

ملاحظات دندانپزشکی در خانمهای باردار

دکتر صدیقه خدمت

استادیار گروه آموزشی اندودنتیکس دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی تهران

Title: Dental considerations in pregnant patient

Author: khedmat S. Assistant professor

Address: Dept. of Endodontics. Tehran University of Medical Sciences

Abstract: During the human gestation period, various systemic alterations occur in the mother secondary to endocrine changes. These changes, combined with the presence of the gravid uterus, result in conditions affecting the various systems of the mother which must be considered by the dentist.

Fetal development is divided into three stages:

- 1) The fertilization and implantation period
- 2) The embryonic period and
- 3) The fetal period.

The second period characterized by organogenesis which taratogens may result in functional and morphogenic malformations.

The ideal dental treatment schedule for the pregnant patient is twice during first trimester, at least once during second trimester and once during third trimester.

The second trimester is an ideal time for performing dental treatment.

Emergency problem should be alleviated immediately during pregnancy.

Indicated medications should not be withheld because of pregnancy but patients must be informed of benefits and risks.

With careful attention to the special needs of the pregnant patient, the dentist can provide high quality dental care while minimizing potential risks to mother and fetus.

Emphasis should be on preventive strategies and meticulous oral hygiene to manage common oral problems associated with pregnancy.

Key words: Morning Sickness- Supine- Pregnancy tumor

Journal of dentistry Tehran University of Medical Sciences (Vol.: 12, N.2, 1999)

چکیده

تغییرات هورمونی و تغذیه‌ای خانم باردار شرایط مستعدی را برای ایجاد بیماریهای لته و پوسیدگی دندانهای او فراهم می‌کند. از طرفی مراقبتهای بهداشتی که در حالت عادی، به سهولت انجام می‌شود، ممکن است در خانم باردار مشکل باشد؛ بنابراین خانمهایی که قبل از حاملگی با رعایت بهداشت نسبی یا متوسط مشکل لته و دندان نداشته‌اند، ممکن است در حاملگی با دردهای دندانی و حالت اورژانس به دندانپزشک مراجعه کنند. درمان اورژانس در هر زمانی از دوران حاملگی که لازم باشد، باید انجام شود و درد بیمار را نباید به مدت طولانی با مسکن تسکین دهیم.

بهترین زمان انجام درمانهای دندانپزشکی در خانم باردار سه ماهه دوم حاملگی است. در این دوره همه درمانهای دندانپزشکی لازم در دوران حاملگی را می‌توان همانند دیگر بیماران انجام داد. درمان دندانهایی که قبل از زایمان برای بیمار مشکلی ایجاد نمی‌کند، باید به بعد از زایمان موکول شود.

کلید واژه‌ها: بیماری صبحگاهی - وضعیت خوابیده به پشت - هیپرتروفی لته در دوران حاملگی

مجله دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی تهران (دوره ۱۲، شماره ۲، سال ۱۳۷۸)

مقدمه

مراقبت‌های دندان‌دانی و مراجعه به دندانپزشک در دوران حاملگی بیش از مواقع دیگر اهمیت و ضرورت دارد. این موضوع از دو جهت قابل توجه است:

۱- تغییرات هورمونی و تغذیه‌ای دوران حاملگی، تغییراتی در بافت‌های دهان به وجود می‌آورد که لزوم رعایت بهداشت دهان بیشتر می‌شود.

۲- از آنجا که دندان‌های شیری در دوران جنینی شکل می‌گیرند لذا مراقبت‌های دندان‌دانی قبل از تولد، اولین مرحله در دندانپزشکی پیشگیری می‌باشد. این کار با مشاوره دندانپزشکی در دوران حاملگی انجام می‌شود.

حاملگی یک بیماری نیست؛ ولی به دلیل تغییرات مختلف فیزیولوژیک بدن مادر که در این دوران اتفاق می‌افتد و نیز شرایط لازم برای رشد و تکامل جنین، باید به عنوان یک موقعیت ویژه در نظر گرفته شود.

دندانپزشک باید توجه داشته باشد که هنگام معالجه خانم باردار در حقیقت همزمان دو فرد روی صندلی دندانپزشکی قرار دارند نه یک فرد؛ بنابراین درمان دندانپزشکی باید با رعایت شرایط و نکات خاص دوران حاملگی انجام شود. در صورتی که دندانپزشک از تغییرات فیزیولوژیک بدن مادر در دوران حاملگی از جمله تغییرات دهانی، مراحل رشد و تکامل جنین، چگونگی درمان و استفاده از داروها همچنین زمان‌های مناسب درمان در خانم باردار اطلاع کافی نداشته باشد، ممکن است هنگام درمان این بیماران، مشکلاتی برای مادر و جنین ایجاد کند.

در این مقاله سعی شده برای همکاران دندانپزشک اطلاعاتی در مورد موضوعات مذکور ارائه شود.

تغییرات فیزیولوژیک بدن مادر در دوران حاملگی

در دوران حاملگی که معمولاً ۴۰ هفته طول می‌کشد، تغییرات مختلفی در بدن مادر اتفاق می‌افتد که ثانویه به

تغییرات مقدار هورمون‌های غدد درون ریز است (۱).

تغییر مقدار ترشح هورمون‌های داخلی، دستگاه‌های مختلف بدن مادر را تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ این دستگاه‌ها عبارتند از:

۱- **دستگاه قلبی-عروقی:** به دلیل افزایش گلوکوکورتیکوئیدها و آلدوسترون احتباس آب در بدن ایجاد می‌شود و باعث افزایش حجم خون مادر به میزان ۴۰٪ (۱/۵ لیتر) می‌شود؛ همراه با این تغییرات ظرف مدت دو ماه برون ده قلبی حدود ۳۰ تا ۵۰٪ افزایش می‌یابد؛ همچنین افزایش تعداد ضربان قلب (Tachycardia)، مرمفانکشنال (Functional Murmurs)، افزایش فشار وریدی و عدم ثبات سیستم وازوموتور به وجود می‌آید. عدم ثبات سیستم وازوموتور معمولاً در سه ماهه اول حاملگی بارز است و عامل مستعدکننده‌ای برای ایجاد سنکوپ و پایین افتادن فشار خون (Postural Hypotension) می‌باشد. این دو حالت معمولاً بعد از نشستن طولانی، دراز کشیدن یا عدم فعالیت به مدت زیاد اتفاق می‌افتد. امکان بروز این اتفاقات در سه ماهه اول حاملگی در مطب دندانپزشکی وجود دارد.

در سه ماهه سوم خانم‌های باردار بعد از قرار گرفتن در وضعیت خوابیده به پشت (Supine)، ممکن است دچار سندرم کاهش فشار خون شوند؛ این حالت (Supine Hypotensive Syndrome) به صورت کاهش شدید فشار خون است که گاهی بیمار هوشیاری خود را نیز از دست می‌دهد.

۲- **دستگاه تنفسی:** با بزرگ شدن جنین و تغییرات فیزیولوژیک بدن مادر، متابولیسم مادر افزایش می‌یابد و به اکسیژن بیشتری نیاز دارد. این نیاز اغلب منجر به افزایش مختصری در تعداد تنفس در سه ماهه دوم و سوم حاملگی می‌شود.

۳- **دستگاه معده‌ای-روده‌ای:** خانم باردار در سه ماهه اول حاملگی ممکن است دچار نوعی حالت کسالت، بی‌حالی، تهوع و استفراغ صبحگاهی باشد که به آن بیماری صبحگاهی (Morning Sickness) می‌گویند. این حالت

درمانهای دندانپزشکی هر تغییری در وضعیت عمومی بدنیش موجب اضطراب وی می‌شود؛ این عوامل ممکن است در کاردندانپزشکی وقفه ایجاد کند (۲).

بهترین راه برای رفع هیجان و اضطراب خانم باردار مسکنهای کلامی است؛ بدین ترتیب که برای او با زبانی ساده در مورد وسایل مورد استفاده و ضرورت انجام اعمالی که می‌خواهیم انجام دهیم، توضیح دهیم و با اعتماد به نفس خود برای او اطمینان ایجاد کنیم.

تغییرات دهان در دوران حاملگی

۱- ژنزوییت (Gingivitis): افزایش پروژسترون در دوران حاملگی باعث می‌شود که لثه‌ها برای ایجاد التهاب آمادگی پیدا کنند؛ زیرا پروژسترون قابلیت نفوذپذیری عروق را افزایش می‌دهد و تغییراتی در ماده بنیادی عروق به وجود می‌آورد. در صورت وجود جرم یا پلاک روی دندان، پاسخ التهابی لثه تشدید می‌شود؛ حتی خانمهایی که قبل از حاملگی بهداشت دهان کافی داشته‌اند، ممکن است در حاملگی دچار التهاب لثه شوند. التهاب از ماه دوم شروع می‌شود و تا پایان حاملگی ادامه دارد.

۲- تومور حاملگی (Pregnancy Tumor): این تومور از نظر بافت‌شناسی بالینی همانند گرانولومای پیوژنیک است و از نظر کلینیکی هیپرتروفی لثه است که اغلب در سه ماهه دوم حاملگی اتفاق می‌افتد و به صورت یک توده از لبه نواحی بین‌دندانی بیرون می‌زند و به راحتی خونریزی می‌کند و معمولاً بدون درد است. این تومور بعد از زایمان خود به خود از بین می‌رود؛ در صورتی که این توده مزاحم جویدن غذا و مسواک زدن باشد، بهتر است در دوران حاملگی برداشته شود (۲، ۳).

۳- لقی دندانها: در سه ماه سوم حاملگی ممکن است لقی عمومی دندانها مشاهده شود که دلیل آن التهاب لثه، از هم گسیختگی دستگاه چسبنده لثه و تغییرات لامینادورا می‌باشد؛ این حالت بعد از زایمان خود به خود التیام

معمولاً در حدود هفته پنجم یا ششم حاملگی شروع می‌شود و ممکن است تا ماه چهارم ادامه یابد. علت این بیماری ناشناخته است و بیمار خود به خود بهبود می‌یابد؛ گرچه بیماری صبحگاهی معمولاً صبحها بعد از برخاستن از خواب ایجاد می‌شود ولی می‌تواند در هر زمانی در اثر بوی غذا یا داروهای خاصی نیز ایجاد شود.

با آگاهی از این بیماری، دندانپزشک باید وقت ملاقات را به گونه‌ای تنظیم کند که در زمان وقوع بیماری صبحگاهی نباشد؛ به علاوه از تشدید این بیماری در اثر بوی داروها اجتناب کند. سوزش سردل و یبوست از دیگر مشکلات معده‌ای - روده‌ای است که در اواخر حاملگی بروز می‌کند. سوزش سردل به علت پس‌زدن شیره معده داخل مری ایجاد می‌شود که با جابه جایی معده و دوازدهه به وسیله رحم تشدید می‌گردد. یبوست به دلیل کاهش فعالیت معده ایجاد می‌شود؛ کاهش فعالیت معده به دلیل افزایش سطح هورمونهای جنسی استروئیدی و فشار ناشی از بزرگی رحم می‌باشد.

۴- دستگاه ادراری: با پیشرفت حاملگی تکرر ادرار و عدم توانایی نگهداری ادرار بروز می‌کند. این دو حالت ممکن است در ملاقاتهای دندانپزشکی باعث گرفتاری و خستگی بیمار و دندانپزشک شود.

۵- دستگاه اسکلتی - عضلانی: تقریباً تمام خانمهای باردار در سه ماهه آخر حاملگی تا حدودی پشت درد و کمر درد دارند که علت آن بزرگی و وزن جنین است. در سه ماهه دوم حاملگی ممکن است بطور ناگهانی گرفتگی عضلانی در رانها و کپله رخ دهد که علت آن معمولاً کاهش کلسیم سرم و کندشدن جریان خون است (۱).

تغییرات روحی - روانی مادر در دوران حاملگی (Psychologic Changes)

معمولاً خانم باردار در مورد رشد و تکامل جنین خود نگران و از نظر روحی مضطرب است؛ همچنین هنگام انجام

می‌یابد(۳).

۴- پوسیدگی دندانها: اگر چه بعضی خانمها معتقدند که جنین کلسیم خود را از دندانهای مادر تأمین می‌کند و بنابراین با هر حاملگی یک یا چند دندان فاسد می‌شود و از بین می‌رود؛ به نظر می‌رسد که این عقیده اساس علمی ندارد(۳). شواهد علمی نشان می‌دهد که حاملگی بطور مستقیم در ایجاد پوسیدگی دندان نقش ندارد؛ ولی عوامل زیر ممکن است شرایطی را جهت ایجاد پوسیدگی دندان در خانم باردار فراهم کنند:

الف) حساسیت لثه: حساسیت لثه که به دلیل افزایش پروژسترون در دوران حاملگی ایجاد می‌شود، ممکن است باعث شود که خانم باردار بخوبی از مسواک یا نخ دندان استفاده نکند؛ در نتیجه پلاک میکروبیال که عامل ایجاد پوسیدگی است، تشکیل شود و مدت زیادی روی دندانها باقی بماند.

ب) اسید معده: در اثر حالت تهوع و استفراغ صبحگاهی دندانها بطور مکرر در معرض اسید معده قرار می‌گیرند؛ اسید ممکن است باعث اروژن یا دکلسیفیکاسیون بخصوص در سطح لینگوال دندانها شود.

ج) مواد قندی: با پیشرفت حاملگی ظرفیت معده کاهش می‌یابد. معمولاً خانم باردار مقادیر کمتر و در دفعات بیشتری غذا می‌خورد و مایل است کالری بدن خود را با مصرف بیشتر مواد قندی تأمین کند؛ بنابراین دندانها به دفعات زیاد در معرض مواد قندی و اسید حاصل از تخمیر آن قرار می‌گیرند(۳،۲).

علی‌رغم وجود این عوامل مستعدکننده پوسیدگی، در صورتی که خانم باردار بهداشت دهان را بخوبی رعایت کند، می‌تواند از پوسیدگی دندانهای خود پیشگیری نماید.

مراحل رشد و تکامل جنین

رشد و تکامل جنین به سه دوره تقسیم می‌شود که عبارت است:

۱- دوره لقاح و جایگزینی

(Fertilization and Implantation Period)

۲- دوره رویانی (اندام زایی)

Embryonic Period (Organogenesis)

۳- دوره جنینی

Fetal Period (Functional Maturation)

مرحله اول از لقاح شروع می‌شود و دو هفته طول می‌کشد. در این دوره فعالیت میتوتیک جنین قابل توجه است؛ تمام سلولهای جنین بطور یکسان به مواد سمی حساس هستند و مواد تراتوژن* ممکن است باعث سقط خودبه‌خود جنین شود.

مرحله دوم از هفته سوم شروع می‌شود و تا پایان هفته هشتم زندگی جنینی ادامه دارد. در این دوره اعضای مختلف جنین ساخته می‌شوند. مواد تراتوژن در این دوره باعث بد شکلی یا اختلال در عمل اعضا می‌شود. به عنوان یک قانون کلی هر عضوی که در مراحل ابتدایی تر تکامل خود باشد، بیشتر صدمه می‌بیند و بسته به این که ماده تراتوژن در زمان تشکیل چه عضوی استفاده شود، آن عضو صدمه خواهد دید؛ به عنوان مثال شکاف لب و کام از هفته پنجم تا هفتم زندگی جنینی اتفاق می‌افتد(۴،۱).

تشکیل دندانهای شیری در حدود هفته ششم زندگی جنینی آغاز می‌شود(۵).

مرحله سوم از هفته نهم تا پایان زندگی جنینی است که دوره رشد اعضا و ساختمانهای مختلف بدن است. در این دوره چون تشکیل و تمایز اکثر اعضای بدن انجام شده است، حساسیت به مواد تراتوژن کاهش می‌یابد؛ ولی باید توجه داشت که تشکیل و تمایز مخچه، کورتکس مغز و بعضی قسمتهای دستگاه ادراری تناسلی تا اواخر حاملگی ادامه دارد؛ بنابراین مصرف مواد تراتوژن حتی در اواخر حاملگی ممکن است باعث ایجاد ناهنجاریهای مغزی و عقب ماندگی ذهنی شود(۴).

* Teratogen برگرفته شده از Teratos کلمه‌ای یونانی به معنی عجیب‌الخلقه

چگونگی استفاده از داروها در حاملگی

تقریباً تمام داروهایی که خانم باردار مصرف می‌کند، از جفت عبور می‌کند و وارد خون جنین می‌شود. اثرات ناهنجارزایی یک دارو به عوامل مختلفی بستگی دارد؛ مهمترین عامل این است که در چه زمانی از تکامل جنین، دارو مصرف می‌شود. دوره بحرانی که بیشترین حساسیت تراژونی وجود دارد، سه ماهه اول حاملگی بخصوص دوره تشکیل اعضا و اندامهای مختلف جنین یعنی از هفته سوم تا پایان هفته هشتم می‌باشد.

بنا به نظر Rao حداقل ۵٪ ناهنجاریهای نوزاد هنگام تولد، به علت مصرف داروهای (۱) متأسفانه اغلب خانمهای باردار در هفته‌های اول از حاملگی خود بی‌خبر هستند و ممکن است به راحتی از داروهای مختلف استفاده کنند.

در سال ۱۹۷۹ مؤسسه کنترل کیفیت مواد غذایی و دارویی (FDA) داروها را بر اساس پتانسیل ایجاد ناهنجاری در جنین به پنج گروه مختلف تقسیم کرده است:

گروه اول: داروهایی هستند که در مطالعات کنترل شده در خانمها در سه ماهه اول حاملگی خطری برای جنین نداشته‌اند؛ همچنین شواهدی وجود ندارد که نشان دهنده مضر بودن این داروها برای جنین در شش ماهه دوم حاملگی باشند؛ بنابراین استفاده از آنها در دوران حاملگی در صورت ضرورت بلا مانع است.

گروه دوم: اگر چه این داروها در مطالعات حیوانی خطری برای جنین نداشته‌اند، ولی در مطالعات کنترل نشده در خانم باردار یا حیوانات عوارض جانبی داشته‌اند؛ این عوارض جانبی در مطالعات کنترل شده در خانمهای باردار محرز نشده است.

گروه سوم: این داروها در جنین حیوانات، ناهنجاری ایجاد کرده‌اند یا باعث مرگ جنین حیوان شده‌اند؛ ولی مطالعه‌ای در مورد عوارض جانبی آنها در انسان نشده است. این داروها تنها هنگامی که فواید آنها بیشتر از خطر احتمالی

آنها برای جنین باشد، باید استفاده شوند.

گروه چهارم: شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد این داروها برای جنین انسان خطر دارند؛ این داروها فقط در مواردی که خانم باردار دچار یک بیماری خطرناک است و حیات او در معرض تهدید می‌باشد و بنا به دلایلی نمی‌توان از داروهای کم ضررتر استفاده نمود، مصرف می‌گردند.

گروه پنجم: مطالعات در حیوانات و انسانها نشان داده است که این داروها ناهنجاریهایی در جنین ایجاد می‌کنند؛ همچنین شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد این داروها در انسان یا حیوانات برای جنین خطر داشته‌اند. خطر استفاده از این داروها در خانم باردار بیش از فواید آنها می‌باشد؛ بنابراین در دوران حاملگی نباید استفاده شوند (۳).

بی‌حس کننده‌های موضعی

چون انجام اعمال دندانپزشکی بدون بی‌حسی موضعی موجب ایجاد استرس و درد در خانم باردار می‌شود، لذا استفاده از بی‌حسی در اعمال دندانپزشکی منطقی است (۶). لیدوکائین، پریلوکائین و اتیدوکائین در گروه دوم تقسیم‌بندی FDA قرار دارند. بوبی‌واکائین، می‌واکائین و تتراکائین در گروه سوم قرار دارند؛ بنابراین بهتر است از سه داروی اول یعنی لیدوکائین، پریلوکائین و اتیدوکائین برای انجام بی‌حسی در خانم باردار استفاده کنیم (۳).

اگر چه بعضی معتقدند که در اعمال دندانپزشکی کوتاه مدت از بی‌حس کننده موضعی بدون وازوکنستریکتور استفاده شود (۱)، ولی در اعمال دندانپزشکی طولانی بهتر است از وازوکنستریکتور با غلظت — استفاده شود؛ زیرا در صورت استفاده نکردن از وازوکنستریکتور داروی بی‌حسی سریعتر جذب می‌شود و ممکن است ضمن کار، بیمار درد داشته باشد که درد باعث ایجاد اپی نفرین بیشتری در خون خواهد شد (۳، ۱).

به هنگام تزریق داروی بی‌حسی باید توجه داشته باشیم که تزریق داخل عروق صورت نگیرد؛ همچنین بهتر است از

می‌دهد. برای دردهای شدید معمولاً از استامینوفن کدئین استفاده می‌شود. دردوران حاملگی با توجه به محدودیت مصرف کدئین بهتر است فقط از استامینوفن ساده استفاده شود. بعضی تحقیقات نشان داده است که حداکثر اثر استامینوفن با ۱۰۰۰ میلی‌گرم (یک گرم) خوراکی حاصل می‌شود (۷،۶)؛ بنابراین با تجویز مصرف همزمان سه قرص استامینوفن ساده می‌توان از یک مسکن مخدر قویتر اجتناب نمود.

آنتی بیوتیک‌ها

عدم کنترل عفونت دهان و دندان ممکن است منجر به باکتری می یا سپتی‌سمی شود که برای مادر و جنین خطرناک است. بطور کلی خطر انتقال عفونت مادر به جنین بیشتر از خطر احتمالی استفاده از آنتی بیوتیک توسط مادر است (۲). خوشبختانه استفاده از آنتی بیوتیک‌هایی که برای کنترل عفونت دهان و دندان مفید هستند، در دوران حاملگی بلامانع است و دندانپزشک می‌تواند در صورت لزوم آنها را برای بیمار خود تجویز کند.

پنی‌سیلین‌ها (شامل آموکسی‌سیلین و سفالوسپورین‌ها) نیز می‌توانند در دوران حاملگی استفاده شوند. برای بیماران حساس به پنی‌سیلین می‌توان از اریترومايسين استفاده کرد که این دارو نیز در دوران حاملگی بی‌ضرر است (۸،۲،۱).

داروهای گروه تتراسیکلین نباید در دوران حاملگی تجویز شوند؛ زیرا ممکن است در رشد استخوانهای جنین اختلال ایجاد کنند و باعث تغییر رنگ دائمی دندانهای شیری که در دوران جنینی شکل می‌گیرند، بشود (۸،۲،۱).

توصیه می‌شود در دوران حاملگی از داروهای گروه آمینوگلیکوزید استفاده نشود؛ زیرا بعضی داروهای این گروه نظیر استرپتومايسين و توبرامايسين تراژن هستند (۸،۱).

نشان داده شده است که توبرامايسين باعث کری دوطرفه مادرزادی در جنین انسان می‌شود؛ همچنین استرپتومايسين به عصب هشتم جمجمه‌ای جنین صدمه می‌زند؛ لذا قبل از تجویز باید منافع این داروها در برابر

واژوکنستریکتور با غلظت بیش از ۱۰۰۰۰۰ — استفاده نشود؛ زیرا با غلظتهای بیشتر در صورت تزریق داخل عروقی احتمال خطر برای میوکاردیوم و سیستم عصبی مرکزی جنین وجود دارد (۴).

مسکن‌ها

مطالعات روی حیوانات نشان داده است که بسیاری از مسکن‌ها تراژن هستند (۱). استفاده طولانی از مسکن‌های مخدر ممکن است باعث کاهش وزن، دپرسیون تنفسی شدید و اختلال در تکامل سیستم عصبی مرکزی جنین شود (۶،۱).

داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی

(Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs)

از این داروها نباید در سه ماهه آخر حاملگی استفاده شود؛ زیرا با مهار تجمع پلاکتها (۷) باعث خونریزی در مادر و نوزاد می‌شود؛ همچنین مطالعات بر روی حیوانات نشان داده است که مصرف این داروها در اواخر حاملگی باعث تأخیر زایمان و زایمان مشکل و غیرطبیعی می‌شود. هر چند مطالعاتی روی انسان نشده است، با این وجود مصرف این داروها ممکن است باعث بسته شدن زودرس مجرای شریانی در جنین (Ductus-Arteriosus) و افزایش مداوم فشار خون ریوی نوزاد شود که میزان مرگ و میر جنین (Fetal Mortality) را افزایش می‌دهد (۸،۳،۱).

برخی معتقدند که در شش ماهه اول حاملگی نیز نباید از این داروها استفاده شود؛ زیرا خطر ایجاد ناهنجاری در جنین وجود دارد؛ ولی عده‌ای معتقدند که استفاده از این داروها در شش ماه اول حاملگی بلامانع است؛ زیرا به نظر می‌رسد در مقادیر تجویز شده برای جنین انسان تراژن نباشد، به دلیل وجود اختلاف نظر بهتر است قبل از تجویز این داروها دندانپزشک با پزشک بیمار مشورت کند (۳).

استامینوفن: استامینوفن مسکن انتخابی در طول حاملگی است که دردهای خفیف و متوسط را تسکین

ضررهای آنها سنجیده شود (۸،۱).

کلرامفنیکل نباید در اواخر حاملگی تجویز شود؛ زیرا ممکن است باعث بروز مسمومیت (سندرم نوزاد خاکستری یا ضعف فعالیت مغز استخوان) در نوزاد گردد (۸).
مترونیدازول در باکتریها موثر است و در جوندگان کارسینوژن بوده است؛ بنابراین در دوران حاملگی نباید تجویز شود (۳،۱).

درمانهای دندانپزشکی در دوران حاملگی

بطور کلی دوران بارداری را (که تقریباً نه ماه است) به سه دوره سه ماهه تقسیم می کنند که به نامهای سه ماهه اول، دوم و سوم موسوم است.
الگوی درمان دندانپزشکی ایده آل در خانم باردار شامل دوبار مراجعه به دندانپزشک در سه ماهه اول، حداقل یک بار در سه ماهه دوم و یک بار در سه ماهه سوم می باشد (۹).

سه ماهه اول

در این دوره خانم باردار ممکن است دچار نوعی حالت کسالت، تهوع و استفراغ صبحگاهی باشد که این حالت در اثر بوی داروهای خاصی تشدید می شود؛ همچنین به دلیل تغییرات قلبی-عروقی ممکن است بعد از درمان دندانپزشکی طولانی مدت بیمار دچار سنکوپ یا پایین افتادن فشار خون شود؛ بنابراین بهتر است وقت ملاقات به گونه ای تنظیم شود که برای بیمار و دندانپزشک مشکل آفرین نباشد (۱). به علاوه چون در این دوره سیستم و اعضای مختلف جنین در حال تشکیل و تمایز است و جنین به تحریکات خارجی نظیر داروهای ترانژن حساس است، بهتر است اعمال دندانپزشکی گزینشی در این دوره انجام نشود؛ ولی انجام اعمال دندانپزشکی اورژانس در این دوره و در تمام دوران حاملگی بلامانع است (۹،۳).

ملاقات سه ماهه اول شامل معاینه و ارزیابی رادیوگرافیهای اخیر بیمار که قبل از حاملگی گرفته شده

است، می باشد. بعد از معاینه و بررسی رادیوگرافی، دندانهایی که قبل از زایمان ممکن است برای بیمار مشکل ایجاد کنند، معین می شوند و برای سه ماهه دوم حاملگی وقت داده می شود تا ترمیم آنها صورت گیرد (۹).

در این ملاقات لازم است دستورات بهداشتی لازم شامل چگونگی مسواک زدن صحیح و استفاده از نخ دندان آموزش داده شود و نیز راجع به تغییراتی که در بافت لثه هنگام حاملگی ممکن است اتفاق افتد (ژنژیویت، تومور حاملگی و...) توضیح و ضرورت و اهمیت رعایت بیشتر بهداشت دهان تذکر داده شود. اعمال دندانپزشکی پیشگیری نظیر بروساژ دندانها ممکن است در ملاقات اول انجام شود؛ همچنین هر دندانی که نیاز به درمان اورژانس داشته باشد، باید درمان شود.

ملاقات دوم در سه ماهه اول جهت ارزیابی میزان رعایت بهداشت توسط بیمار و نیز بررسی تغییرات بافتهای پرودنشیوم در اثر هورمونها صورت می گیرد (۹).

اگر چه معمولاً خانم باردار راهنمای تغذیه ای را از پزشک خود می گیرد، بهتر است دندانپزشک نیز از نیازهای تغذیه ای او آگاه باشد و آنها را به بیمار یادآوری کند.

از آنجا که تشکیل و تکامل دندانهای شیری در دوران جنینی صورت می گیرد، رژیم غذایی مادر باید حاوی مقادیر کافی پروتئین، کلسیم، فسفر و ویتامینهای A، C و D باشد. کمبودهای تغذیه ای در دوران حاملگی می تواند منجر به هیپوپلازی مینا در دندانهای شیری شود (۳).

در گذشته بعضی معتقد بودند که در زمان حاملگی مصرف فلوراید خوراکی مانند واکسن از پوسیدگی دندانهای شیری نوزاد جلوگیری خواهد کرد؛ به همین دلیل مصرف آن را از ماه سوم حاملگی توصیه می کردند (۱۰).

بررسیهای بعدی نشان داد که مصرف فلوراید در دوران حاملگی در پیشگیری از پوسیدگی دندانهای شیری نوزاد نقشی ندارد (۹)؛ بنابراین امروزه استفاده از فلوراید در رژیم غذایی خانم باردار توصیه نمی شود (۹،۳)؛ به علاوه مشاهدات اخیر در بسیاری از کشورها نشان می دهد که اثر فلورایدی که

دیررس آماری داشته باشد، بهتر است سعی کنیم که از رادیوگرافیهای اخیر بیمار که قبل از حاملگی گرفته شده است، جهت تشخیص استفاده کنیم. با این حال انجام رادیوگرافی در خانم باردار در مواردی که برای تشخیص و درمانهای اورژانس لازم باشد، بلا مانع است؛ در صورتی که اصول حفاظت در برابر اشعه X بطور کامل رعایت گردد.

سه ماه سوم

در این دوره یک ملاقات کوتاه مدت کافی است. در بیمارانی که التهاب بافت لثه، پلاک و جرم در شش ماهه اول داشته‌اند و درمان شده‌اند، وضعیت لثه و چگونگی رعایت بهداشت دهان ارزیابی می‌شود. در این جلسه باید در مورد چگونگی رویش دندانهای نوزاد، مراقبتهای منزل و زمان مراجعه جهت معاینه دندانپزشکی نوزاد با خانم باردار صحبت شود. در سه ماهه سوم جنین بزرگ شده است و وزن و حجم قابل توجهی دارد؛ به همین دلیل در صورتی که بیمار در وضعیت خوابیده (Supine) قرار گیرد، احتمال بروز سندرم سوپاین وجود دارد.

در حالت خوابیده فشار جنین روی ورید اجوف تحتانی باعث انسداد و قطع جریان خون وریدی پاها به قلب می‌شود؛ در نتیجه فشار خون سرعت سقوط می‌کند و بیمار ممکن است غش کند و هوشیاری خود را از دست بدهد؛ در صورت بروز این حالت باید بیمار را به پهلو چپ خواباند و پاهایش را بالا نگه داشت؛ در این حالت فشار جنین از روی ورید اجوف تحتانی برداشته می‌شود؛ گردش خون به حالت طبیعی برمی‌گردد و بیمار سریع به هوش می‌آید. در صورتی که دندانی در این دوره نیاز به درمان اورژانس داشته باشد؛ هنگام درمان باید بیمار در وضعیت نیم خوابیده قرار گیرد یا به پهلو چپ بخوابد.

در صورتی که نیاز باشد خانم باردار در وضعیت خوابیده درمان شود، بعد از اتمام درمان باید ابتدا برای چند دقیقه به پهلو چپ بخوابد یا بنشیند سپس صندلی دندانپزشکی را ترک کند. این کار با آوردن جنین به طرف جلو باعث

به صورت موضعی به کار رود بیشتر از فلوراید خوراکی است که قبل از رویش دندانها توسط مادر استفاده شده باشد (۱۱).

سه ماه دوم

مناسبترین زمان برای انجام درمانهای دندانپزشکی در خانم باردار سه ماهه دوم حاملگی است. در این دوران جنین به تحریکات خارجی حساسیت زیادی ندارد؛ زیرا اندامهای مختلف آن تشکیل و تمایز یافته‌اند. علاوه بر این در این دوره خانم باردار با وضعیت جدید خود تطابق یافته است و می‌تواند جهت درمان به راحتی و به مدت لازم روی صندلی دندانپزشکی قرار گیرد. از طرفی وزن و حجم جنین، زیاد نیست و قرار دادن خانم باردار در وضعیتهای مختلف روی صندلی دندانپزشکی مشکلی برای مادر ایجاد نمی‌کند.

تمام درمانهای دندانپزشکی در این دوره می‌تواند انجام شود؛ البته اعمال دندانپزشکی سنگین نظیر جراحی که می‌تواند تا بعد از زایمان به تأخیر افتد، بهتر است به بعد از زایمان موکول شود (۲، ۳، ۹).

در این دوره مینرالیزاسیون دندانهای شیری از سانترالهای میانی آغاز می‌شود (هفته چهاردهم) و تا پایان دوران حاملگی ادامه می‌یابد (۵، ۱۱)؛ همچنین استخوانهای جنین نیز شروع به جذب کلسیم و فسفر موجود در خون مادر می‌کنند؛ بنابراین توصیه می‌شود که در سه ماهه دوم و سوم حاملگی رژیم غذایی مادر حاوی روزانه ۰/۵ گرم کلسیم و ۰/۵ گرم فسفر اضافی باشد (۳).

رادیوگرافی در خانم باردار

مقادیر کمتر از یک راد اشعه یونیزان همانند اشعه زمینه‌ای است و از نظر ایجاد ناهنجاریهای بدنی قابل توجه نمی‌باشد. مقدار اشعه‌ای که با یک رادیوگرافی پری آپیکال به جنین می‌رسد بسیار کم و در حد میلی راد است؛ بنابراین ناهنجاری بدنی ایجاد نمی‌کند (۱۲).

از آنجایی که حتی مقادیر کم اشعه نیز می‌تواند اثرات

۱- سختی تنفس (Dyspnea): این حالت بعد از قرار گرفتن در وضعیت خوابیده به دلیل فشار جنین روی دیافراگم ایجاد می‌شود. خواباندن بیمار به پهلو چپ باعث برداشته شدن فشار جنین از روی دیافراگم و بهبود تنفس می‌شود.

۲- تکرر ادرار و عدم توانایی نگهداری ادرار

۳- سوزش سر دل و یبوست

۴- پشت درد و کمر درد (۱).

برداشته شدن فشار از وریدهای شکمی می‌شود و جریان خون به حالت طبیعی برمی‌گردد و از بروز سندرم Supine جلوگیری می‌کند (۳،۲،۱).

باید توجه داشت که وقوع این سندرم احتمالی است و فقط بعضی از خانمهای باردار بعد از قرار گرفتن در وضعیت خوابیده دچار این سندرم می‌شوند.

از دیگر مشکلات احتمالی خانم باردار در سه ماهه آخر حاملگی که دندانپزشک باید از آنها اطلاع داشته باشد عبارت است از:

منابع:

- 1- Schwartz M, Holmes HL, Schwartz SS. Care of pregnant patient. J. Canada Dent Assoc. 1987; 53(4): 299-301.
- 2- Gier Ronald E, Janes Donald R. Dental management of the pregnant patient. Dental Clinics of North America 1983; 27(2):419-428.
- 3- Miller Marilyn C. The pregnant dental patient. J Calif Dent Assoc 1995; 23(8): 63-70.
- 4- Salder TW. Langman's Medical Embryology. 6th ed. USA: Williams & Wilkins; 1990:129-131.
- 5- Seltzer S, Bender IB. The dental pulp, biologic considerations in dental procedures. 3rd ed. Tokyo: IEA; 1990: 1,13.
- 6- Beck CR, Beck CK. A dental treatment in the pregnant or nursing patient. Gen Dent 1982; 30(3): 237-40.
- 7- Miles Michael. Anesthetics, Analgesics, Antibiotics and Endodontics. Dental Clinics of North America 1984; 28(4): 865-883.
- ۸- بخش بررسیهای علمی شرکت سهامی داروپخش. اطلاعات و کاربرد بالینی داروهای ژنریک ایران. چاپ اول. تهران ۱۳۶۹
- 9- Chiodo Gary T, Rosentein avid L. Dental treatment during pregnancy: A preventive approach. JADA. 1985; 110(3): 365-367.
- 10- Glenn Frances B. Immunity conveyed by a fluoride supplement during pregnancy. J. Dent Child 1977; 44(5): 391-395.
- ۱۱- گران کج، سون پولسن، توماس مدیر و پراسموس. دندانپزشکی اطفال. ترجمه: معصومه مسلمی. چاپ اول. تهران: مؤسسه انتشاراتی پایا؛ ۱۳۷۶: ۱۹۱-۲۰۲.
- 12- Lanlaise RP, Langland OE. Risks from dental radiation in 1995. CDA J 1995; 23(5): 33-4, 36-9