

پیشگفتار مؤلف.....	۷
پیشگفتار مترجم.....	۹
Bleeding.....	فصل ۱: ۱۱
ضایعات آبی و/یا سیاه.....	فصل ۲: ۲۷
ضایعات قهوه‌ای.....	فصل ۳: ۴۵
بوی بد.....	فصل ۴: ۶۳
نقایص عضلانی (تریسموس/فلج).....	فصل ۵: ۷۹
دردهای دهان و صورت.....	فصل ۶: ۹۵
ضایعات قرمز.....	فصل ۷: ۱۱۳
اختلالات بزاقی (خشکی دهان/سیالوره).....	فصل ۸: ۱۳۱
تورم‌ها (منتشر/توده‌ای).....	فصل ۹: ۱۴۷
نقص در چشایی.....	فصل ۱۰: ۱۶۳
زخم‌ها.....	فصل ۱۱: ۱۷۹
ضایعات وزیکولوبولوز.....	فصل ۱۲: ۱۹۷
ضایعات سفید.....	فصل ۱۳: ۲۱۵
ضایعات زرد.....	فصل ۱۴: ۲۳۱
مخاط باکال.....	فصل ۱۵: ۲۴۷
کف دهان.....	فصل ۱۶: ۲۵۷
لته.....	فصل ۱۷: ۲۶۷
فک.....	فصل ۱۸: ۲۷۷

فصل ۱۹: لب.....	۲۸۷
فصل ۲۰: گردن.....	۲۹۷
فصل ۲۱: کام.....	۳۰۷
فصل ۲۲: غدد بزاقی (مینور/ماژور).....	۳۱۷
فصل ۲۳: دندان‌ها.....	۳۲۷
فصل ۲۴: زبان.....	۳۵۱
فصل ۲۵: نرمال و ریشن.....	۳۶۱
فصل ۲۶: ضایعات دهان مرتبط با سن بیمار.....	۳۷۷
فصل ۲۷: آزمایشات بالینی، علائم و پدیده‌ها.....	۳۹۹
Abbreviations	۴۱۹
Diagnostic Flow Charts According to the Location of Oral Lesions	۴۲۱
واژه‌یاب	۴۳۹

پیشگفتار مؤلف

ایده نوشتن این کتاب یک بعدازظهر یکشنبه سه سال پیش، زمانی که پروفسور اسکالی و من درباره موارد بالینی جالب و جذاب برای تشخیص بحث می‌کردیم، متولد شد. ما فکر کردیم که ایده خوبی است که عکس‌های بالینی مختلف ارائه داده و به سؤالات مرتبط پاسخ دهیم تا خوانندگان بتوانند به تشخیص مناسب هدایت شوند. پروفسور

اسکالی می‌خواست این کتاب جدید خواننده پسند باشد و امیدوار بود به روش متفاوت به بیماریهای رایج دهان و دندان نزدیک شود. این کتاب با هیچ یک از کتاب‌های درسی برجسته دیگر در زمینه پزشکی دهان مقایسه نمی‌شود، زیرا مروری کامل بر بیماری‌های دهان یا سندرم‌های نادر نیست. هدف این راهنما ارائه مجموعه وسیعی از موارد بالینی و بیماری‌های شایع دهان و دندان که در یک عملگر د بالینی روزانه مشاهده می‌شود و به همه پزشکان و ارائه دهندگان بهداشت دهان و دندان از جمله دندانپزشکان و پزشکان در مقطع کارشناسی و کارشناسی ارشد، همچنین متخصصان پوست، متخصصان گوش حلق و بینی، داخلی و انکولوژی توصیه می‌شود. علیرغم فوت ناگهانی پروفسور اسکالی نگارش کتاب به عنوان تلاشی برای پیروی از ایده او انجام شد. این کتاب به منظور ارائه یک بازنگری کوتاه از طب دهان و دندان با استفاده از سه گروه مختلف سوالات چند گزینه‌ای مبتنی بر عکس‌های رنگی بالینی طراحی شده است. هر گروه از سوالات درجات دشواری متفاوتی دارند. سوالات گروه اول برای دانشجویان مقطع لیسانس کافی است و با تشخیص مرتبط است. مورد دوم خطاب به پزشکان و دندانپزشکان است. در حالی که آخرین و دشوارترین سوالات برای دانشجویان دوره‌ی تخصصی می‌باشد. این کتاب به سه بخش تقسیم شده است. بخش اول شامل فصول ۱-۱۴ است و به طبقه بندی ضایعات دهان بر اساس ظاهر و علائم می‌پردازد. بخش دوم شامل فصول ۱۵-۲۴ است و شایعترین ضایعات دهان را بر اساس محل در بر می‌گیرد. بخش سوم شامل فصول ۲۵-۲۷ است و به ضایعاتی دهان اشاره دارد که تنوعات طبیعی هستند و تمایل به سن دارند یا بخش از پدیده‌های بالینی مختلف هستند. بخش اول و سوم شامل ۱۰ مورد در هر فصل هستند و در بخش دوم هر فصل حاوی ۵ مورد می‌باشد. علاوه بر این، یک جدول مختصر و یک متن کوتاه مربوط به هر فصل و حاوی لیستی از ضایعات و شرایط شایع دهان قبل از تصاویر ارائه شده است. این کتاب بر اساس بیش از ۲۶۰ عکس رنگی و باکیفیت تهیه شده است که این راهنما را به اطلس عملی مختصری از بیماری‌های شایع دهان تبدیل کرده است. این تصاویر بالینی از رکوردهای شخصی بنده می‌باشند. من از بیمارانی که اجازه نشر تصاویر را دادند و از انتشارات به‌خاطر ترسیم دقیق تصاویر بسیار سپاسگزارم، کمک آنان بی‌ظنیر بود و بدون آن‌ها این کتاب قابل اجرا نبود.

پیشگفتار مترجم

باتوجه به سوالات زیادی که از طرف همکاران و دانشجویان در ارتباط با ضایعات شایع دهان مطرح می‌شد و گاهاً اشتباه یا تاخیر در تشخیص این ضایعات منجر به عوارض ناخواسته می‌شد باعث احساس نیاز به کتابی بود که بتواند گام به گام به ضایعات شایع دهان بپردازد و با ارائه‌ی کیس‌های کلینیکال و عکس‌های ضایعات شایع بتواند برای همکاران عزیز راهگشا باشد.

در بین کتابهای موجود در زمینه‌ی بیماری‌های دهان این کتاب که توسط اساتید بزرگ این رشته پرفسور مالموس و اسکالی تدوین شده است و بصورت گام به گام و با پرسش‌های دقیق به بررسی ضایعات و تنوعات آناتومیک دهانی پرداخته‌است و می‌تواند برای خوانندگان یک گایدلاین عملی برای تشخیص و درمان ضایعات فراهم کند. مطالعه‌ی این کتاب می‌تواند برای دانشجویان، دندانپزشکان، پزشکان و رزیدنت‌های مربوطه بسیار مفید واقع شود. در انتها لازم می‌دانم از زحمات دانشجویان پرتلاش و پرسنل انتشارات رویان پژوه که بنده را در تهیه این کتاب یاری نموده‌اند کمال تشکر را داشته باشم.

مترجمین

فصل ۱

Bleeding

- گرانولوم پیوژنیک/سلول غول پیکر
- شکستگی فک
- تروما
- تومورهای مهاجم به عروق خونی
- شرایط سیستمیک
 - مادرزادی
 - هموفیلی A یا B
 - بیماری فون ویلبراند
 - کمبود فاکتورهای دیگر
 - ترومبوآستنی گلاتزمن
 - اکتسابی
 - مربوط به انعقاد
 - بیماری کبد
 - کمبود ویتامین پتاسیم، مصرف داروی وارفارین
 - انعقاد داخل عروقی منتشر
 - مربوط به ترومبوسیتوپنی
 - ایدیوپاتیک
 - ناشی از دارو
 - بیماری عروقی کلاژن
 - سارکوئیدوز
 - کم خونی همولیتیک
 - لوسمی
 - میلوما
 - والدنشتروم
 - مربوط به اختلالات پلاکتی
 - الکلیسم
 - نارسایی مزمن کلیه

خونریزی در دهان ممکن است نشانه‌ای از شرایط مختلف مربوط به ساختار عروق خونی، تعداد یا عملکرد گلبول‌های سفید خون و به ویژه پلاکت‌ها، کمبود یا اختلال در عملکرد فاکتورهای انعقادی یا حتی اثرمتقابل داروهای مختلف باشد. برخی از این اختلالات خونریزی در سنین بسیار پایین ظاهر می‌شوند. برخی نیز در میان بستگان نزدیک (ارثی) یافت می‌شوند در حالی که برخی دیگر بعداً با سابقه خانوادگی منفی مشاهده می‌شوند (اکتسابی). شدت خونریزی از خونریزی‌های جزئی از لثه و سایر قسمت‌های مخاط دهان با تشکیل پتشی یا اکیموز (شکل ۱،۰) تا خونریزی گسترده در سایر قسمت‌های بدن که باعث از دست دادن شدید خون و حتی به خطر انداختن جان بیمار می‌شود، متغیر است. مهمترین علل خونریزی دهانی در جدول ۱ آمده است.



شکل ۱-۰ هماتوم زبان در یک زن مبتلا به تشنج.

جدول ۱ شرایط مربوط به خونریزی دهان.

شرایط متداول و مهم

- شرایط موضعی
 - ژنژیویت/پریودنتیت

و روده که باعث شده بود مشاوره پزشکی درخواست کند ثبت نشده است. او غیر سیگاری و غیر الکلی بود.

معاینه دهانی: در معاینه، پاپول‌های عروقی قرمز متعدد/متغیر در اندازه، از ضایعات pin head-like (شبیبه سر سنجاق) تا پلاک‌های قرمز کوچک در بوردر ورمیلیون لب‌های او/روی زبان و مخاط باکال مشاهده شد (شکل ۱،۱a). چند ضایعه قرمز (ستاره مانند) نیز بر روی پوست انگشتان (شکل ۱،۱b) و داخل بینی او دیده شد که مسئول دوره‌های اپیستاکسی او بودند.



شکل ۱-۱ b

سوال ۱: علت احتمالی لکه‌های قرمز او کدام است؟

- (A) سندرم کرسٹ
- (B) سندرم شوگرن
- (C) سندرم اوسلر ویر راندو
- (D) روزاسه
- (E) آتاکسی - تلانژکتازی

پاسخ‌ها:

- (A) خیر
- (B) خیر
- (C) سندرم اسلر ویر رندو یا تلانژکتازی ارثی خونریزی دهنده (HHT) یک بیماری اتوزومال غالب نادر است که عروق خونی را در سراسر بدن تحت تأثیر قرار می‌دهد (تلانژکتازی؛ مالفورماسیون‌های شریانی وریدی) و تمایل به خونریزی دارد. این دیسپلازی عروقی معمولاً در دهان، نازوفارنکس، ریه، کبد، طحال، دستگاه گوارش و مجاری ادراری، ملتحمه چشم و پوست بازوها و انگشتان دیده می‌شوند.
- (D) خیر

- داروها
- بیماری کبد
- مربوط به اختلالات عروقی
- آنژین بولوز خونریزی دهنده
- آنژیوم
- سندرم اهلرز-داملوس
- تلانژکتازی هموراژیک ارثی
- عفونت‌های ابولا، HIV، HSV، EBV، سرخجه
- سندرم مارفان
- پورپورا
- اسکوروی
- مربوط به فیبرینولیز
- آمیلوئیدوز
- درمان استرپتوکیناز

مورد ۱-۱



شکل ۱-۱ a

بیمار: یک خانم ۶۲ ساله‌ای توسط پزشک خانواده‌اش برای ارزیابی نقاط قرمز متعدد روی لب‌ها، دهان و پوست انگشتانش ارجاع داده شده است.

سابقه بیماری فعلی: نقاط قرمز از دوران کودکی وجود داشته است/اما در طول پنج سال گذشته روی سطح صورت او بیشتر شده بود و باعث ایجاد مشکلات زیبایی و نگرانی بیمار میشد.

سابقه پزشکی قبلی: سابقه پزشکی او یک کم خونی فقر آهن مزمن را نشان داد که علیرغم اینکه بیمار در مرحله پس از یائسگی بود و گاهی با قرص‌های آهن درمان شده بود، همچنان باقی بود. هیچ مشکل پزشکی جدی دیگری به جز چند دوره خونریزی بینی

(C) Activin receptor like kinase (ALK-1)

(D) کلاژن نوع I زنجیره آلفا ۱ (COL1A1)

(E) دنتین سیالوفسفوپروتئین (DSPP)

پاسخ‌ها:

(A) جهش‌های ژن اندوگلین در خانواده‌های HHT (نوع ۱) یافت شده است.

(B) خیر

(C) جهش‌های Activin receptor like kinase (ALK-1)

در HHT (نوع ۲) یافت شده است.

نظرات: جهش در ژن‌های COL1A1 و COL1A2 با ایجاد

اکثر استئوژن‌زایم‌پرفکتا (بیش از ۹۰٪) مرتبط است، در حالی که FGFR3 با فیبروز دیسپلازی و DSPP با دنتینوژن‌زایم‌پرفکتا مرتبط است.

مورد ۱-۲

بیمار: یک پسر شش ساله با خونریزی از دهان پذیرش شد.

سابقه بیماری فعلی: بیمار نیم ساعت قبل از خونریزی در حین مسابقه فوتبال از ناحیه صورت آسیب دید.

سابقه پزشکی قبلی: او یک کودک سالم و بدون مشکل پزشکی جدی بود. او بسیار اجتماعی بود و در تمام فعالیت‌های مهدکودک خود شرکت می‌کرد.

معاینه دهانی: او کودک کم سن و سالی است که به دلیل خونریزی از دهانش، به ویژه از ناحیه انسیروز سانتالال راست شیری استرس و ترس دارد. این دندان به داخل لثه‌های خونریزی دهنده و متورم خود فرو رفته است (شکل ۱، ۲). هیچ مشکل دیگری در بقیه دندان‌ها، فک‌ها و مخاط دهان او مشاهده نشد.

سوال ۱: علت احتمالی خونریزی این کودک چیست؟

(A) ضربه

(B) خود القا شده

(C) عفونت‌ها

(D) کودک آزاری

(E) اختلالات خونریزی

(E) خیر

توضیحات: تلانژکتازی‌های پوستی در بیماران مبتلا به آتاکسی تلانژکتازی، سندرم کرست و شوگرن نیز دیده می‌شود. در روزاسه مانند آتاکسی تلانژکتازی، ضایعات عروقی اصلی عروق پاره شده‌ای هستند که منحصراً روی پوست و عمدتاً در ناحیه میانی صورت قرار دارند. در آتاکسی تلانژکتازی، ضایعات عروقی با هماهنگی ضعیف و در سندرم کرست با کلسینوزیس و اسکلروداکتیلی و پدیده رینود همراه هستند. سندرم شوگرن، دهان، چشم‌ها، بینی و سایر اندام‌ها را تحت تاثیر قرار می‌دهد و باعث خشکی، تورم غدد بزاقی و تلانژکتازهای صورت می‌شود.

سوال ۲: عوارض اصلی این وضعیت کدامند؟

(A) کم خونی

(B) خونریزی ریوی

(C) سکنه ایسکمیک

(D) حساسیت پوست به نور

(E) عقب ماندگی ذهنی

پاسخ‌ها:

(A) کم خونی فقر آهن یک مشکل بسیار شایع است که ناشی از مجموعه‌ای از دوره‌های از دست دادن خون از طریق بینی (اپیستاکسی) و دستگاه گوارش (مدفوع ملنا) به خاطر ضایعات تلانژیکتیک است.

(B) هموراژی ریوی عمدتاً در بیماران بالای ۴۰ سال و با درگیری‌های احشایی متعدد که باعث مشکلات تنفسی، فشار بالای پورت و سیروز کبدی می‌شوند دیده می‌شود.

(C) سکنه ایسکمیک یک عارضه نادر و در عین حال جدی در بیماران مبتلا به HHT است و نیاز به مراقبت ویژه دارد.

(D) خیر

(E) خیر

توضیحات: ضایعات عروقی روی پوست صورت گاهی اوقات باعث ایجاد مشکلات زیبایی می‌شوند، اما هرگز باعث حساسیت پوست به نور نمی‌شوند، در حالی که ضایعات مغزی HHT ممکن است با مسیرهای مختلفی باعث ایجاد عوارض عصبی روانی شوند که قبلاً با بیماری روانی مرتبط نبوده‌اند.

سوال ۳: کدام ژن‌ها با این وضعیت مرتبط هستند؟

(A) ژن اندوگلین (ENG)

(B) گیرنده فاکتور رشد فیبروبلاست ۳ (FGFR3)

پاسخ‌ها:

- (A) در کودکان ترومای صورت ناشی از افتادن و در نوجوانان ناشی از حمله یا درگیری است.
- (B) شکستگی استخوان‌های بینی یا فک در نوجوانان نسبت به کودکان شایع‌تر است.
- (C) علائم در کودکان با شدت ضایعات مطابقت ندارد و نسبت به نوجوانان قابل توجه‌تر است.
- (D) ترومای صورت در کودکان نسبت به نوجوانان سطحی‌تر است و عوارض آنها به نظر می‌رسد حداقل باشد.
- (E) هر چه بچه‌ها کوچکتر باشند، بهبودی آنها راحت‌تر است.

سوال ۳: اولین اولویت پزشک در مواجهه با بیمار با آسیب صورت کدام است؟

- (A) آرام کردن بیمار و والدینش
- (B) باز نگاه داشتن راه هوایی
- (C) بررسی دندان شکسته یا جابه‌جا شده
- (D) توقف خونریزی
- (E) درمان زخم صورت (تمیز کردن و بخیه زدن)

پاسخ‌ها:

- (A) خیر
- (B) باز نگاه داشتن راه هوایی کودک اولویت اول است زیرا ادم مخاطی با راه تنفسی بیمار نامتناسب (disproportional) است. پزشک باید موانعی مانند دبری‌ها، لخته‌ها و اجسام خارجی را از اوروفارنکس حذف کند، موقعیت زبان بیمار را کنترل کند در حالی که در موارد شدید، انتوباسیون دهانی-نایی می‌تواند اجباری باشد.
- (C) خیر
- (D) خیر
- (E) خیر

نظرات: اولویت دوم برای پزشکان کنترل خونریزی با اعمال فشار مستقیم بر آسیب صورت است. با کنترل خونریزی، پزشکان سپس می‌توانند آسیب بافت نرم را به درستی بررسی کنند، شکستگی‌های احتمالی دندان‌ها و فک‌ها را بررسی کنند و سپس برای تمیز کردن و بخیه زدن زخم و همچنین اطمینان دادن به بیمار و والدینش اقدام کنند.



شکل ۲-۱

پاسخ‌ها:

(A) ضربه به‌طور معمول در میان کودکان مشاهده می‌شود و با آسیب‌های بافت نرم (لب‌ها، مخاط دهان، صورت) یا آسیب‌های عمیق به استخوان مگزیلا یا مندیبل و دندان‌های مرتبط با آنها مشخص می‌شود. ترومای صورت به دلیل عروق زیاد این ناحیه باعث خونریزی «چشمگیر» می‌شود.

- (B) خیر
- (C) خیر
- (D) خیر
- (E) خیر

نظرات: فقدان کبودی‌ها و هماتوم‌های متعدد به تنهایی یا همراه با دوره‌های مختلف ضایعات به همراه سابقه تصادف و نوع صدمات در بدن کودک، راهی آسان برای حذف اختلالات خونریزی یا کودک‌آزاری از تشخیص است. عدم وجود تب، تورم و اریتم در ضایعه، عفونت (باکتری، ویروسی یا قارچی) را رد می‌کند. علاوه بر این، فقدان ضایعات مشابه در گذشته همراه با زندگی اجتماعی خوب سالم کودک، این ایده را تقویت می‌کند که ضایعه خود القا شده نیست.

سوال ۲: تفاوت (های) ضربه صورت بین کودکان و نوجوانان کدام است؟

- (A) اتیولوژی
- (B) درگیری استخوان
- (C) علائم
- (D) عوارض
- (E) میزان بهبودی

مورد ۳-۱

بیمار: یک زن ۳۲ ساله با یک توده خونریزی دهنده نرم در لثه پایین سمت چپ خود مراجعه کرد.

سابقه بیماری فعلی: توده سه ماه پیش ظاهر شد و به تدریج بزرگتر شد و تمام تاج دندان پرمولر دوم را پوشاند و در نتیجه باعث ایجاد مشکلاتی در حین غذا خوردن و ترس بیمار از یک نئوپلاسم بدخیم شد.

سابقه پزشکی قبلی: یک زن سالم در ماه سوم پس از زایمان، بدون هیچ مشکل جدی پزشکی و مصرف دارو به غیر از قرص آهن و کلسیم که توسط متخصص زنان در دوران بارداری او تجویز شده است. سیگار و الکل به وفور مصرف می‌شود.

معاینه دهانی: یک توده پایه‌دار بسیار نرم روی لثه از دیستال دندان پرمولر اول پایین سمت راست تا دندان مولر یک. بسیار نرم، عروقی و حساس بود و با پروبینگ خفیف به راحتی خونریزی می‌کرد و باعث مشکلاتی در غذا خوردن می‌شد (شکل ۱، ۳). این ضایعه به تدریج ایجاد شد و در ماه آخر بارداری به بزرگترین سایز خود رسید و طی سه ماه بعد از زایمان به آرامی شروع به کاهش اندازه کرد. هیچ ضایعه مشابه دیگری در دهان، مخاط یا پوست او یافت نشد. لنفادنوپاتی ناحیه‌ای یا سیستمیک ثبت نشده است.



شکل ۳-۱

سوال ۱: این ضایعه چیست؟

(A) سارکوم کاپوزی

(B) اپولیس حاملگی

(C) ژانت سل گرانولومای محیطی

(D) همانژیوم لثه

(E) فیبروم اوسیفیه محیطی

پاسخ‌ها:

(A) خیر

(B) اپولیس حاملگی یک ضایعه نرم خونریزی دهنده هیپرپلاستیک موضعی بر روی لثه فوقانی و تحتانی زنان باردار با دندان‌های پوسیده و بهداشت دهانی ضعیف است. ضایعه به کندی رشد می‌کند و در سه ماهه آخر بارداری به بزرگترین اندازه خود می‌رسد.

(C) خیر

(D) خیر

(E) خیر

توضیحات: بر خلاف اپولیس حاملگی، همانژیوم‌های لثه زودتر (در دوران کودکی) یافت می‌شوند. سارکوم کاپوزی معمولاً با لنفادنوپاتی همراه است و سیر تهاجمی دارد. فیبروم ادنتوژنیک محیطی در لمس سفت‌تر است، در حالی که اپولیس ژانت سل محیطی با تولد نوزاد بهبود نمی‌یابد و همراه با اختلالات غدد درون‌ریز است.

سوال ۲: سایر بیماری‌های دهانی که در دوران بارداری دیده می‌شوند کدامند؟

(A) ملاسما

(B) ژنژیویت بارداری

(C) افزایش ریسک پوسیدگی

(D) اروژن دندان‌ها

(E) سیالوره

پاسخ‌ها:

(A) خیر

(B) ژنژیویت بارداری شایع‌ترین عارضه بارداری است که حتی ممکن است از ماه دوم شروع شود و در ماه هشتم بارداری به اوج خود برسد. این نوع ژنژیویت بیشتر به دلیل اثر افزایش هورمون‌های زنانه بر روی گیرنده‌های لثه آن‌ها است تا پلاک میکروبی.

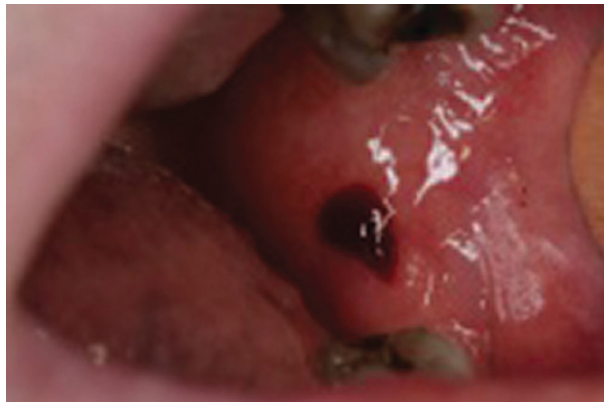
(C) زنان باردار با افزایش تعداد باکتری‌های پوسیدگی زا در دهان و افزایش دفعات غذا خوردن، به ویژه غذاهای شیرین به عنوان وسیله‌ای برای مقابله با حالت تهوع، بیشتر در معرض ریسک افزایش یافته پوسیدگی قرار دارند.

(D) اروژن در سطح پالاتال دندان‌ها و به ویژه در دندان‌های قدامی بالا شایع است و همچنین به اسیدپته شیره معده که

ساندویچ ظاهر شد. هیچ بول مشابهی در گذشته در او یا بستگان نزدیکش ثبت نشده است.

سابقه پزشکی قبلی: از سوابق پزشکی او چند دوره از رینیت آلرژیک کنترل شده با آنتی‌هیستامین و استروئید در شرایط بحرانی ثبت شده است. هیچ بیماری خونی و دیگر بیماری‌های سیستمیک، سایر آلرژی‌ها یا مصرف دارو ثبت نشده است.

معاینه دهانی: معاینه یک بول بزرگ با محتوای خونی را در مخاط باکال چپ در سطح اکلوزن نشان داد (شکل ۱،۴). تاول در هنگام جویدن ظاهر شد و به راحتی در حین دستکاری‌های (manipulation) معاینه پاره شد و زخم سطحی دردناکی بر جای گذاشت. هیچ تاول، زخم یا پتشی و اکیموز دیگری روی مخاط دهان و سایر مخاطات یا پوست دیده نشد. لنفادنوپاتی گردنی دیده نشد.



شکل ۱-۴

سوال ۱: کدام بیماری مسئول این تاول است؟

- (A) ترومبوسیتوپنی
- (B) سوختگی‌ها
- (C) پمفیگنوئید غشای مخاطی
- (D) آنژین بولوزا خونریزی دهنده
- (E) موکوسل هموراژیک

پاسخ‌ها:

- (A) خیر
- (B) خیر
- (C) خیر

(D) آنژین بولوزا خونریزی دهنده (ABC) یک بیماری حاد و خوش‌خیم است که با ایجاد بول‌های ساب اپیتلیالی پر از خون مشخص می‌شود و به هیچ اختلال سیستمیکی نسبت

هنگام استفراغ به دهان می‌رسد نسبت داده می‌شود.

E سیالوره یک یافته شایع در زنان باردار است و به دلیل افزایش تهوع و استفراغ ثبت شده در دوران بارداری آن‌ها ایجاد می‌شود.

توضیحات: ملاسما یا ماسک بارداری همانطور که معلوم است با تغییر رنگ قهوه‌ای پوست صورت و لب‌ها مشخص می‌شود، اما هرگز در دهان زنان باردار و کسانی که از داروهای ضد بارداری یا داروهای جایگزینی هورمون استفاده می‌کنند دیده نمی‌شود.

سوال ۳: کدام شرایط شناسایی شده در نوزادان مربوط به وضعیت پریدونتال مادرانشان است؟

- (A) تولد زودرس
- (B) وزن کم
- (C) نقص بینایی یا شنوایی
- (D) عقب ماندگی ذهنی
- (E) آنومالی‌های دندانی

پاسخ‌ها:

(A) زنان با التهاب مزمن لثه خود به نظر می‌رسد تعدادی سیتوکین التهابی تولید می‌کنند که برخی از آنها مسئول انقباضات عضلات رحم هستند که در نهایت باعث زایمان زودرس می‌شوند.

(B) نوزادان نارس رشد ناقص و وزن کم را نشان می‌دهند.

C نقص بینایی یا شنوایی معمولاً در نوزادان نارس دیده می‌شود که تولد زود هنگام آنها ممکن است با مشکلات پریدونتال مادرشان مرتبط باشد.

(D) خیر

(E) خیر

توضیحات: وضعیت روانی زنان باردار ممکن است با افزایش ترشح کورتیزول و امتناع از مسواک زدن، مشکلات پریدونتال آنها را بدتر کند، در حالی که پریدونتیت فی نفسه بر وضعیت روانی یا دندانی فرزندان آنها تأثیری ندارد.

مورد ۱-۴

بیمار: زنی ۴۲ ساله با یک بول خونریزی دهنده در داخل گونه خود مراجعه کرد.

سابقه بیماری فعلی: تاول سه ساعت پیش پس از خوردن یک