



التخدير والقلع 1

د. ياسر مدلل

8

126 S.P

36

نظري

RB De^stistry



4/10/2017

الأمراض العامة وتدبيرها في العيادة السنية 2

نرحب بكم في محاضرتنا **الثامنة** لمادة **التخدير والقلع** والتي سنتحدث فيها
عن **الأمراض العامة وتدبيرها في العيادة السنية** راجين لنا ولكم التوفيق

بسم الله نبدأ ☺

الأمراض التنفسية: Pulmonary Diseases

الأمراض التنفسية الانسدادية المزمنة:

Chronic Obstructive Pulmonary Disease

☞ تعتبر الأمراض التنفسية الانسدادية المزمنة من الأمراض الرئوية الشائعة، والتي لها تأثير
في المعالجة السنية، وعادةً ما تشمل هذه المتلازمة مجموعة من الأمراض:

التهاب القصبات المزمن	النفخ الرئوي	الربو
-----------------------	--------------	-------

☞ يظهر لدى المرضى المصابين بالآفات الرئوية الانسدادية المزمنة:

- انسداد قصبي بطيء ومتروكي.
- يتميز سير المرض بهجمات دورية تترافق بتزايد الزلة والقشع.
- أحياناً نلاحظ حدوث هجمة قصور تنفسي حاد.

التهاب القصبات المزمن Chronic Bronchitis

👉 متى نقول عن التهاب قصبات بأنه مُزمن؟

وذلك عندما يكون السعال مُنتج لقشع لفترة تزيد عن ثلاثة شهور متتابة سنوياً (كفترة شهر الربيع، أو أي فترة يحدث فيها التعرّض للمُخرّشات) ولمدة ثلاث سنوات متوالية.

👉 العامل الرئيسي المُسبّب هو:

- التدخين والملوثات الجوية ➔ تؤدي إلى زيادة ثخانة جدران القصبات ➔ وارتشاح النسيج الضام بالخلايا الالتهابية.
- كما تسبب الشدة النفسية والتوتر زيادة شدة الأعراض.

النفخ الرئوي Emphysema:

يحدث فيه اختلال في التوازن بين خمائر البروتياز (protease)، ومُضاداتها في الرئتين؛ مما يؤدي لتخريب جُدر الحويصلات كما يتميز بخاصيتين نراهما في الجدول:

تَشْرِيحاً	فِيزِيُولُوجِياً
زيادة كمية الهواء في القُصبيات الانتهائية والمحيط مع تخرب جُدر الحويصلات.	تدني الارتداد المرن وزيادة المطاوعة الرئوية.

ملاحظة:

هي حالة غير قابلة للشفاء، إلا أن تخفيف المُخرّشات يُخفّف من شدة الأعراض

الأعراض الأكثر شيوعاً لمرض الانسداد الرئوي المزمن هي:

1. السعال مع إفراز البلغم:
- السعال المزمن يكون عادة أول أعراض المرض، وعندما يستمر لأكثر من ثلاثة أشهر في السنة لأكثر من سنتين ويصاحبه إفراز البلغم بدون وجود تفسير آخر.
2. ضيق التنفس: هو العرض الذي غالباً ما يزعج الناس أكثر من غيره ومن الشائع وصفه بأنه تنفس يتطلب جهداً ويصفه المصاب بـ "أشعر أن نفسي مقطوع".
3. في مرض الانسداد الرئوي المزمن قد يستغرق الزفير وقتاً أطول من الشهيق.
4. يعتبر الصدر البرميلي علامة مميزة لمرض الانسداد الرئوي ولكنه غير شائع نسبياً.
5. يؤدي مرض الانسداد الرئوي المزمن المتقدم إلى ارتفاع ضغط شرايين الرئة.

التدبير في العيادة السنية:

- (1) طلب الاستشارة الطبيّة.
- (2) جلسات المُعالجة صباحية وقصيرة والمريض بوضعية نصف الجلوس¹.
- (3) استخدام المُهدّئات بجرعات خفيفة مثل الـ **diazepam**.
- (4) تجنّب وصف الـ erythromycin, clindamycin, ciprofloxacin في حال كان المريض يأخذ الـ theophylline (مادة تستخدم لتوسيع القصبات).
- (5) يجب أن يحضر المريض أدويته معه إلى العيادة (البخاخ)؛ لكي يستعملها في حال حدوث النوبة.
- (6) لا يوجد مُضاد استطباب لاستعمال المُخدّر الموضعي.
- (7) لا يُوصى بإجراء حقنة الفك السفلي في الطرفين، أو حقنة الثقبة الحنكية في الطرفين.

سؤال خارجي قد يُراودنا!

ما سبب عدم القبول بإجراء حقنة الفك السفلي أو حقنة الثقبة الحنكية في الطرفين لدى هذا المريض؟ وذلك لأنّه في حال إجراء حقنة الفك السفلي في الطرفين فستقوم بتخدير النهايات العصبية للبلعوم وتخدير اللسان والذي قد يرتد إلى الخلف مؤدياً إلى الاختناق.

وفي حال إجراء حقنة الثقبة الحنكية الخلفية؛ فإنها ستثير السعال وقد تسبب مُنعكس الإقياء².

الربو Asthma:

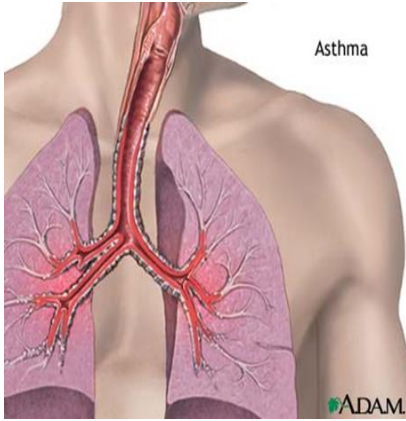
يعرف على أنه تناذر من عسرة التنفس والسعال والخرار الناتجة عن:

تقلُّص القصبات؛ بسبب فرط تخريش الشجرة القصية

¹ البعض يُفضّل وضعية الجلوس

² لذا حالياً تُدرس إمكانية إعطاء المخدر بطريقة التشريد بدلاً من هذه الطريقة تفادياً لآثارها السلبية.

أنواع الربو:



الربو الداخلي	الربو الخارجي (التحسسي)
نادراً ما تتواجد فيه قصة عائلية من التحسس	ذو قصة عائلية ويصيب الأطفال بشكل رئيسي وهو الأكثر شيوعاً يثار بعوامل تحسسية خارجية (غبار الطلع، التدخين، الصادات)
تبدأ الإصابة في منتصف العمر (الحمى الراشحة، حاصرات بيتا، الأسبرين). تلعب العوامل النفسية دوراً بإثارة الهجمات	إن 50٪ من الأطفال المصابين تزول عنهم الأعراض في عمر الشباب.

الأعراض والعلامات:



عادةً تبدأ هجمة الربو **خلال الليل** لكنها يمكن أن تحدث خلال ساعات النهار:

- عسرة تنفس، سعال، خراخر، ضيق في الصدر، سرعة في حركات التنفس.
- طول فترة الزفير مع صوت صفير، وتنتهي الهجمة بسعال مع خروج قشع لزج.

التدبير في العيادة السنية:

- 1) معرفة العوامل المهيّجة والمثيرة لنوبة الربو.
- 2) المريض بوضعية الجلوس أثناء المعالجة.

أغلب مرضى التنفس يُنصح بأن يكونوا بوضعية الجلوس أو نصف الجلوس أثناء المعالجة (والمرأة الحامل أيضاً)؛ أي بالوضعية التي تُؤمّن لهم تنفساً طبيعياً مريحاً.



(3) يُعطى المريض المهدئات من مركبات الديازيبام.

(4) تجنّب استخدام أمبولات التخدير الحاوية على الأدرينالين (Gay 1986)

& Seng) بسبب وجود المادة المضادة للتأكسد Bisulfite Sodium.

(5) تغطية المريض بالصادات، مع تجنّب وصف الـ (erythromycin, aspirin, clindamycin, ciprofloxacin).

(6) إنّ بعض المرضى يمكن أن يُعالجوا بالستيروئيدات، لذا يجب توخي الحذر عند استخدام الستيروئيدات.

في حال حدوث نوبة الربو خلال المعالجة:

(1) توقف المعالجة مباشرةً.

(2) يُطلب من المريض استنشاق الأدوية الخاصة مثل الـ salbutamol.

(3) إذا لم تتراجع الحالة يُعطى (0,5 – 0,3 ملغ) من الأدرينالين الألفي تحت الجلد.

إذا لم تزول الهجمة تطلب المساعدة الطبية

وقفة سريرية

المحلول الألفي من الأدرينالين خطر جداً والذي يُستخدم هنا أسعافياً لتأمين التوسيع القصبي عند حدوث نوبة الربو.

الانتانات التنفسية Respiratory Infections

1. الزكام الشائع Common Cold:

- ✓ واسع الانتشار ناجم عن عدد كبير من الفيروسات أهمها الفيروسات الانفية.
- ✓ يؤدي إلى احتقان وسيلان أنفي، ولا تحدث عادة اختلاطات جدية ويشفى تلقائياً.
- ✓ قد يتضاعف بإنتان جرثومي وتتطور الحالة إلى انتان الطرق التنفسية السفلية والأذن الوسطى والتهاب الجيوب.

2. التهاب البلعوم Pharyngitis والتهاب اللوزتين Tonsillitis:

- ✚ تسببه العديد من الفيروسات, وقد تحدث الإصابة بالعديد من الجراثيم مثل (المكورات العنقودية المقيحة – والعنقديات الرئوية).
- ✚ يصبح الحلق محتقناً, متورماً ومؤلم.

3. التهاب الجيوب:

- ✕ مثل التهاب الجيوب الفكية ويحدث غالباً بسبب الجراثيم.
- ✕ قد تحدث كاختلاط لإنتانات الطرق التنفسية العلوية أو انتان حول سني للأسنان العلوية الخلفية أو ناسور جيبي.

4. ذات الرئة Pneumonia:

- التهاب رئوي يتظاهر ب السعال – الحمى – الرلة التنفسية – ألم الصدر – تسرع القلب والتنفس.
- يرسل القشع للزرع لتحديد العضوية المسببة.
- تبدأ المعالجة بالصادات الحيوية فوراً دون انتظار ظهور نتائج زرع القشع.

التدبير في العيادة السنية:

- 💧 من المفضل تأجيل المعالجة السنية إلى ما بعد الشفاء من انتانات الطرق التنفسية العليا.
- 💧 بالنسبة لإنتانات الطرق التنفسية السفلية فهي امراض شديدة ومضاد استطباب للمعالجة السنية ماعدا الحالات الإسعافية.
- 💧 توجد غالباً تظاهرات فموية لإنتانات الطرق التنفسية.
- 💧 توجد إشارة قوية إلى وجود علاقة بين المرض حول السني والأمراض الرئوية المزمنة باعتبار المرض حول السني عامل خطورة لحدوث الأمراض الرئوية.
- 💧 العناية الفموية الجيدة ومعالجة المرض حول السني ضروري لتقليل التواجد الجرثومي الممرض في الفم وتأثيراته الجهازية ومنها تأثيراته على جهاز التنفس.

اعتبارات التخدير العام:

فهو خطر ومضاد استطباب مع انتانات الطرق التنفسية السفلية، ويجب إن أمكن تأجيل التخدير العام مع الطرق التنفسية العليا لما يحدثه من تضيق في الطرق التنفسية واحتمال نشر الانتان إلى الرئتين.

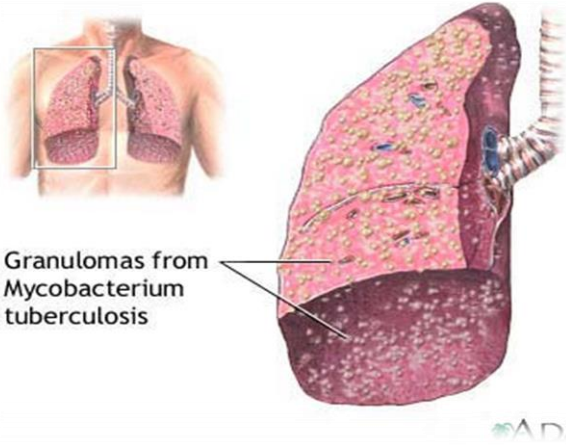
السل الرئوي Pulmonary Tuberculosis:



مرض إنتاني نادر الحدوث في وقتنا الحالي، يُصيب الرئتين بصورة رئيسية، وإن ظهرت بعض الإصابات في السنوات الماضية في مناطق غير مألوفة من الجسم كإصابة الدماغ وإصابة الغدد اللعابية. قد ينتج بسبب سوء التغذية وخاصةً في القرون السابقة.

من أين تأتي العلاقة الكبيرة بين هذا المرض وطب الأسنان، وأهمية الاهتمام بتديره؟

إن لطبيب الأسنان علاقة كبيرة بالإصابة السلية نظراً لأن هذا المرض:



❏ إنتاني؛ لذا يُمكن أن ينتقل من مريض إلى آخر ضمن العيادة السنية (الحالات الفعالة) أو إصابة طبيب الأسنان نفسه. ❏ يُمكن للقرحات السلية أن تتظاهر على الغشاء المخاطي الفموي، أو في مكان القلع وعندها نتجنب التخدير العام الذي يعدّ مضاد استطباب لهذه الحالة.

القرحات السلية VS التهاب السنخ الجاف

Dry socket VS Tuberculosis ulcers

تتميز القرحات السلية عن التهاب السنخ الجاف بالتخرّب الكبير بالنسج الرخوة وظهور علة صعبة الإزالة، وتكون القرحات أحد العلامات التي تشير لإصابة المريض بالسل في حال كانت الإصابة غير مُكتشفة بعد.

العامل المُسبِّب:

☠ عُصَيَات كُوخ أو المتفطَّرات السليلة (tubercle bacillus) وهي عصيات هوائية، تتميز بأنَّها:

- تتلف بالكحول الإيثيلي بتركيز (70%) لمدة 2 – 3 دقائق.
- قادرة على البقاء حيَّة لعدَّة أيَّام في بعض السوائل الملوثة.

الآلية الإمراضية:

دخول العصيات السليلة الجهاز التنفسي ➤ البالعات تبلعها ➤ تتكاثر العصيات السليلة بداخلها ➤ كون عدد العصيات الداخلة قليل وكان رد الفعل المناعي عالياً ➤ تتشكَّل درنة صغيرة في الرئتين ➤ مركز الآفة متنحراً ➤ التدرُّن الأولي الكامن.

مِمَّ تتكوَّن الدرنة الصغيرة التي تتشكَّلت في الرئتين؟

تكون مكوَّنة من خلايا ظهارية (خلايا نظير البثرة)، يُحيط بها نسيج ليفي ندبي يتكسَّر مع مرور الوقت.

الأعراض والعلامات:



- 1 (الضعف، التعب، فقدان الشهية، فقدان الوزن).
- 2 (ترفع حروري خفيف يحدث عادةً في المساء، تعرق ليلي).
- 3 (السعال المترافق مع نفث الدم).
- 4 (زرع القشع إيجابي).

التدبير في العيادة السنية:

1. تأجيل المعالجة السنية الروتينية حتى مرور 2 – 3 أسابيع من بدء المعالجة الدوائية.
2. ظهور القرحة السليلة في مكان القلع وبالتالي يمكن أن تكون أحد العلامات التي تشير إلى الإصابة في حال كانت الإصابة غير مكتشفة.
3. تجنب التخدير العام؛ بسبب ضعف الوظيفة التنفسية.
4. تجنب وصف (aspirin)؛ لأنه يزيد من احتمال تأذي العصب السمعي خاصةً وأن المريض يأخذ (streptomycin).

5. من التأثيرات الجانبية لـ (rifampicin) نقص الكريات البيضاء مما يزيد من احتمال تعرض المريض للإنتان وتأخر التندب.

6. التحذير العام لإجراء معالجة سنية مضاد استطباب بسبب خطورة نقل الإصابة إلى جهاز التحذير وضعف الوظيفة التنفسية عند المريض.

هل تعلم؟!

أن طبيب الأسنان من أوائل الأشخاص الذين يكتشفون الإصابة بالسل!

الأمراض الكلوية

تذكرة

📌 الكلية: جزء من الجهاز البولي، لها شكل حبة الفاصولياء، يتركز على سطحها العلوي غدة الكظر وتزن 120-170 غ، سطحها الداخلي مقعر والخارجي محدب.

📌 تفرز غدة الكظر الأدرينالين.

📌 بنية الكلية: تتألف الكلية من وحدات بولية تتجاوز المليون في الإنسان وتتركب الوحدة البولية من قسم مفرز وقسم مفرغ.

1- القسم المفرز (النفرون) يتركب من:

الكبيبة: وهي سرير وعائي شعري يرتشح منها السائل.

النيبيب: يتم فيه تحويل السائل الراشح إلى بول.

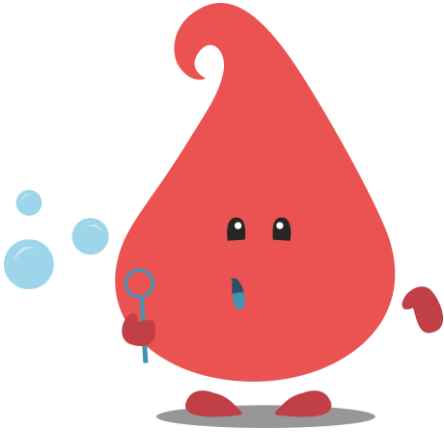
2- القسم المفرغ: وهو الأنبوب الجامع ويقسم إلى قسمين:

مقوس في الجزء القشري.

مستقيم في الجزء المخي.

ولمعرفة الاختلالات التي من الممكن أن تحدث عند مريض الكلية يجب معرفة وظائف الكلية كون المريض لديه خلل بإحدى وظائف الكلية وهي:

الوظيفة الرئيسية للكلية هي المحافظة على حجم السوائل داخل الجسم وطرح الفضلات والسموم.
تنظيم ضغط الدم عن طريق:
📌 السيطرة على حجم الدم.



📌 إفراز الرينين الذي يحول مولد الأنجيوتنسين في البلازما إلى أنجيوتنسين 1 الذي يتحول إلى أنجيوتنسين 2 الذي يزيد الضغط الدموي وينبه الألدوسترون الذي يتم التأثير المقبض للأوعية الدموية.
📌 إفراز الأريتروبوتين المحرض لإنتاج الكريات الحمراء.

الديال:

هو تخليص المصورة الدموية من المواد الضارة بفصل الدم عن سائل يسمى سائل الديال بواسطة غشاء نصف نفوذ وحسب مبدأ الانتشار تمر السوائل غير المرغوب فيها (البولة الدموية، النتروجين، البوتاسيوم) والمحافظة على توازن الشوارد.
يُجرى للمريض منفذ شرياني ومنفذ وريدي، يخرج الدم ويمر عبر وحدة الديال ثم يعود بعد تنقيته. ولتفادي تخثر الدم أثناء تنقيته يُعطى مريض الديال مميعات.

يسبب القصور الكلوي Renal Insufficiency إصابة خفيفة إلى متوسطة في وظيفة الكلية، ويؤدي فقد وظيفة الكلية إلى الفشل الكلوي Renal Failure.
تعتمد الأعراض والعلامات على درجة فقد الكلية لوظيفتها (تخرب الأنابيب الكلوي).

والآن نبدأ بأمراض الكلية:

القصور الكلوي (المزمن Chronic Renal Failure)

إصابة تتصف باضطراب وتخرب الأنابيب الكلوية.

وتقسم الإصابة إلى مرحلتين:

المرحلة الأولى	المرحلة الثانية
تكون غير عرضية من الناحية السريرية ولا يظهر سوى بعض التبدلات المخبرية	وتتحول الحالة إلى عجز كلوي غير ردود وتتم المعالجة ب: الديليزة (dialysis) أو بواسطة زرع الكلية وعندها نكون قد وصلنا إلى حالة عجز كامل بوظيفة الكلية.

الآلية الإمراضية:

تخرب النفرون Nephron ويتم تخرب هذه الأجزاء تبعاً للأمراض المختلفة:

1- ارتفاع التوتر الشرياني.

2- التهاب كبيبات الكلية Glomerulonephritis.

تستمر المعاوضة حتى تخرب أكثر من 50٪ من

النفرونات حيث تبدأ أعراض البيلة الدموية

بالظهور.

أهم الاضطرابات المرافقة:

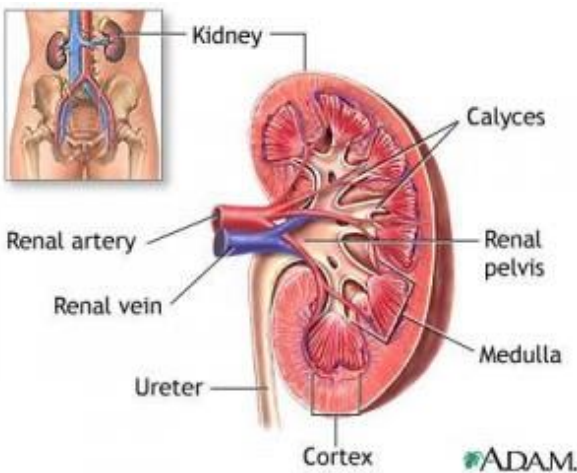
1- نقص في إنتاج الكريات البيض والكريات الحمراء

والصفائح.

2- اضطرابات قلبية وعائية، بسبب تراكم السوائل وحدوث وذمة رئوية.

3- فرط نشاط الدرق الثانوي، بسبب ارتفاع تركيز الفوسفات الذي يؤدي إلى اقتناص الكالسيوم

من الدوران وتوضعه في العظام.



الأعراض والعلامات:



اضطرابات عقلية.

اضطرابات هضمية (فقدان شهية، غثيان، إقياء).

تبقعات بيضاء مصفرة على منطقة الصدر والأرداف.

نزوف متعددة في الأجهزة الداخلية وظهور الكدمات

على الجلد.

تغير في القيم المخبرية للدم والبول:

ارتفاع الكرياتين:

الذكور: 0-40 ملغ/24سا

النساء: 0-100 ملغ/24سا.

التدبير في العيادة السنية:

1- الاستشارة الطبية من الطبيب الأخصائي المعالج للحالة الكلوية ومع التأكيد على كون هذه

الاستشارة **مكتوبة**.

2- السعي لخلق أفضل صحة فموية ممكنة بتعزيز تدابير العناية الفموية وترميم الأسنان

النخرة ومعالجة الالتهابات اللثوية وحول السنية (لأن هذا المريض معرض للإنتان).

3- مراقبة ضغط الدم قبل وأثناء المعالجة السنية

4 - المريض معرض للنزف بسبب:

تناول جرعات من الهيبارين
أثناء الديليزة ولكن يستمر أثره
لفترة قصيرة.

اضطراب الصفائح الدموية
وقدرتها على الالتصاق وتخرب
عامل فون ويلبراند. (فيكون
زمن النزف طويل)



5- أخذ التدابير اللازمة لتثبيت العلكة الدموية:

📌 **الخيطة:** في حال قلع 3 أسنان أو أكثر.

📌 **الجيلفوم gelfoam:** وهو قاطع للنزف يشبه الشمع.

📌 **الهيموفبرين إضافة للفيتامين K** الذي يعطى إما موضعياً أو عضلياً أو وريدياً.

6- تأجيل المعالجة السنية إلى اليوم التالي للغسيل حيث تكون

نتائج الديلزة بعدها الأعظمي وانتهى تأثير الهيبارين بشكل عام وراحة المريض بعدة عملية غسيل الكلية المنهكة.

7- التغطية الوقائية بالصادات لأن المريض عرضة للإصابة بالإنتان

بسبب الخل بوظيفة الكريات البيض ووجود التحويلة الوريدية

الشريانية لمنع حدوث إنتان التحويلة وبالتالي التهاب بطانة

الشريان وكذلك للوقاية من التهاب شغاف القلب الناتج عن

المعالجات السنية المسببة لتجرثم الدم.

8- تتطلب السيطرة على الألم استعمال المخدر الموضعي مع المقبض الوعائي وهذا يتطلب

تدابير الأمان:

- **في حال الفشل الكلوي:** خفض جرعة المخدر المستخدمة بحيث لا تتجاوز 25٪

(3 حبابات) من الجرعة المسموح بها

- **في حال القصور الكلوي:** ألا تتجاوز 50٪ (5 حبابات) من الجرعة المسموح بها.

9- تطرح العديد من الأدوية عن طريق الكلية لذلك نحن بحاجة لتعديل بعض الجرعات

الدوائية:

تعدل جرعات الصادات الحيوية عند مريض الديلزة على الشكل التالي:

✓ Amoxicillin 500 ملغ فموياً كل 24 ساعة.

✓ Ampicillin 250 ملغ فموياً كل 12-24 ساعة.

✓ Penicillin 500 ملغ كل 6 ساعات.

بعض الصادات التي لا داعي لتعديل جرعاتها:

cloxacillin, erythromycin, Clindamycin



لا يوصف الأريثرومايسين للمرضى الذين يتناولون السيكلوسبورين لأنه يزيد من مستوى تركيز السيكلوسبورين في الدم عن طريق خفض استقلابه في الجسم.

إن للتتراسكلين والأمينوغلوكوزيد تأثيرات سمية مباشرة على الكلية حيث يسبب التتراسكلين زيادة في حبس الآزوت والحمض عند مرضى القصور الكلوي المزمن لذلك يمنع وصفه بينما يوصف بأمان كل من Minocycline, Doxycycline.

○ المسكنات الآمنة التي يمكن وصفها لمريض الديلزة:

Codeine يسمح بـ 75٪ من الجرعة الاعتيادية عند مريض بوظيفة

كلوي متراجعة و 50٪ من الجرعة الاعتيادية عند مريض الديلزة.

Acetaminophen يسمح بإعطائه بجرعة 500 ملغ كل 8 ساعات لمرضى

الديلزة و بجرعة 500 ملغ كل 6 ساعات عند مرضى الوظيفة الكلوية المتراجعة.

Aspirin يجب تجنبه بسبب زيادته للنزف.

Meperidine, Propoxyphene يجب تجنبهما بسبب تراكمهما عند

مرضى القصور الكلوي المزمن.

وعموماً NSAIDs هي مخرشة للمعدة وتساعد على النزف ويتأخر

اطراحها فيجب تجنبها.



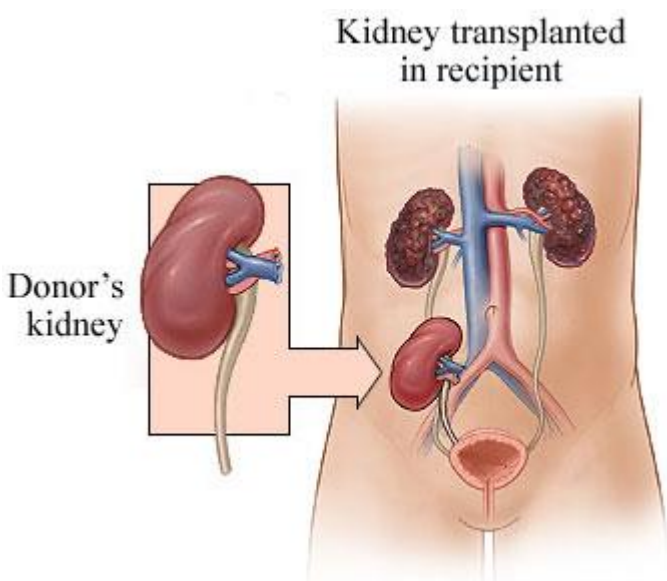
- ✓ هناك خطورة عالية للإصابة بالتهاب الكبد الفيروسي B أو C أو الإصابة بالأيدز عند نقل الدم، وإن حوالي 3-10٪ من مرضى الديليزة الكلوية حاملين لالتهاب الكبد الإنتاني لذلك يجب أن يعامل مرضى الديليزة على أنهم حاملين لالتهاب الكبد الإنتاني وتتخذ أثناء المعالجة جميع التدابير المعروفة للوقاية من الإنتان في العيادة السنية.
- ✓ إن فقر الدم مضاد استطبب للتخدير العام إذا كان الهيموغلوبين أقل من 10 غ / دل.
- ✓ تتضمن المظاهر الشعاعية الفموية لمرضى قصور الكلية المزمن تناقص كثافة العظم وزيادة كثافة العظم بما يشبه تصلب العظمي في منطقة الأرحاء، فقد الصفيحة الداخلية ومناطق تخلل عظمي.
- ✓ غالباً ما يحدث تصلب عظمي في منطقة القلع وخاصة في منطقة الأرحاء السفلية.

?

سؤال: ماهو عدد الامبولات الممكن استخدامها لدى المريض (السليم)؟؟

عدد الامبولات المستخجة للمريض البالغ السليم يصل الى 10-12 امبولة
(مرتبطة بنوع المادة المخدرة المستخدمة و وزن المريض و).

مرضى الزرع الكلوي Renal Transplantation



تعتبر عملية زرع الكلية المرحلة الأخيرة من مراحل القصور الكلوي الشديد، وقد أصبحت عمليات زرع الكلية شائعة وبمعدلات نجاح عالية.

اختلاطات عملية الزرع:

أهم الاختلاطات هو: رفض العضو المزروع (يتم التأكيد من خلال خزعة بالتنظير) ويقسم الرفض إلى: رفض حاد - رفض مزمن.

التدبير في العيادة السنية:

يشمل تدبير مريض زرع الكلية في العيادة السنية مرحلتين:

المرحلة الأولى: هي مرحلة تحضير المريض لزرع الكلية:

1- طلب الاستشارة السنية.

2- إن مناقشة وضع الأسنان يعتبر من الأمور المعقدة نسبياً، لأن ذلك يعتمد على وضع الأسنان نفسها وعلى مدى اهتمام المريض بالصحة الفموية.

المريض ذو عناية فموية سيئة	المريض يحافظ على صحة فموية جيدة
قلع الأسنان المصابة بنخور متقدمة والأسنان غير الحية كما يتم قلع الأسنان في حال إصابتها بأمراض النسيج حول السنية المتقدمة.	تعالج النخور وترمم الأسنان القابلة للترميم وتعالج الأسنان غير الحية لبياً وتقلع الأسنان غير القابلة للمعالجة فقط

3- لا بد من الاهتمام بالنسج الغير سنية حيث تعتبر أحد مصادر الإنتان الهامة بعد عملية الزرع، كما أن كل سن يحوي آفة ذروية ولو كانت صغيرة يجب أن تعالج أو يزال، فأى آفة ذروية هي عبارة عن مصدر للإنتان الذي ينتقل للعضو المزروع ويسبب فشل عملية الزرع.

المرحلة الثانية: هي مرحلة معالجة المريض بعد عملية زرع الكلية:

1- لا تجرى المعالجة السنية الروتينية خلال الأشهر الستة الأولى من عملية الزرع.

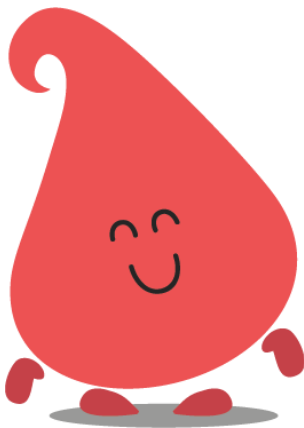
2- اتباع تدابير الوقائية في العيادة لمنع نقل الإنتان إلى المريض.

نتيجة: أهم إجراء يجب الانتباه له عند معالجة مريض زرع الكلية

هو عدم نقل الإنتان إليه، نظراً لتناوله مثبطات المناعة.

3- اختلاطات ناتجة عن مثبطات المناعة Cyclosporine مثل

ارتفاع ضغط الدم وفقر الدم والاضخامات اللثوية.



بعض الصادات التي لها تأثير سمي كلوي ضعيف	بعض الصادات التي تعتبر مضاد استطباب
β-lactamins (pencillines cephalosporins	Aminosides (streptomycin gentamycin), kanamycin Sulfamides Tetracycline Vancomycin Erythromycin

4- توخي الحذر عند وصف مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية، لأنها ذات سمية كلوية.

5- مريض زرع الكلية من المرضى المعرضين للنزف.

6- وصف الـ Erythromycin يعتبر مضاد استطباب.

7- يمكن أن يعالج مريض زرع الكلية بالستيروئيدات فهو يحتاج إلى جرعات وقائية من الستيروئيدات لمنع حدوث أزمة كظرية حادة (بحسب شدة الحالة):

معالجة سنية محافظة أو معالجة لبية غير راضة:	جراحة صغرى (قلع مجموعة من الأسنان، قلع جراحي بسيط، قطع لجام...):	جراحة متوسطة (قلع جراحي معقدو جراحة فموية واسعة...):	جراحة كبرى (جراحة فكية وجهية تحت التخدير العام):
المريض غير خائف لا حاجة إلى جرعة إضافية من الستيروئيدات.	مضاعفة الجرعة اليومية من الستيروئيدات.	إعطاء المريض جرعة وقائية من Hydrocortisone 100 ملغ وريدياً قبل المعالجة مباشرة أو عضلياً قبل المعالجة بنصف ساعة أو فمويماً قبل بساعتين من المعالجة.	يُعطى hydrocortisone بجرعة 200 ملغ وريدياً قبل العمل الجراحي ويُعطى 100 ملغ عضلياً كل 6 ساعات خلال 24 ساعة بعد العمل الجراحي.

في حال تعرض المريض إلى أزمة كظر حادة خلال المعالجة:
هبوط ضغط، شحوب، تعرق، إقياء، صداع، تعب، هذه الأعراض تكون مع وجود قصة سريرية تتضمن عملية زرع الكلية:
يُعطى المريض 100 ملغ من Hydrocortisone عضلياً وينقل المريض إلى المستشفى حيث يقوم الهيدروكورتيزون بتحسين الحالة العامة ريثما يتم إسعاف المريض إلى المستشفى، وبالتالي ليس هو الحل الإسعافي للحالة وإنما يقوم بتهدئة الأعراض.

الفقد الصم:

فرط وظيفة النخامي Pituitary hyper function:

هناك العديد من المظاهر السريرية منها:

1. ضخامة اللسان والشفيتين والأنف.
2. ضخامة الأحشاء (القلب - الدرق - الكبد).
3. الاعتلال المفصلي والعضلي.
4. نمو الفك السفلي وتصبح العظام أثخن كما تظهر الفراغات بين الأسنان.
5. عدم تحمل الغلوكوز.
6. السكري وفرط التوتر الشرياني.

النواحي السنية لزيادة هرمون النمو:

➤ تؤدي ضخامة الفك السفلي إلى سوء إطباق من الصنف الثالث مع فرجات بين الأسنان وسماكة في النسيج الرخوة.

➤ قد تتأثر المعالجات السنية بالنواحي التالية:

1. العمى ودار السكري.
2. ارتفاع ضغط الدم.
3. اعتلال العضلة القلبية واضطراب النظم.
4. التشوهات في الجهاز التنفسي تجعل التخدير العام أكثر خطورة.

قصور النخامي Hypo pituitary:

النواحي السنية:

- a) قد يحدث سبات مسبب بقصور النخامي يؤهب له رض أو جراحة أو انتان أو تخدير عام أو مواد مهدئة أو منومة.
- تتم معالجة سبات قصور النخامي بـ:
- إعطاء الأوكسجين.
 - حق فوري 200 ملغ هيدروكورتيزون وريدياً.
 - إذا شُخص نقص سكر الدم يعطى المريض وريدياً 20-50 ملغ دكستروز.
 - وتطلب المساعدة الإسعافية.

أمراض الغدة الدرقية Thyroid Diseases

تجول هرمونات الدرق في الدم بشكلين حر و مرتبط بالبروتين وينظم استقلاب هرمون الدرق تحت المهاد (TRH) والغدة النخامية وخاصة الفصل الامامي (TSH) والغدة الدرقية.

الغدة الدرقية:



✓ هي غدة صماء أمام وأسفل العنق تستند على القسم العلوي للرغامى

✓ تتألف من فصين بينهما البرزخ، تتروى من الشريان الدرقي العلوي والسفلي

✓ ويقع العصب الحنجري الراجع على تماس مع السطح الخلفي لها.

✓ تقوم الغدة الدرقية بتصنيع نوعين من الهرمونات:

$T_3 = 5-12$ ميكرو غرام / 100 مل دم

$T_4 = 0.07-0.17$ ميكرو غرام / 100 مل دم

✓ وظيفة T_3 هي الاستقلاب بشكل أساسي لذلك فأى خلل في نشاط هذه الغدة سيسبب خلل في وظيفتها.

✓ ويتم التحكم بمعدل إفراز هرمونات الدرق من طريق تحت المهاد TRH والفص الامامي للغدة النخامية TSH (الهرمون الموجه للدرق) بآلية التلقيح الراجع السلبي.

أكثر أمراض الغدة الدرقية انتشاراً أو تأثيراً على عمل طبيب الأسنان هي الفرط والقصور في نشاط الدرق.

فرط نشاط الدرق Hyperthyroidism

ينتج عن:

تنسجات في الغدة الدرقية أو أورام الغدة الدرقية أو أمراض الغدة النخامية.

لها حالتان:

سلعة حارة: حالات زيادة إفراز الدرق، وهي الأخطر.

سلعة باردة: حالات ضخامة الدرق.

أهم أمراض فرط نشاط الدرق:

داء غريف Grave's disease: وهو فرط نشاط درق مناعي المنشأ (يشكل 76٪ من أمراض فرط نشاط الدرق) حيث تقوم للمفاويات البائية بإنتاج ما يسمى الغلوبولين المناعي المنبه للدرق طويل الأمد الأمر الذي يؤدي على فرط تنسج في الغدة الدرقية.

الأعراض والعلامات:

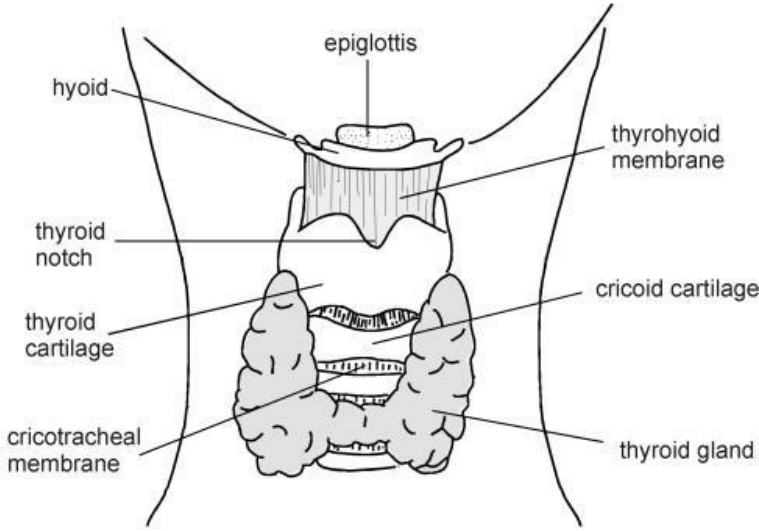
(1) نقص الوزن.

ما سبب حدوث نقص الوزن؟

وذلك نتيجة لحدوث عمليات الاستقلاب بشكل أكبر نتيجة زيادة إفراز هرمون T3 ومؤدياً إلى سلسلة من الأعراض (ارتفاع في الحرارة والضغط – وسرعة في التنفس – والمريض ناهيج بشكل كبير).



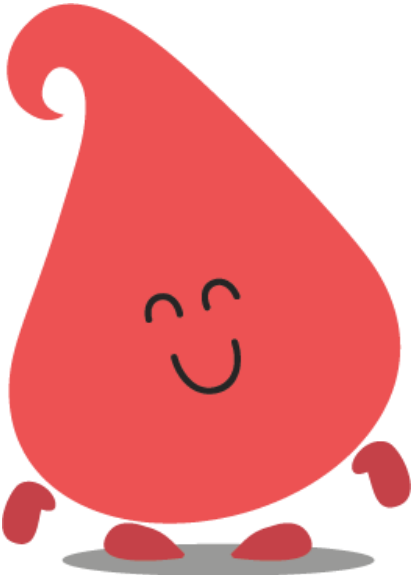
THE THYROID GLAND AND LARYNX



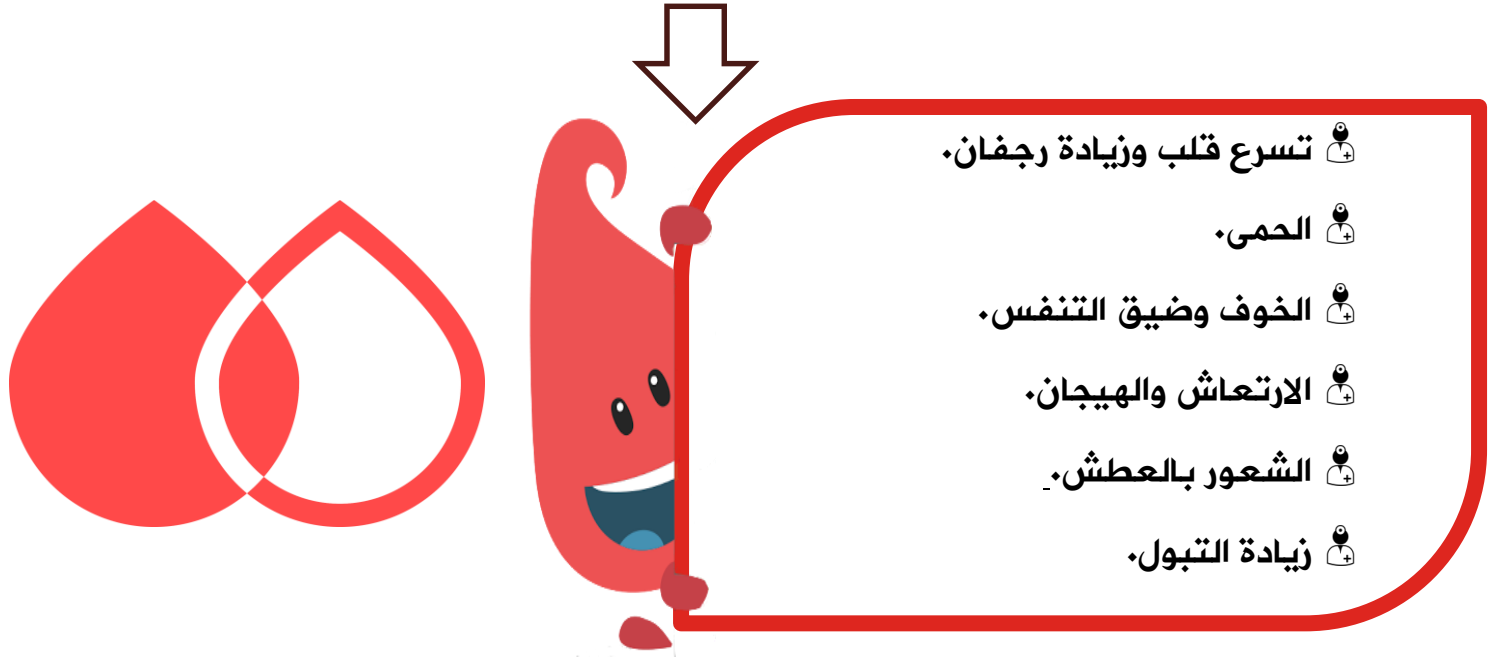
- (2) قلة الشهية.
- (3) الخوف والتعرق.
- (4) ضخامة الغدة الدرقية.
- (5) تسرع القلب.
- (6) جحوظ العين.
- (7) وذمة حول الظنبوب.
- (8) انحسار الأجفان وظهور صلابة العين.
- (9) ارتفاع تركيز هرمون TSH.

التدبير في العيادة السنية:

- ❖ يعتبر استخدام خيوط تبعيد اللثة المشبعة بالأدرينالين مضاد استطباب.
- ❖ يتناول مريض الدرق أدوية مضادة للدرق وهي الكاربيمازول carbimazole والبروبيل تيوراسيل propylthioutacil فإضافة لتأثيراتها المثبطة لتصنيع هرمونات الدرق فلها تأثيرات كابحة للمناعة وقد تسبب هذه الأدوية ندرة محببات agranulocytosis.
- ❖ بعض الدراسات تشير إلى أن استخدام المخدر الموضعي الحاوي على المقبضات الوعائية بكمية معتدلة، بحيث لا تتجاوز أمبولتين، لا تسبب أي مشكلة (وخاصة إذا لم ندخل بالأوعية).
- ❖ يجب عند مريض الدرق غير المضبوط أو غير المعالج تجنب المعالجات الجراحية والانتانات الحادة والمقبضات الوعائية.
- ❖ يمكن إجراء المعالجات السنية الروتينية لمريض الدرق تحت المعالجة الطبية الجيدة.



يمكن للألم والخوف والرض والتخدير العام والإنتان أن يؤهب لحدوث أزمة درقية Thyroid crisis أو عاصفة درقية Thyroid storm سلة حارة لذا يُنصح بإعطاء المريض المهدئات:



ويمكن أن تتطور إلى اضطراب نظم لذلك من الضروري طلب المساعدة الطبية عند حدوث الأزمة.

وفي حال ظهور هذه الأعراض:

- 1- يوضع المريض في وضعية الاستلقاء.
 - 2- العمل على خفض درجة حرارة المريض (تبريد المريض بمنشفة رطبة).
 - 3- حقن هيدروكورتيزون وريدياً بجرعة 100-200 ملغ.
 - 4- طلب المساعدة الطبية مع مراقبة العلامات الحيوية.
 - 5- نقل المريض إلى المشفى لمتابع العلاج من خلال مضادات الدرق Propyl thiouracil وحاصرات بيتا Propranolol.
- الفرق بين الأزمة والعاصفة الدرقية هو شدة هذه الأعراض حيث تكون أكثر شدة في العاصفة الدرقية.

انتبه: أي مريض لديه مرض جهازى عام ينصح بمعالجته في الأوقات المبكرة لتجنب تفاقم الحالة لديه.

قصور نشاط الدرق Hypothyroidism

يبلغ انتشار قصور الدرق الأولي 1:100 ويصيب النساء أكثر بنسبة 1:6 بالنسبة للرجال.

قصور نشاط الدرق: هو متلازمة سريرية تنجم عن نقص إفراز T₄ - T₃.

يشكل :

1. قصور الدرق الضموري والعفوي

2. قصور الدرق التالي لمعالجة فرط الدرق باليود المشع أو جراحياً.

3. قصور الدرق بالتهاب الدرق لهاشيموتو.

أكثر من 90% من حالات قصور الدرق بالعالم

يصيب القصور الدرقي:

العمر	الأطفال	البالغين
اسم المرض الناتج	القزامة الدرقية	سببها أمراض المناعة الذاتية ومنها داء هاشيموتو
العلامات	قصر القامة، زيادة وزن، تباعد العينان، أنف عريض مسطح، لسان كبير متدلي وتأخر بزوغ الأسنان، تخلف عقلي.	ضعف وتعب، اضطراب الذاكرة، عدم تحمل البرد، زلة تنفسية، ألم عضلي، ألم مفصلي، جلد جاف، وذمة حول الحجاج.

المظاهر السريرية لقصور الدرق:

❏ ضعف وتعب.

❏ البحة.

❏ بطء القلب وفرط ضغط الدم.

❏ الأوجاع والآلام وتيبس العضلات.

❏ فقر دم وإمساك.

✎ اضطرابات الذاكرة.

✎ عدم تحمل البرد وزيادة الوزن.

✎ جلد جاف مع وذمة حول الحجاج.

التدبير في العيادة السنية:

- 1 طلب الاستشارة الطبية وليس من الخطر أن يُطبق له المعالجة السنية الروتينيه (يجب أخذ القصة المرضية لاستدراج المريض بالأسئلة ومعرفة الأمراض التي يُعاني منها).
- 2 تجنب الأدوية المثبطة للجهاز العصبي (barbiturates، codeine، Diazepam).
- 3 يجب في الحالات الغير معالجة أو غير المعالجة جيداً تجنب الإجراءات الجراحية والإنتنانات الفموية الحادة.
- 4 يشتكي حوالي 5٪ من مرضى قصور الدرق لفترة طويلة من خناق صدر لذلك يجب الانتباه من تفاقم حالات الإفقار القلبي والاحتشاءات والموت المفاجئ.
- 5 ينقص الكارباميزبين (دواء العصابات والصرع) من فعالية التيروكسين.
- 6 يفضل دوماً العمل تحت التخدير الموضعي وتجنب التخدير العام.
- 7 الوذمة المخاطية (حالة معاكسة للعاصفة الدرقية) : يمكن أن يتعرض المريض خلال المعالجة إلى سبات الوذمة المخاطية Myxedema Coma وهي ظاهرة نادرة يحدث فيها تبدل للوعي عند المرضى الكهول وتبلغ نسبة الوفاة 50٪ وتتظاهر بالأعراض التالية:

✎ تبدل مستوى الوعي.

✎ قصور تنفسي شديد.

✎ الاختلاجات.

✎ هبوط في ضغط الدم.

✎ يكون ضغط السائل الدماغى الشوكى ومحتواه البروتينى مرتفعاً.

✎ انخفاض درجة الحرارة.

وفي حال ظهور هذه الأعراض خلال المعالجة:



- يوضع المريض بوضعية الاستلقاء.
- يعطى المريض جرعة وريدية من الهيدروكورتيزون بتركيز ١٠٠-٢٠٠ ملغ.
- ينقل المريض إلى المشفى لمتابعة العلاج
- لتوافر التيروكسين حقناً، يعطى التيرونين ثلاثي اليود ٢٠ ميكروغرام كجرعة بدئية ومن ثم ٢٠ ميكروغرام كل ٨ ساعات وبعد ٧٢ ساعة يمكن إعطائه التيروكسين الفموي بجرعة ٥٠ ميكروغرام وتشمل الإجراءات الأخرى تدفئة المريض ببطء.
- الاستخدام الحذر للسوائل الوريدية.
- إعطاء الصادات واسعة الطيف والأوكسجين عالي الجريان.

أمراض جارات الدرق Parathyroid diseases

- تفرز الغدد جارات الدرق هرمون الـ PTH والذي يعتبر المفتاح الرئيسي في تنظيم استقلاب الكالسيوم.
- وأشيع اضطراب يحدث هو فرط نشاط جارات الدرق مؤدياً إلى فرط كالسمية الدم hypercalcemia.
- يستجيب الـ PTH مباشرة للكالسيوم المشرد ولا يخضع للنخامة في عمله وتكون تأثيراته استجابة لانخفاض الكالسيوم الدم كالتالي:
 - ✓ الأمعاء: امتصاص الكالسيوم عن طريق تفعيل فيتامين D
 - ✓ الكليتين: زيادة عودة امتصاص الكالسيوم من الأنابيب الكلوية وزيادة إطراح الفوسفات.
 - ✓ العظام: تنشيط كاسرات العظام.

فرط نشاط جارات الدرق:

- مرض غير شائع وغالباً ما يكن ناتج عن ورم غدي يصيب الغدد جارات الدرق، أو رد فعل مجاورات الدرق على الحالات التي تسبب نقص كالسيوم المصل مثل القصور الكلوي المزمن.
- إن فرط إنتاج هرمون جارات الدرق يحدث فرط كالسيوم الدم وإصابة كلوية يؤدي إلى زوال الكلس العظمي مخلفاً وراءه مناطق امتصاصية تسببه الأكياس (الالتهاب العظمي الليفى التكيسي).
- ويشكو المريض من:
- البوال الليلي وتعب وقلة شهية وغثيان وإقياء، وإمساك واكتئاب ونعاس
- تشكل حصيات كلوية وغالباً ما يحدث فرط توتر شرياني واضطراب نظم.
- وعطش، نوام

النواحي السنية لفرط نشاط جارات الدرق:

قد تختلف المعالجة السنية بالعوامل التالية:

- فرط التوتر الشرياني
- اضطراب النظم
- المرض الكلوي
- القرحة الهضمية التهاب كبد بائي ناتجة عن الديلزة الكلوية في حالات فرط جارات الدرق الثانوي لقصور الكلية.
- حساسية اتجاه المرخيات العضلية
- هشاشة عظام bone fragility

قصور جارات الدرق Hyperparathyroidism

- قصور إفراز هرمون جارات الدرق نادر الحدوث وإن السبب الأكثر شيوعاً لعوز جارات الدرق هو استئصال الدرق.
- أن نقص الكلسمية سيسبب استثنائية عصبية عضلية والعرض الرئيسي هو التكزز

Tetany

- يتميز المرض بـ:
- علامة تشوفستك: تنجم عن نقص كالسيوم الدم وهي تقلص عضلات الوجه مثةرة نتيجة القرع الخفيف على العصب الوجهي أمام الأذن.
- علامة تورسو: تشنج رسغي قديمي ناجم عم نفخ كم مقياس الضغط فوق الضغط الانقباضي وهي أحد علامات نقص كالسيوم الدم.
- يعالج التكرز بإعطاء الكالسيوم وريدياً

النواحي السنية لقصور نشاط جارات الدرق:

قد تختلف المعالجة السنية بالعوامل التالية:

- التكرز
- الصرع
- المشاكل النفسية والتأخر العقلي
- اضطراب النظم
- اعتلالات غدية أخرى مثل الداء السكري أو نقص الستيروئيدات القشرية

تذكر: في جميع تدابير الحالات المرضية في العيادة السنية يكون المريض في وضعية الاستلقاء ماعدا الحالات التنفسية حيث يكون المريض بوضعية الجلوس أو نصف الجلوس.

الداء السكري

يعتبر داء السكري من أكثر اضطرابات الغدد الصم شيوعاً ويعرف على أنه فرط سكر الدم. تذكرة: كما نعلم ان مادة السكر (الغلوكوز) هي المصدر الرئيسي للطاقة في الجسم عن طريق هرمون الأنسولين الذي يفرز من خلايا بيتا في جزر لانغرهانس.

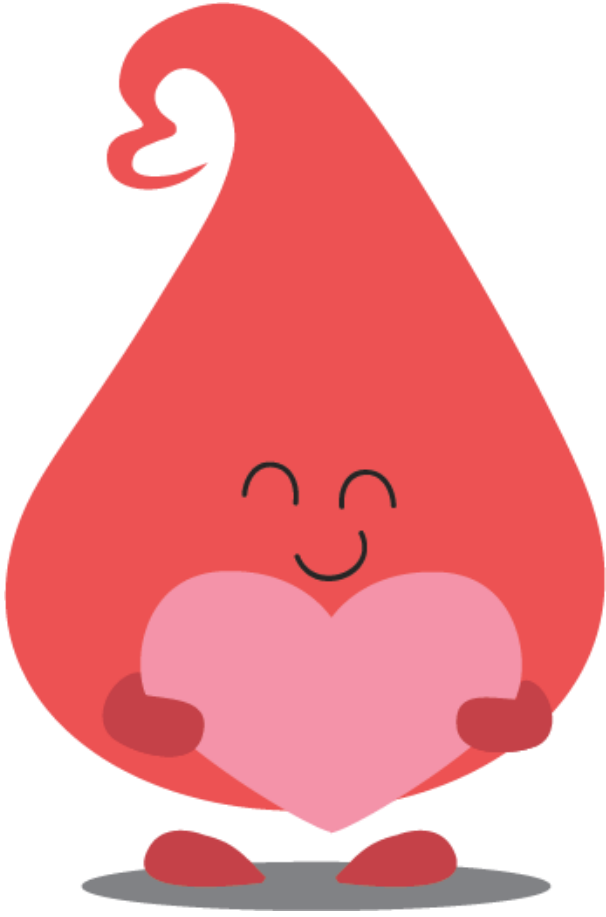
سكر الدم:

القيم الطبيعية 70-110 ملغ/100 دل

يزداد:

- ✓ الداء السكري
- ✓ حالات الشدة





✓ داء كوشينغ

✓ ورم القواتم

✓ فرط جارات الدرق

✓ الورم الغدي في البنكرياس

✓ التهاب البنكرياس

✓ المعالجة بالمدرات المعالجة بالستروئيدات

✓ ضخامة النهايات

ينقص:

✓ الورم الأنسولينى

✓ قصور الدرق

✓ قصور النخامى

✓ أفات الكبد

الغلوكاغون بعد الطعام بساعتين:

- قياس كمية الغلوكاغون قبل الطعام ثم بعد الطعام بساعتين
- عدم عودته للطبيعي يدل على الداء السكري

الخضاب السكري:

- وهو اتحاد الغلوكوز مع خضاب الدم ليشكل GHB 4-8%

اختبار تحمل السكر:

- يعطى المريض كمية من السكر 75-100 غ ويعاير السكر:

☀ قبل الإعطاء 105 ملغ/دل

☀ بعد 30 دقيقة 200 ملغ/دل

☀ 1 ساعة 190 ملغ/دل

☀ 2 ساعة 165 ملغ/دل

☀ 3 ساعة 145 ملغ/دل

☀ 4 ساعة 105 ملغ/دل

المرضى الذين لديهم عوز انسولين لن يتحملوا الجرعة من السكر وسيرتفع السكر الدموي بشدة من 1-5 ساعات

داء السكري Diabetes

السكري مخبرياً

ويعرف السكري مخبرياً:

- عيار الغلوكوز الصائم: أي مستوى غلوكوز مصل وريدي على الريق يبلغ 70-110 ملغ/دل أو أعلى
- اختبار تحمل الغلوكوز الفموي: مستوى غلوكوز المصل بعد ساعتين من إعطاء 75 غ من الغلوكوز يبلغ أو يزيد عن 200 ملغ/دل
- لكن يعد عيار سكر الصائم بين 110 أو تحمل الغلوكوز الفموي بين 140-200 ملغ/دل حالة وسط بين الحالة المثالية لمستوى غلوكوز الدم ومرض السكري. وهي عامل خطورة لتطور المرض السكري أو القلبي.

أنماط الإصابة:

تم حديثاً تصنيف داء السكري بالاستناد على الآلية الإيمراضية لنمط الإصابة:

1. سكري من النمط الأول:



- 👤 لا تلعب الوراثة دوراً واضحاً فيه.
- 👤 معتمد على الأنسولين.
- 👤 من العوامل المؤهبة للإصابة: اضطرابات المناعة الذاتية والإنتانات الفيروسية.
- 👤 غالباً ما يظهر هذا النموذج في الأعمار المبكرة دون 25 سنة وتبدأ الأعراض بصورة حادة.

2. سكري النمط الثاني:

- 👤 تلعب العوامل الوراثية دوراً واضحاً فيه.
- 👤 غير معتمد على الأنسولين (نستخدم فيه خافضات السكر).

🏥 من العوامل المؤهبة: البدانة وقلة الحركة والتقدم بالعمر.

👤 غالباً ما تبدأ المعالجة بالحمية وخافضات السكر الفموية، وتتطور لاحقاً إلى استخدام الأنسولين.

3. سکري حملي:

يحدث أثناء الحمل حيث هناك من الهرمونات التي تفرز أثناء الحمل تعاكس هرمون الأنسولين.

4. سکري من أنماط أخرى.



برأيك! ما سبب كون السكري نمط 1 معتمد على الأنسولين والنمط 2 غير معتمد على الأنسولين؟ وأيهما أخطر؟

السكر نمط 1 أخطر، تكون فيه الخلايا المفرزة للأنسولين (خلايا بيتا في البنكرياس) مدمرة والخلايا المناعية تستهدفها في الأعمار المبكرة، لذا يكون الاعتماد على الأنسولين أثناء المعالجة منذ البداية لنقصه وتخرّب خلاياه، بينما في السكري نمط 2 يكون هناك اضطراب باستقلاب الغلوكوز أو نقص في إفراز الأنسولين وتكون المعالجة بإعطاء خافضات السكر (المنظمات).

أعراض الداء السكري:

الثلاثي السكري:

- 1- البول Polyuria وخاصة الليلي لأن ارتفاع سكر الدم تجاوز العتبة الكلوية لعود امتصاص السكر وبالتالي يحاول طرحه مع البول.
- 2- العطش Polydipsia لأنه عند خروج السكر مع البول يصحبه خروج الماء.
- 3- نقص الوزن ناتج عن التجفاف وضياع الحريات عن طريق البول وأما نقص الوزن الحاد فيكون ناتج عن نقص الكتلة العضلية في السكري النمط الأول إضافة إلى فقدان الحريات عن طريق البول.

نقص سكر الدم

- ✓ وهو أحد اختلالات المعالجة بالانسولين للسكري النمط الأول والثاني.
- ✓ وقد يحدث عند المعالجة بخافضات السكر الفموي كالسلفونيل يوريا التي تخرض افراز الأنسولين الداخلي.
- ✓ نقص سكر الدم غالباً يحدث عنج التمارين الفيزيائية أو خلال الصيام، للحالة التي تتميز بارتفاع الهرمونات المعاكسة لعمل الأنسولين مثل الغلوكاغون والكاتيكلامين.
- ✓ إذا استمر هبوط السكر فإن علامات نقص الغلوكوز العصبي تحدث من خلال التأثير المباشر لنقص السكر على وظيفة الجهاز العصبي المركزي وتشمل التخليط confusion والغيبوبة.

اعراض هجمة نقص السكر:

- (1) تحدث هجمة نقص السكر بسرعة.
- (2) يحدث بسبب زيادة تحرر الأدرينالين.
- (3) خوف وارتعاش.
- (4) سرعة تهيج.
- (5) تسرع لقب ويكون النبض قوياً.
- (6) الجلد متعرقاً دافئاً.
- (7) وقد تتطور الاعراض إلى حالة سبات تؤدي لفقدان الوعي ويحدث عادة بتركيز غلوكوز دون 60 ملغ / 100مل.

النواحي السنية لداء السكري:

💡 إن أفضل وقت لمريض السكري هو صباحاً وخلال ساعتين من تناول الفطور مع أخذ أدوية السكر الاعتيادية.

💡 إن كمية الأدرينالين الموجودة في المخدر ليست ذات أهمية في رفع سكر الدم.

يؤدي الأدرينالين إلى تحرر الغليكوجين من مخازنه في الكبد وتفككه مما يزيد نسبة السكر بالدم. ولكن: كمية الأدرينالين التي تحتويها المادة المخدرة (المستخدمة لا تؤدي إلى تحرير ذلك الكم من الغليكوجين).

💡 تتأثر المظاهر الفموية لداء السكري بنمط الإصابة ودرجة السيطرة على المرض، فعندما تكون المعالجة بشكل جيد تكون المظاهر الفموية بأقل ما يمكن.

💡 إن الداء السكري هو من العوامل المؤهبة لتطور المرض حول السني وتكثر الخراجات حول السنية والضخامات اللثوية.

💡 إن مريض السكري عرضة للإصابة بالإنثان بسبب الخلل المناعي واعتلال الكريات البيضاء

وانخفاض PH الوسط الخلوي ولكن بشكل عام إن حدوث الإنثانات مشابه بين مريض

السكري المعالج جيداً وغير المصاب بالسكري وعلى حين يبدي مريض السكري الغير مضبوط

معدل إنثان أعلى بعد العمل الجراحي وبالتالي لا داعي للصادات الحيوية الوقائية بعد

المعالجة في السكري المضبوط جيداً (عيار السكر 120-180 ملغ \ دل).

أما في حال السكري غير المضبوط فيجب إعطاء الصادات الحيوية لمدة ثلاثة أيام قبل العمل

الجراحي ويومين بعده.

💧 يجب الانتباه إلى الأمراض الأخرى التي قد يعاني منها مريض السكري كاحتشاء العضلة القلبية سابقاً، فرط التوتر الشرياني، أو قصور كلوي وذلك باتخاذ احتياطات أثناء المعالجة وبعدها وعند وصف أدوية معينة قد تتدخل على صحة المريض.

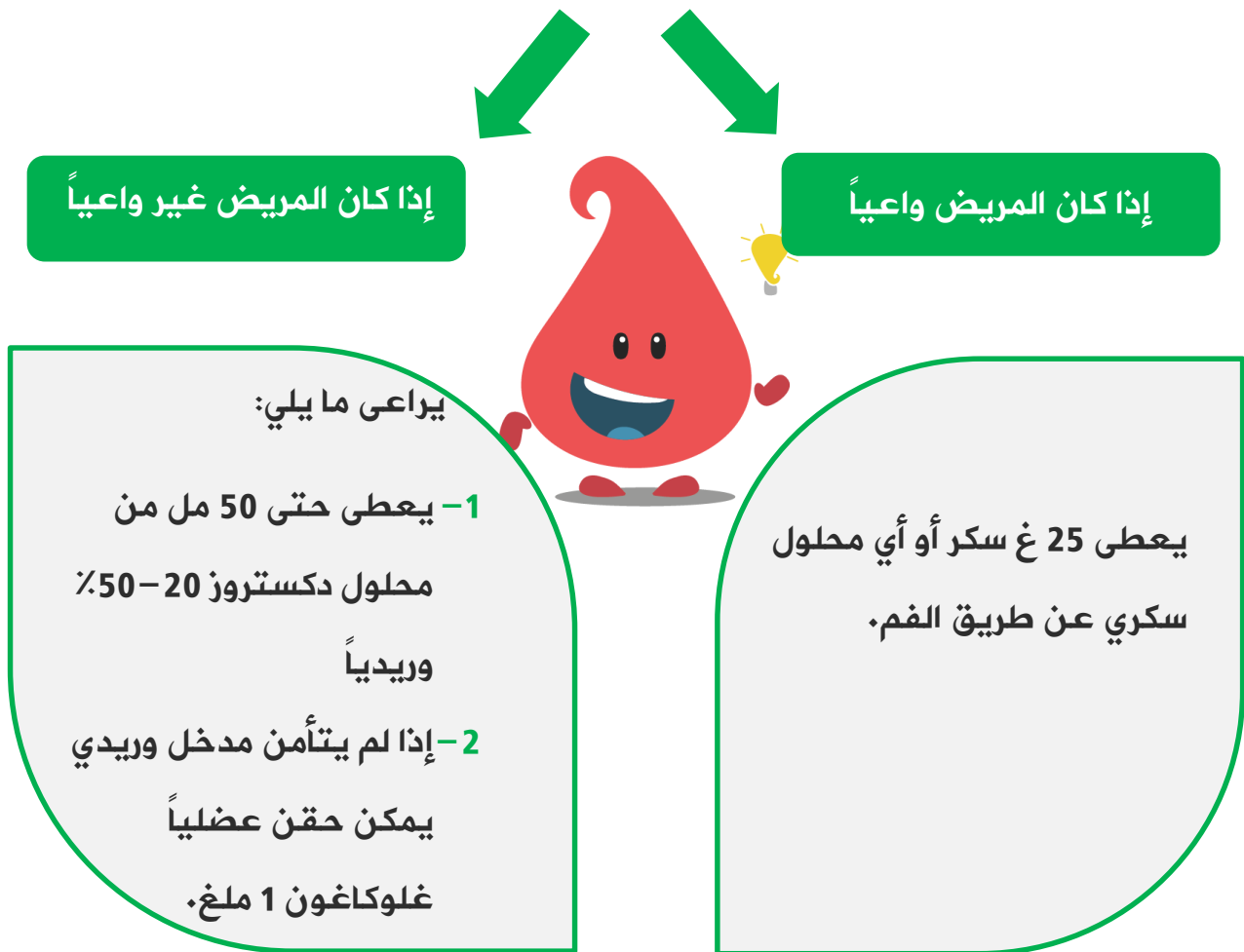
💧 يمكن إعطاء المسكنات الحاوية على الباراسيتامول ولكن يجب تجنب مضادات الالتهاب الستيروئيدية بسبب فعاليتها الحالة للغلوكوكوجين.

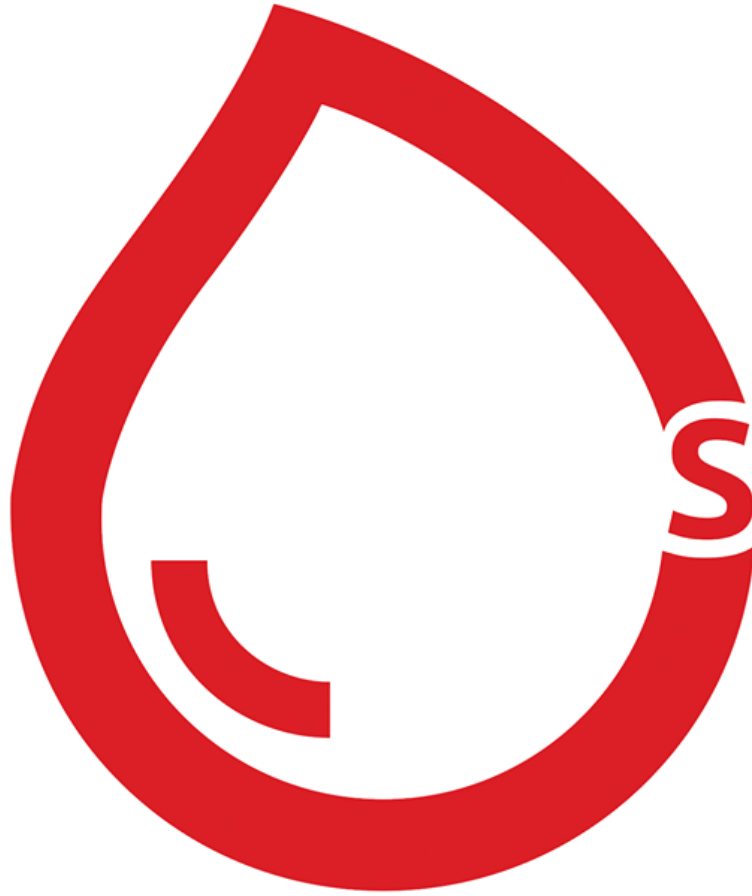
- النزف تكون نسبته أعلى عند مريض السكري بسبب هشاشة الأوعية الدموية نتيجة تراكم الكوليسترول بالأوعية الإنتهائية.
- فمريض السكري معرض لمشاكل تنكسية بالأوعية الخاصة به وهي مشاكل ترتبط بكل من درجة السكر ومدة الإصابة.
- يمكننا حل مشكلة النزف لدى مريض السكري بكل من الضغط لمدة 5 دقائق على المكان النازف أو تطبيق السيانوناكريلات.

تأتي الاختلالات الحادة لمرض السكري بشكل أساسي من جهتين:

1. سبات نقص سكر الدم Hypoglycemic coma

وتعالج:





RBC^s