعات معمولی هستند که در افراد مسن یافت می‌شوند و SCC در حفره دهان افراد مسن شایع‌تر است. سوربازیس و سبوریک کراتوزیس از اختلالات پوستی شایع در افراد مسن می‌باشند. فشار خون باید در تمام بیماران مسن اندازه‌گیری شود. بالاترین حد فشار خون نرمال سیستولیک ۱۴۰ mmHg و دیاستولیک ۹۰ mmHg است.

ضایعات پورپورای سنی روی صورت، پاها و دست‌های بسیاری از افراد مسن دیده می‌شود، اما به مشکل خونی زمینه‌ای ارتباطی ندارد، بلکه ناشی از کاهش محتوی چربی بافت زیرپوستی و تغییرات در بافت همبند است که اجازه افزایش حرکت می‌دهد. افزایش حرکت پوست تولید نیرویی می‌کند که رگ‌های کوچک را پاره می‌کند. نشت خون ۱ تا ۳ هفته طول می‌کشد تا از پوست پاک شود. این ضایعات در زنان شایع‌ترند.

ضایعات دهانی را در بیماران با پمفیگوس، پمفیگوئید، لیکن پلان، لوپوس اریتماتوز، اریتم مولتی فرم، لوسمی، نوتروپنی، آنمی، تومورهای غدد بزاقی، سرطانها و بسیاری شرایط دیگر می‌توان یافت که نیازمند آزمایش، بیوپسی و تشخیص دقیق است. نیازهای بیماران مسن متعدد و متفاوت است. طبق مطالعه مرسل^(۳)، ۶۵/۳ درصد از بیماران مسن به مراقبت‌های ویژه مستقیم بهداشت دهان نیاز دارند و تنها ۱۶/۴ درصد آنها می‌توانند در حفظ بهداشت دهان مشارکت کنند و عده کمی (۶/۶ درصد) نیازمند پروتز هستند (۴).

نکاتی که باید در کنترل بیماران مسن در نظر داشت شامل موارد زیر است:

- اختلالات فیزیکی و عصبی در افراد مسن می‌تواند با رعایت دقیق بهداشت تداخل کند و بنابراین باید از روش‌های کمکی مثل دهانشویه‌ها و ... و کمک بستگان استفاده کرد.
- خشکی دهان عموماً یک مشکل عمده در افراد مسن است و باید علت آن مشخص و درمان شود.
- نکته بسیار مهم تجویز داروهاست. باید از تجویز داروهای متعدد خودداری کرد.
- بیهوشی عمومی نباید در مطب انجام شود. بی‌حسی موضعی آمیدی باید با احتیاط مصرف شود و نباید در افراد با مشکلات کبدی و قلبی عروقی بیش از ۲ کارپول لیدوکائین ۲۰ درصد با اپی‌نفرین ۱/۱۰۰۰ در هر ملاقات تجویز کرد.
- بی‌حسی با نیتروز اکساید می‌تواند استفاده شود، به شرطی که اکسیژن کافی در دسترس بوده و بیمار همراهی برای بازگشت به خانه داشته باشد.

1- over dose
2- sedative drugs

جدول ۳-۱۴. وضعیت سیستمیک و مشکلاتی که نیازمند ملاحظات خاص دندانپزشکی هستند.

وضعیت	مشکلات	ملاحظات
فراموشی و ناتوانی فیزیکی در مراحل پیشرفته اشکال در دید	اشکال در دنبال کردن مسیرها، نشستن طولانی	ممکن است نیازمند پیش درمانی باشند. قرار ملاقات‌ها کوتاه باشند. مراقبت‌های خاص در منزل ارائه شوند.
بیمارانی که درمان‌های متعدد دریافت می‌کنند.	ناتوانی در تکمیل پرسشنامه سلامتی	کمک از بستگان یا تهیه پرسشنامه شفاهی
بیمارانی که شکایتی ندارند:	احتمال آوردوز، تداخل دارویی، مشکلات بالقوه در رابطه با درمان دندانپزشکی	ارجاع بیمارانی که داروهای با اثر سمی یا تداخلی مصرف می‌کنند، مشاوره برای استفاده از حداقل دوز مؤثر برای اعمال دندانپزشکی و ممانعت از تداخل دارویی
بیماران مبتلا به هایپرتنشن که دارو نمی‌گیرند.	افزایش فشار خون، احتمال سکته، آنژین صدری و انفارکتوس میوکارد	ارجاع بیمار، انتخاب دارو بدون عوارض جانبی برای بیمار
بیماران با علائم و نشانه‌های بیماری سیستمیک مثل لوسمی، هایپرتنشن، بیماری کلیوی و بیماری کبدی	ممکن است بیمار در معرض عفونت، خونریزی و یا مشکلات قلبی - عروقی باشد	ارجاع به پزشک برای تشخیص و درمان
بیماران با اختلالات انعقادی ناشی از داروهای ضدانعقاد، شیمی‌درمانی، سیروز کبدی و یا بیماری کلیوی	افزایش یا کاهش ناگهانی فشار خون ممکن است مشکلات قلبی پیچیده ایجاد کند.	کنترل فشار خون و ضربان نبض بیمار حین عمل، هر ۱۰ تا ۱۵ دقیقه فشار خون کنترل مجدد شود، از پالس اکسیمتر می‌توان برای کنترل نبض استفاده کرد.
بیماران با سابقه اندوکاردیت، دریچه مصنوعی، بیماری‌های مادرزادی قلب، جراحی قلب باز به تازگی یا بیماری‌های قلبی که تازه متوجه آنها شده است.	عمل جراحی می‌تواند منجر به خونریزی فراوان شود.	مشاوره با پزشک بیمار (جراحی زمانی باید انجام شود که INR کمتر از ۳/۵ و یا PT کمتر از ۲/۵ برابر نرمال باشند) برای تغییر یا قطع دارو به مدت ۳ تا ۵ روز قبل از عمل، جراحی کوتاه مدت، استفاده از روش‌های کنترل خونریزی موضعی.
بیماران با ضعف ایمنی ناشی از سیروز الکلی، شیمی‌درمانی، دیابت، دارودرمانی، پیوند اعضا، بیماری کلیه	احتمال اندوکاردیت باکتریال در صورت اعمال دندانپزشکی نظیر کشیدن دندان، جراحی، جرم‌گیری و ایمپلنت	پروفیلاکسی آنتی‌بیوتیک
مفصل مصنوعی به علت صدمات، استئوپروز، آرتريت روماتوئید	احتمال عفونت میکروبیال	دارودرمانی ضد میکروبی مناسب
پرتودرمانی سر و گردن	افزایش ریسک عفونت مفصل مصنوعی	پروفیلاکسی ضد میکروبی مناسب
بیمارانی که استروئید درمانی می‌شوند (بیماری اتوایمیون یا پیوند اعضا)	اختلال عملکرد غدد بزاقی، موکوزیت، استئورادیونکروز، افزایش خطر پوسیدگی، دیسفاژی، مشکل در جویدن، عفونت و کاهش گیر دنج	استفاده منظم از فلوراید، مکمل‌های بزاق و محرک‌های تولید بزاق، رعایت دقیق بهداشت و پیگیری و معاینات منظم
بیمارانی که داروهای کاهنده فشار خون، ضداسفردگی و دیگر داروهای عامل خشکی دهان مصرف می‌کنند.	احتمال عفونت، افزایش احتمال خطر نارسایی آدرنال	رژیم دارویی ضد میکروبی مناسب، استروئیدتراپی مکمل
	احتمال پوسیدگی و بیماری‌های پریدونتال، بیماری‌های قارچی و موکوزیت افزایش می‌یابد.	مشاوره پزشکی برای تغییر دارو، استفاده از فلوراید موضعی، بهداشت مؤثر و دقیق، استفاده از مکمل‌ها و محرک‌های بزاقی

بتواند بیمار را پیگیری و معاینه مداوم کند. باید روش‌های کاهش استرس را به کار برد.

۶- ملاقات‌ها باید کوتاه باشد. بهترین زمان اواسط روز و اوایل بعد از ظهر است. زمان اول هفته بهتر است تا دندانپزشک

پرسش: چرا ملاقات‌ها در اواسط روز بهتر است و چرا در صبح یا اواخر عصر قرار ملاقات گذاشته نمی‌شود؟
 ۷- داروها و تداخلات دارویی باید به خوبی شناخته شوند.
پرسش: عوارض داروهای ضدانعقاد و داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی کدامند؟
پرسش: بیمارانی که داروهای کاهنده فشار خون مصرف می‌کنند نیازمند چه تدابیری هستند؟

۸- موقعیت بیمار با بیماری سیستمیک باید راحت باشد، در بعضی بیماری‌ها مثل CHF و COPD بیمار نمی‌تواند در حالت خوابیده قرار گیرد.
 ۹- بیمارانی که نیاز به پروفیلاکسی آنتی‌بیوتیک دارند باید مشخص شوند و در صورت مشاهده هرگونه ضعف، تهوع، تب و گیجی با پزشک تماس گرفته شود. اگر عفونت‌های پس از عمل در این افراد ادامه یافت باید با درمان موضعی و سیستمیک کنترل و مهار شوند.

ارجاع و مشاوره پزشکی

در موارد زیر مشاوره و ارجاع ضروری است:

- ۱- همهٔ بیماران با بیماری‌های پیشرفته اعضا مانند کبد، کلیه، ریه و قلب که در معرض خطر برای کارهای دندانپزشکی تهاجمی و طولانی هستند، باید به منظور تعیین وضعیت بیمار، داروهایی که مصرف می‌کنند و روش‌های مخصوص درمان دندانپزشکی، مورد مشاوره قرار گیرند.
- ۲- بیماران با علایم و عوارض بیماری‌های سیستمیک درمان نشده، باید به پزشک ارجاع شوند.
- ۳- پزشک باید داروهایی را که بیمار مصرف می‌کند مرور کند، اگر بیمار بیش از ۱ سال است که به پزشک مراجعه نکرده است، باید ارجاع شود.
- ۴- در مورد بیمارانی که داروهای ضدانعقاد مصرف می‌کنند، باید با پزشک در رابطه با امکان قطع دارو در ۳ تا ۵ روز قبل از عمل مشورت کرد.
- ۵- بیماران با سرطان‌های دهان یا عوارض ناشی از آن یا ناشی از درمان آن باید مورد مشاوره قرار گیرند.

۶- وقتی ضایعات دهانی دیده می‌شوند و دندانپزشک از تشخیص قطعی ناتوان است، باید بیمار را به متخصصین بیماری‌های دهان یا جراح فک و صورت و یا متخصص پاتولوژی ارجاع دهد.
 ۷- افراد مسن با فشار خون بالاتر از نرمال نیازمند مشاوره هستند.

هر بیمار با فشار دیاستولیک اولیه بالاتر از ۱۱۰ mmHg باید ارجاع داده شود. اگر فشار خون دیاستولیک بین ۹۰-۱۰۹ mmHg باشد، در ابتدای ملاقات بعدی باید مجدداً فشار خون اندازه‌گیری شود، اگر بالاتر از ۹۰ mmHg باشد، باید بیمار را به پزشک ارجاع داد.

هر بیمار با فشار دیاستولیک نرمال، اما فشار سیستولیک بیش از ۱۸۰ mmHg باید ارجاع داده شود. اگر فشار سیستولیک بین ۱۴۰-۱۷۹ mmHg باشد، در ابتدای ملاقات بعدی مجدداً فشار خون اندازه‌گیری می‌شود، اگر فشار سیستولیک در این حالت بیش از ۱۴۰ mmHg باشد، باید بیمار را به پزشک ارجاع داد.

پرسشهای درسی و فرادرسی

- ۱- علل اهمیت فراگیری علوم مربوط به سالمندان چیست؟
- ۲- مشکلات قابل توجه در سنین پیری کدامند؟
- ۳- ساده‌ترین راه پیشگیری از عوارض دهانی ناشی از سن، کدام است؟
- ۴- تفاوت عوارض بیماری‌های قلبی در سنین پیری و جوانی در چیست؟
- ۵- مهم‌ترین بیماری غدد درون‌ریز که عوارض جدی به ویژه برای افراد سالخورده ایجاد می‌کند، کدام است؟
- ۶- تغییرات فیزیولوژیک ناشی از سن در بافت‌های پرپودنشوم کدامند؟
- ۷- ویژگی‌های شایع‌ترین بدخیمی حفره دهان و ارتباط آن با پیری چه می‌باشد؟

منابع بیشتر برای مطالعه

- Greenberg MS, Glick M. Burket's Oral Medicine Diagnosis & Treatment, 10th ed, BC Decker Inc., 2003: 605-622.
- Little JW, Falace DA. Dental Management of the Medically Compromised Patient, 6th ed., Mosby 2002: 526-539.

فهرست مقالات

1. Shinkai RS, Del Bel Curry AA. The role of dentistry in the interdisciplinary team: contributing

to comprehensive health care for the elderly. Cad Saude Publica 2000 Oct-Dec; 16(4): 1099-1109.

2. Grimoud AM, Marty N, Bocquet M, Andrieu S, Lodter JP, Chabanon G. Colonization of the oral cavity by Candida species: risk factors in long-term geriatric care. J Ora Science 2003 Mar; 45(1): 51-55.
3. Cavalieri TA, Lafif W, Ciesielski J, Cieno CA Jr, Forman LJ. Dental management in patients with alzheimer. J Am Osteopath Assoc 2002 Oct; 102(10): 541-544.
4. Mersel A, Babayof I, Rosin A. Oral health needs of elderly short-term patients in a geriatric department of a general hospital. Spec Care Dentist 2000 Mar-Apr; 20(2): 72-74.