



ACADEMY
DR MAHMOUD ABADI

پروفیلاکسی آنتی بیوتیکی

برای بیماران دندانی در معرض خطر عفونت

■ نحوه استناد:

آکادمی دندانپزشکی کودکان آمریکا. پروفیلاکسی آنتی‌بیوتیکی برای بیماران دندان‌دانی در معرض خطر عفونت. راهنمای مرجع دندانپزشکی کودکان. شیکاگو، ایلینوی: آکادمی دندانپزشکی کودکان آمریکا؛ ۲۰۲۴:۵۳۸-۴۴.

■ چکیده

این راهنما توصیه‌هایی درباره پروفیلاکسی آنتی‌بیوتیکی ارائه می‌دهد تا باکتری می‌گذرد در بیماران دندان‌دانی پرخطر که تحت اقدامات تهاجمی قرار می‌گیرند، کاهش یافته یا حذف شود. شواهد مربوط به اثربخشی و کاربرد این روش در کودکان محدود است. با توجه به احتمال ایجاد مقاومت میکروبی و خطر بروز عوارض جانبی، در تصمیم‌گیری برای ضرورت تجویز پروفیلاکسی باید با احتیاط عمل کرد. پروفیلاکسی آنتی‌بیوتیکی برای برخی بیماران دارای مشکلات قلبی و ضعف سیستم ایمنی که تحت درمان‌های دندان‌پزشکی شامل دستکاری بافت لثه، ناحیه ریشه دندان یا سوراخ کردن مخاط دهان قرار می‌گیرند، توصیه می‌شود. در حالی که در این سند به برخی شرایط خاص پرداخته شده است، برای سایر بیماران پرخطر مانند افرادی با نقص ایمنی یا وسایل کاشتنی، مشاوره با پزشک بیمار توصیه می‌شود. دندان‌پزشکان باید با توصیه‌های روز در زمینه پروفیلاکسی آنتی‌بیوتیکی آشنا باشند. همچنین، رژیم‌های آنتی‌بیوتیکی مشخصی که علیه میکروب‌های اصلی عامل اندوکاردیت عفونی مؤثرند، در این راهنما ذکر شده است. این سند با همکاری شورای امور بالینی و شورای امور علمی آکادمی دندانپزشکی کودکان آمریکا تهیه شده است تا اطلاعات و راهنمایی‌های به‌روز در این زمینه ارائه کند.

کلیدواژه‌ها: آنتی‌بیوتیک‌ها؛ پروفیلاکسی آنتی‌بیوتیکی؛ مقاومت میکروبی؛ اندوکاردیت؛ داروهای پیشگیرانه

■ هدف

آکادمی دندانپزشکی کودکان آمریکا تأکید می‌کند که بسیاری از شرایط پزشکی می‌توانند بیماران را مستعد عفونت‌های ناشی از باکتری می‌کنند. برای بیمارانی که در صورت بروز باکتری می و عفونت، در معرض خطر بالای پیامدهای نامطلوب قرار دارند، هنگام انجام اقدامات دهانی یا دندان‌تهاجمی، پروفیلاکسی آنتی‌بیوتیکی توصیه می‌شود. این توصیه‌ها برای کمک به دندان‌پزشکان در تصمیم‌گیری درباره تجویز آنتی‌بیوتیک پیشگیرانه طراحی شده‌اند.

■ روش‌ها

توصیه‌های مربوط به پروفیلاکسی آنتی‌بیوتیکی در بیماران دندان‌دانی پرخطر توسط کمیته امور بالینی تدوین و در سال ۱۹۹۰ تصویب شد و آخرین بار در سال ۲۰۱۹ بازنگری گردید. بازنگری جدید بر اساس مرور منابعی شامل دستورالعمل‌های انجمن قلب آمریکا برای پیشگیری از اندوکاردیت عفونی، بیانیه علمی این انجمن درباره اندوکاردیت عفونی در کودکان (۲۰۱۵)، گزارش انجمن دندانپزشکی آمریکا درباره مصرف آنتی‌بیوتیک قبل از درمان‌های دندان‌دانی در بیماران دارای مفصل مصنوعی، و دستورالعمل ۲۰۲۱ انجمن قلب آمریکا درباره پیشگیری از اندوکاردیت ناشی از استرپتوکوک‌های گروه ویریدانس انجام شده است.

همچنین جستجوهای در پایگاه‌های علمی با کلیدواژه‌هایی مانند اندوکاردیت عفونی، باکتری‌می، پروفیلاکسی آنتی‌بیوتیک و عفونت دندانی انجام شد. مقالات بر اساس عنوان یا چکیده و میزان ارتباط با مراقبت‌های دندان‌پزشکی کودکان، نوجوانان و بیماران با نیازهای ویژه سلامت بررسی شدند. در مجموع ۲۴۳ مقاله معیارها را داشتند. هر جا که داده‌ها ناکافی یا غیرقطعی بودند، توصیه‌ها بر اساس نظر کارشناسی و اجماع متخصصان ارائه گردید.

پیش‌زمینه

باکتری‌می یعنی وجود باکتری در جریان خون، پس از درمان‌های تهاجمی دندان‌پزشکی انتظار می‌رود و می‌تواند در بیماران دارای نقص ایمنی منجر به عوارض جدی شود. بیماری‌های قلبی پرخطر، سرکوب ایمنی و سایر اختلالات ایمنی ممکن است توانایی بدن در مقابله با عفونت‌های ساده را کاهش دهند. دلیل استفاده از پروفیلاکسی آنتی‌بیوتیک، کاهش یا حذف باکتری‌می گذرا ناشی از درمان‌های تهاجمی دندان‌پزشکی است.

با این حال، مصرف آنتی‌بیوتیک ممکن است باعث ایجاد مقاومت میکروبی شود. تجویز پروفیلاکسی برای بیماران پرخطر پیشگیری کامل از عفونت را تضمین نمی‌کند. بروز علائم حاد پس از درمان مانند تب، بی‌حالی، ضعف و خستگی می‌تواند نشانه شکست درمان باشد و نیازمند بررسی پزشکی بیشتر است. تصمیم برای استفاده از پروفیلاکسی آنتی‌بیوتیکی باید به صورت فردی گرفته شود. برخی شرایط پزشکی می‌توانند بیماران را مستعد عفونت‌های پس از درمان کنند. فهرست این شرایط کامل نیست، بلکه صرفاً به دندان‌پزشکان کمک می‌کند کودکانی را که ممکن است در معرض خطر بالاتر باشند، شناسایی کنند. اگر بیماری یا سندرمی گزارش شود که برای دندان‌پزشک ناشناخته است، مناسب است که قبل از هر اقدام تهاجمی، خطر و حساسیت بیمار نسبت به عفونت‌های ناشی از باکتری‌می با پزشک کودک مطرح شود.

تا امروز، کارآزمایی‌های بالینی تصادفی که اثربخشی و کاربرد پروفیلاکسی آنتی‌بیوتیک را ثابت کنند، به‌ویژه در کودکان، محدود بوده است. بسیاری از توصیه‌ها بر پایه اجماع متخصصان ارائه شده‌اند. یک مطالعه نشان داد که ۸۰ درصد نسخه‌های آنتی‌بیوتیک قبل از درمان، غیرضروری بوده‌اند، زیرا عامل خطر مشخصی وجود نداشته است. این موضوع نگرانی‌هایی درباره مناسب بودن تجویز پروفیلاکسی ایجاد می‌کند.

مصرف محتاطانه آنتی‌بیوتیک‌ها به کاهش خطر ایجاد مقاومت کمک می‌کند. با توجه به افزایش شمار میکروب‌هایی که در برابر آنتی‌بیوتیک‌ها مقاوم شده‌اند و همچنین احتمال بروز واکنش‌های آلرژیک شدید مانند آنافیلاکسی، مدیریت دقیق مصرف آنتی‌بیوتیک‌ها برای پیشگیری از اندوکاردیت یا سایر عفونت‌های ناشی از باکتری‌می ضروری است. در حالی که پروفیلاکسی برای برخی بیماران در اقدامات تهاجمی دندان‌پزشکی توصیه می‌شود، پیشگیری از بیماری‌های دهان با حفظ بهداشت مناسب در خانه و مراجعه منظم به دندان‌پزشک اهمیت بیشتری دارد. این کار می‌تواند نیاز به مصرف مکرر آنتی‌بیوتیک را کاهش دهد و در نتیجه احتمال مقاومت میکروبی و عوارض دارویی را پایین بیاورد.



توصیه‌ها

پروفیلاکسی آنتی‌بیوتیکی برای بیمارانی که در معرض بالاترین خطر پیامدهای نامطلوب ناشی از عفونت‌های باکتری می‌هستند، هنگام برخی درمان‌های دندان‌پزشکی توصیه می‌شود و باید علیه شایع‌ترین میکروب‌های عامل عفونت باشد. آموکسی‌سیلین انتخاب اول است.

تغییرات اخیر در راهنمای انجمن قلب آمریکا استفاده از کلیندامایسین را به دلیل بروز عوارض شدید و مکرر حذف کرده است. کلیندامایسین با عوارض جدی از جمله عفونت‌های روده‌ای ناشی از کلستری‌دیوم دیفیسیل ارتباط داشته است. در بیمارانی که تحمل پنی‌سیلین، سفالوسپورین یا ماکرولید را ندارند، دوکسی‌سایکلین به عنوان جایگزین توصیه می‌شود. مصرف کوتاه‌مدت دوکسی‌سایکلین (کمتر از ۲۱ روز) در کودکان زیر هشت سال با تغییر رنگ دندان همراه نبوده است.

آنتی‌بیوتیک باید ۳۰ تا ۶۰ دقیقه قبل از درمان مصرف شود، هرچند تا دو ساعت پس از درمان نیز می‌تواند داده شود. اگر بیمار در حال مصرف آنتی‌بیوتیک خوراکی باشد یا سابقه آلرژی شدید داشته باشد، باید از دارویی از گروه دیگر استفاده شود. در صورت شک نسبت به سابقه آلرژی، مشاوره با متخصص آلرژی و تست پوستی کمک‌کننده است. اگر بیمار در حال دریافت درمان تزریقی برای اندوکاردیت یا عفونت دیگری باشد، همان آنتی‌بیوتیک می‌تواند برای درمان دندان‌پزشکی نیز ادامه یابد. در صورت امکان، اقدامات انتخابی باید ۱۰ روز پس از پایان یک دوره کوتاه مصرف آنتی‌بیوتیک انجام شوند. در درمان‌هایی که بافت عفونی درگیر است یا پاسخ ایمنی بیمار ضعیف است، ممکن است نیاز به دوزهای اضافی یا تجویز دارو قبل و بعد از عمل وجود داشته باشد.

بیماران قلبی

انجمن قلب آمریکا دستورالعمل‌هایی برای پیشگیری از اندوکاردیت و کاهش خطر ایجاد سویه‌های مقاوم باکتری منتشر کرده است. اندوکاردیت مثالی از یک عارضه نادر اما تهدیدکننده زندگی است که بر اثر باکتری می‌دهد. در یک مطالعه چندمرکزی روی بیمارستان‌های کودکان در ایالات متحده بین سال‌های ۲۰۰۳ تا ۲۰۱۰، بروز اندوکاردیت در کودکان بین ۵/۰ تا ۱۲/۰ مورد در هر ۱۰۰۰ پذیرش گزارش شد. هرچند داده‌های باکیفیت درباره مرگ‌ومیر یا شیوع اندوکاردیت ناشی از استرپتوکوک‌های ویریدانس در کودکان وجود ندارد، اما شواهدی هم از افزایش این موارد پس از انتشار راهنمای ۲۰۰۷ دیده نشده است.

فقط تعداد محدودی از گونه‌های باکتریایی در عفونت‌های پس از درمان نقش دارند؛ از جمله استرپتوکوک‌های ویریدانس، استافیلوکوک اورئوس و انتروکوک‌ها. گونه‌های کمتر شایع شامل هموفیلوس، آگرگاتی‌باکتر، کاردیوباکتریوم، ایکنلا و کینگلا هستند.

نکته مهم این است که فعالیت‌های روزمره مثل مسواک زدن، نخ‌دندان کشیدن و جویدن غذا احتمال بروز باکتری می‌بیشتری نسبت به درمان‌های دندان‌پزشکی دارند. بنابراین تمرکز اصلی پیشگیری از اندوکاردیت از پروفیلاکسی آنتی‌بیوتیکی به سمت بهداشت دهان و پیشگیری از بیماری‌های دهان با مراقبت منظم تغییر یافته است.

خلاصه یافته‌ها و توصیه‌های گروه راهنمای علمی انجمن قلب آمریکا در سال ۲۰۲۱ در جدول ۲ آمده است.

تصمیم برای استفاده از پروفیلاکسی آنتی‌بیوتیکی باید به صورت فردی گرفته شود. برخی شرایط پزشکی می‌توانند بیماران را مستعد عفونت‌های پس از درمان کنند. فهرست این شرایط کامل نیست، بلکه صرفاً به دندان‌پزشکان کمک می‌کند کودکانی را که ممکن است در معرض خطر بالاتر باشند، شناسایی کنند. اگر بیماری یا سندرمی گزارش شود که برای دندان‌پزشک ناشناخته است، مناسب است که قبل از هر اقدام تهاجمی، خطر و حساسیت بیمار نسبت به عفونت‌های ناشی از باکتری‌ها با پزشک کودک مطرح شود.

تا امروز، کارآزمایی‌های بالینی تصادفی که اثربخشی و کاربرد پروفیلاکسی آنتی‌بیوتیک را ثابت کنند، به‌ویژه در کودکان، محدود بوده است. بسیاری از توصیه‌ها بر پایه اجماع متخصصان ارائه شده‌اند. یک مطالعه نشان داد که ۸۰ درصد نسخه‌های آنتی‌بیوتیک قبل از درمان، غیرضروری بوده‌اند، زیرا عامل خطر مشخصی وجود نداشته است. این موضوع نگرانی‌هایی درباره مناسب بودن تجویز پروفیلاکسی ایجاد می‌کند.

مصرف محتاطانه آنتی‌بیوتیک‌ها به کاهش خطر ایجاد مقاومت کمک می‌کند. با توجه به افزایش شمار میکروب‌هایی که در برابر آنتی‌بیوتیک‌ها مقاوم شده‌اند و همچنین احتمال بروز واکنش‌های آلرژیک شدید مانند آنافیلاکسی، مدیریت دقیق مصرف آنتی‌بیوتیک‌ها برای پیشگیری از اندوکاردیت یا سایر عفونت‌های ناشی از باکتری‌ها ضروری است. در حالی که پروفیلاکسی برای برخی بیماران در اقدامات تهاجمی دندان‌پزشکی توصیه می‌شود، پیشگیری از بیماری‌های دهان با حفظ بهداشت مناسب در خانه و مراجعه منظم به دندان‌پزشک اهمیت بیشتری دارد. این کار می‌تواند نیاز به مصرف مکرر آنتی‌بیوتیک را کاهش دهد و در نتیجه احتمال مقاومت میکروبی و عوارض دارویی را پایین بیاورد.

توصیه‌ها

پروفیلاکسی آنتی‌بیوتیکی برای بیمارانی که در معرض بالاترین خطر پیامدهای نامطلوب ناشی از عفونت‌های باکتری‌ها هستند، هنگام برخی درمان‌های دندان‌پزشکی توصیه می‌شود و باید علیه شایع‌ترین میکروب‌های عامل عفونت باشد. آموکسی‌سیلین انتخاب اول است. تغییرات اخیر در راهنمای انجمن قلب آمریکا استفاده از کلیندامایسین را به دلیل بروز عوارض شدید و مکرر حذف کرده است. کلیندامایسین با عوارض جدی از جمله عفونت‌های روده‌ای ناشی از کلستریدیوم دیفیسیل ارتباط داشته است. در بیمارانی که تحمل پنی‌سیلین، سفالوسپورین یا ماکرولید را ندارند، دوکسی‌سایکلین به عنوان جایگزین توصیه می‌شود. مصرف کوتاه‌مدت دوکسی‌سایکلین (کمتر از ۲۱ روز) در کودکان زیر هشت سال با تغییر رنگ دندان همراه نبوده است.

آنتی‌بیوتیک باید ۳۰ تا ۶۰ دقیقه قبل از درمان مصرف شود، هرچند تا دو ساعت پس از درمان نیز می‌تواند داده شود. اگر بیمار در حال مصرف آنتی‌بیوتیک خوراکی باشد یا سابقه آلرژی شدید داشته باشد، باید از دارویی از گروه دیگر استفاده شود. در صورت شک نسبت به سابقه آلرژی، مشاوره با متخصص آلرژی و تست پوستی کمک‌کننده است. اگر بیمار در حال دریافت درمان تزریقی برای اندوکاردیت یا عفونت دیگری باشد، همان آنتی‌بیوتیک می‌تواند برای درمان دندان‌پزشکی نیز ادامه یابد. در صورت امکان، اقدامات انتخابی باید ۱۰ روز پس از پایان یک دوره کوتاه مصرف آنتی‌بیوتیک انجام شوند. در درمان‌هایی که بافت عفونی درگیر است یا پاسخ ایمنی بیمار ضعیف است، ممکن است نیاز به دوزهای اضافی یا تجویز دارو قبل و بعد از عمل وجود داشته باشد.



بیماران قلبی

انجمن قلب آمریکا دستورالعمل‌هایی برای پیشگیری از اندوکاردیت و کاهش خطر ایجاد سویه‌های مقاوم باکتری منتشر کرده است. اندوکاردیت مثالی از یک عارضه نادر اما تهدیدکننده زندگی است که بر اثر باکتری می‌دهد. در یک مطالعه چندمرکزی روی بیمارستان‌های کودکان در ایالات متحده بین سال‌های ۲۰۰۳ تا ۲۰۱۰، بروز اندوکاردیت در کودکان بین ۵/۰ تا ۱۲/۰ مورد در هر ۱۰۰۰ پذیرش گزارش شد. هرچند داده‌های باکیفیت درباره مرگ‌ومیر یا شیوع اندوکاردیت ناشی از استرپتوکوک‌های ویریدانس در کودکان وجود ندارد، اما شواهدی هم از افزایش این موارد پس از انتشار راهنمای ۲۰۰۷ دیده نشده است.

فقط تعداد محدودی از گونه‌های باکتریایی در عفونت‌های پس از درمان نقش دارند؛ از جمله استرپتوکوک‌های ویریدانس، استافیلوکوک اورئوس و انتروکوک‌ها. گونه‌های کمتر شایع شامل هموفیلوس، آگرگاتی‌باکتر، کاردیوباکتریوم، ایکنلا و کینگلا هستند.

نکته مهم این است که فعالیت‌های روزمره مثل مسواک زدن، نخ‌دندان کشیدن و جویدن غذا احتمال بروز باکتریی بیشتری نسبت به درمان‌های دندان‌پزشکی دارند. بنابراین تمرکز اصلی پیشگیری از اندوکاردیت از پروفیلاکسی آنتی‌بیوتیکی به سمت بهداشت دهان و پیشگیری از بیماری‌های دهان با مراقبت منظم تغییر یافته است.

خلاصه یافته‌ها و توصیه‌های گروه راهنمای علمی انجمن قلب آمریکا در سال ۲۰۲۱ در جدول ۲ آمده است

جدول ۱: رژیم‌های آنتی‌بیوتیکی برای یک اقدام دندان‌پزشکی

وضعیت بیمار	دارو	بزرگسال	کودک
مصرف خوراکی ممکن است	آموکسی‌سیلین	۲ گرم	۵۰ میلی‌گرم به ازای هر کیلوگرم
ناتوان از مصرف خوراکی	آمپی‌سیلین یا سفازولین یا سفتریاکسون	۲ گرم تزریقی	۵۰ میلی‌گرم به ازای هر کیلوگرم تزریقی
آلرژی به پنی‌سیلین یا آمپی‌سیلین - خوراکی	سفالکسین یا آزیترومایسین/ کلاریترومایسین یا دوکسی‌سایکلین	۲ گرم یا ۵۰۰ میلی‌گرم یا ۱۰۰ میلی‌گرم	۵۰ میلی‌گرم به ازای هر کیلوگرم یا ۱۵ میلی‌گرم به ازای هر کیلوگرم یا >۴۵ کیلو: ۲/۲ میلی‌گرم به ازای هر کیلوگرم <۴۵ کیلو: ۱۰۰ میلی‌گرم
آلرژی به پنی‌سیلین یا آمپی‌سیلین و ناتوان از مصرف خوراکی	سفازولین یا سفتریاکسون	۱ گرم تزریقی	۵۰ میلی‌گرم به ازای هر کیلوگرم تزریقی

یادداشت‌ها:

- کلیندامایسین دیگر برای پروفیلاکسی آنتی‌بیوتیکی در اقدامات دندان‌پزشکی توصیه نمی‌شود.
- سفالوسپورین‌ها نباید در بیمارانی با سابقه آنافیلاکسی یا واکنش‌های شدید به پنی‌سیلین یا آمپی‌سیلین مصرف شوند.

جدول ۲: خلاصه یافته‌ها و پیشنهادها

یافته‌های کلیدی:

- احتمال بروز اندوکاردیت ناشی از استرپتوکوک‌های وریدانس بیشتر به دلیل فعالیت‌های روزمره مانند جویدن غذا یا مسواک‌زدن است تا اقدامات دندان‌پزشکی.
- حتی اگر پروفیلاکسی ۱۰۰ درصد مؤثر باشد، فقط تعداد بسیار اندکی از موارد اندوکاردیت قابل پیشگیری خواهند بود.
- پروفیلاکسی فقط برای بیمارانی توصیه می‌شود که بالاترین خطر پیامدهای نامطلوب را دارند.
- هیچ شواهدی مبنی بر افزایش بروز یا مرگ‌ومیر ناشی از اندوکاردیت در بیماران در معرض خطر کم، متوسط یا زیاد، پس از انتشار دستورالعمل ۲۰۰۷ وجود ندارد.
- پروفیلاکسی صرفاً به دلیل خطر مادام‌العمر ابتلا به اندوکاردیت توصیه نمی‌شود.

پیشنهادها:

- پروفیلاکسی برای درمان‌هایی که شامل دستکاری بافت لثه، ناحیه ریشه دندان یا سوراخ کردن مخاط دهان هستند فقط در بیماران با بالاترین خطر پیامدهای نامطلوب توصیه می‌شود.
- حفظ بهداشت دهان و دسترسی منظم به مراقبت‌های دندان‌پزشکی مهم‌تر از پروفیلاکسی است.
- توصیه می‌شود بیماران در صورت امکان هر شش ماه یک‌بار معاینه دندان‌پزشکی داشته باشند.
- تصمیم‌گیری مشترک میان بیمار و تیم درمان اهمیت دارد. ممکن است در برخی موارد نظر پزشک و بیمار متفاوت باشد. در این شرایط، پزشک باید توصیه‌های ۲۰۲۱ را توضیح دهد تا بیمار تصمیم آگاهانه بگیرد.



جدول ۳ : اقدامات دندان پزشکی و نیاز به پروفیلاکسی

پروفیلاکسی توصیه می شود:

- همه اقدامات دندان که شامل دستکاری بافت لثه، ناحیه ریشه دندان یا سوراخ کردن مخاط دهان باشند.

پروفیلاکسی توصیه نمی شود:

- تزریق بی حسی در بافت سالم
- گرفتن رادیوگرافی دندان
- قراردادن پروتز یا وسایل ارتودنسی متحرک
- تنظیم وسایل ارتودنسی
- چسباندن براکت ارتودنسی
- افتادن دندان شیری
- خونریزی ناشی از آسیب به لب یا مخاط دهان

جدول ۴ : پروفیلاکسی آنتی بیوتیکی در اقدامات دندان پزشکی: شرایط زمینه ای که پروفیلاکسی برای آنها توصیه می شود

دریچه یا ماده قلبی مصنوعی

- وجود دریچه قلبی مصنوعی
- کاشت دریچه های مصنوعی از طریق جراحی یا کاتتر
- ترمیم دریچه قلب با وسایل مانند آنولوپلاستی، حلقه ها یا کلیپس ها
- دستگاه های کمکی بطنی یا قلب مصنوعی کاشتنی

سابقه اندوکاردیت عفونی (ابتلا قبلی، عود یا مکرر)

بیماری‌های مادرزادی قلب (CHD)

- سیانوتیک اصلاح‌نشده، شامل شانت‌ها یا مجاری تسکینی
- بیماری مادرزادی قلب کاملاً ترمیم‌شده با مواد یا وسایل پروتزی، چه از طریق جراحی و چه کاتتر، در ۶ ماه اول پس از عمل
- بیماری مادرزادی قلب ترمیم‌شده با نقص باقی‌مانده در محل یا کنار پروتز
- کاشت دریچه یا مجرای شریانی ریوی مصنوعی مانند دریچه Melody یا کانتگرا
- گیرندگان پیوند قلب که دچار بیماری دریچه‌ای می‌شوند

مواردی که پروفیلاکسی برای آن‌ها توصیه نمی‌شود

- وسایل الکترونیکی کاشتنی مانند ضربان‌ساز یا دستگاه‌های مشابه
- وسایل بستن نقص سپتوم وقتی بسته‌شدن کامل انجام شده باشد
- گرافت‌ها و پچ‌های عروقی محیطی، شامل مواردی که در همودیالیز استفاده می‌شوند
- استنت‌های کرونری یا سایر استنت‌های عروقی
- شانت‌های ونتریکولوآتریال سیستم عصبی مرکزی
- فیلترهای ونا کاوا
- پلجت‌ها

بیمارانی که مشکلات لثه دارند و هنگام فعالیت‌های روزانه مثل مسواک‌زدن دچار خونریزی می‌شوند، بیشتر در معرض باکتری‌می‌گذرا و در نتیجه خطر ابتلا به اندوکاردیت عفونی قرار می‌گیرند. این بیماران و والدینشان باید آموزش ببینند و برای حفظ بهداشت دهان انگیزه پیدا کنند؛ شامل نخ‌دندان کشیدن و مراقبت‌های پیشگیرانه منظم توسط دندان‌پزشک. همچنین توصیه می‌شود از انجام کارهایی مثل تاتو یا پیرسینگ خودداری کنند.

علاوه بر بیماری‌هایی که در دستورالعمل‌های انجمن قلب آمریکا ذکر شده، بیمارانی که سابقه مصرف مواد تزریقی دارند هم ممکن است در معرض خطر ابتلا به اندوکاردیت باشند. در این موارد، مشاوره با پزشک برای بررسی حساسیت به عفونت‌های ناشی از باکتری‌می توصیه می‌شود.



آنتی‌بیوتیک برای همه اقداماتی که شامل دستکاری لثه، ناحیه ریشه دندان یا سوراخ کردن مخاط دهان باشند در بیماران قلبی پرخطر توصیه می‌شود. رژیم‌های دارویی پیشنهادی در جدول ۱ ذکر شده است. دندان‌پزشکان و والدین می‌توانند برای اطلاع کامل از توصیه‌ها و شرایط خاص (مانند بیماران در حال دریافت آنتی‌بیوتیک یا داروهای ضد انعقاد) به راهنمای کامل انجمن قلب آمریکا در آرشیو Circulation مراجعه کنند.

بیماران دارای شانت، کاتتر عروقی یا وسایل پزشکی

انجمن قلب آمریکا شواهدی نیافته که نشان دهد میکروب‌های ناشی از اقدامات دندان‌پزشکی باعث عفونت در دستگاه‌های قلبی کاشتنی یا وسایل غیردریچه‌ای شوند. عفونت این وسایل معمولاً توسط استافیلوکوک اورئوس یا استافیلوکوک‌های کوآگولاز منفی ایجاد می‌شود که منشأ دهانی ندارند و بیشتر در اثر جراحی یا عفونت‌های فعال دیگر بروز می‌کنند.

بنابراین، پروفیلاکسی آنتی‌بیوتیک برای وسایلی مانند دستگاه‌های قلبی کاشتنی، وسایل بستن نقص سپتوم، گرافت‌ها و پچ‌های عروقی محیطی، شانت‌های ونتریکولوآتریال سیستم عصبی مرکزی، فیلترهای ونا کاوا و پلجت‌ها توصیه نمی‌شود. در این بیماران مشاوره با پزشک کودک برای تصمیم‌گیری بهترین مسیر است.

شانت‌های هیدروسفالی:

شانت‌های ونتریکولوآتریال، ونتریکولوکاردیال و ونتریکولونوس به دلیل ارتباط مستقیم با عروق در گذشته پرخطر محسوب می‌شدند. اما شانت‌های ونتریکولوپریتونئال چنین خطری ندارند. امروزه پروفیلاکسی آنتی‌بیوتیک برای بیماران دارای شانت‌های VA و VP دیگر توصیه نمی‌شود. در صورت نگرانی، مشاوره با پزشک کودک بهترین اقدام است.

جدول ۵: مدیریت بیماران دارای مفصل مصنوعی هنگام اقدامات دندان پزشکی

توصیه بالینی:

به طور کلی، در بیماران دارای مفصل مصنوعی، مصرف پروفیلاکسی آنتی بیوتیکی پیش از درمان های دندان پزشکی برای پیشگیری از عفونت مفصل مصنوعی توصیه نمی شود.

برای بیمارانی که سابقه عوارض مرتبط با جراحی تعویض مفصل دارند و نیازمند درمان هایی هستند که شامل دستکاری لثه یا برش مخاطی می شود، مصرف آنتی بیوتیک پیشگیرانه فقط پس از مشورت با تیم ارتوپدی و جراحی در نظر گرفته شود. برای ارزیابی وضعیت پزشکی بیمار، همواره باید یک شرح حال کامل پزشکی اخذ شود تا در مورد نیاز به آنتی بیوتیک پیشگیرانه تصمیم گیری گردد.

دلایل بالینی این توصیه:

- شواهد نشان می دهد درمان های دندان پزشکی ارتباطی با عفونت مفصل مصنوعی ندارند.
- شواهد نشان می دهد آنتی بیوتیک های تجویزی قبل یا بعد از درمان دندان از عفونت مفصل مصنوعی پیشگیری نمی کنند.
- مصرف آنتی بیوتیک می تواند عوارضی مانند آنافیلاکسی، مقاومت میکروبی و عفونت های فرصت طلب (مانند کلسترییدیوم دیفیسیل) ایجاد کند.
- فواید پروفیلاکسی آنتی بیوتیک در بسیاری از بیماران کمتر از مضرات آن است.
- شرایط فردی و شرایط پزشکی باید هنگام تصمیم گیری برای تجویز پروفیلاکسی مد نظر قرار گیرند.

بیماران با نقص ایمنی

بیمارانی که مشکل قلبی ندارند اما سیستم ایمنی ضعیفی دارند، ممکن است پس از درمان های تهاجمی دندان پزشکی در معرض عوارض ناشی از باکتری می و عفونت های دوردست قرار گیرند. شواهد موجود از استفاده گسترده از پروفیلاکسی در این گروه حمایت نمی کند؛ بنابراین پروفیلاکسی باید محدود به بیماران دارای نقص ایمنی یا کسانی باشد که خطر بالای پیامدهای نامطلوب از عفونت های دوردست دارند. در این موارد، مشاوره با پزشک کودک توصیه می شود.



بیمارانی که باید در نظر گرفته شوند شامل موارد زیر هستند (اما محدود به این فهرست نیستند):

۱. سرکوب سیستم ایمنی ناشی از:

• عفونت HIV

• نقص ایمنی ترکیبی شدید (SCID) و سایر بیماری‌های اولیه نقص ایمنی

• نوتروپنی و سایر اختلالات مرتبط با نوتروفیل مانند نوتروپنی مادرزادی شدید، نقص چسبندگی

لکوسیت و سندرم چدیاک-هیگاشی

• شیمی‌درمانی سرطان، درمان‌های سرکوب ایمنی یا رادیوتراپی

• پیوند سلول‌های بنیادی یا پیوند اعضای جامد

۲. سابقه رادیوتراپی ناحیه سر و گردن

۳. بیماری‌های خودایمنی مانند آرتریت جوانان یا لوپوس

۴. آنمی داسی‌شکل

۵. آسپلنی (فقدان طحال)، سابقه اسپلنکتومی یا نقص در سیستم کمپلمان

۶. مصرف طولانی‌مدت کورتون با دوز بالا

۷. دیابت کنترل نشده

۸. استئونکروز دارویی فک (MRONJ)

۹. همودیالیز

بیماران دارای مفصل مصنوعی

با توجه به کمبود شواهد علمی و در نظر گرفتن افزایش مقاومت آنتی‌بیوتیکی و عوارض جانبی دارویی، پروفیلاکسی آنتی‌بیوتیکی پیش از درمان‌های دندان‌پزشکی دیگر برای بیماران با سابقه تعویض کامل مفصل یا عفونت‌های مفصل مصنوعی توصیه نمی‌شود. در صورت شک در تاریخچه پزشکی یا سطح خطر بیمار، مشاوره با پزشک کودک برای مدیریت درمان‌های تهاجمی دندان‌پزشکی توصیه می‌شود.



 Drmahmoudabadi_edu

 drfm_academy آیدی روابط عمومی تلگرام

 https://t.me/drfm_edu کانال آموزش دندانپزشکی
کودکان تلگرام

 مشهد، بلوار هاشمیه، نبش هاشمیه ۳۱، ساختمان
ونوس، طبقه ۴، واحد ۷
