

مجموعه ترجمه و تلخیص دانشنامه

طب اورژانس

روزن ۲۰۲۲

بیماری‌های دهان، چشم و گوش و حلق و بینی

همراه با نمونه سوالات سال‌های گذشته

مترجمین

دکتر سید علی میرید

بورده تخصصی طب اورژانس

عضو هیات علمی دانشکده پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی نجف‌آباد

دکتر مهدی ابراهیمی

بورده تخصصی طب اورژانس

عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر هومن اصفهانی

بورده تخصصی طب اورژانس

عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر امیرحسین چیت‌گریان

بورده تخصصی طب اورژانس

دکتر امید شکوهی

رتبه دوم بورده تخصصی کشوری

استادیار دانشگاه علوم پزشکی همدان

دکتر آریتا عظیمی میبیدی

بورده تخصصی طب اورژانس

دانشجوی دکتری مدیریت سلامت در حوادث و بلایا

دکتر زهرا گلشن

بورده تخصصی طب اورژانس

سرپرست مترجمین

دکتر آریتا عظیمی میبیدی

فهرست مطالب

عنوان	صفحه
فصل ۵۶ : بیماری‌های دهان	۷
فصل ۵۷ : بیماری‌های چشم	۳۳
فصل ۵۸ : مباحث گوش، حلق و بینی	۸۳
ضمیمه : تست‌های سؤالات مورد و ارتقا سال های اخر (۱۴۰۰-۱۴۰۲)	۱۰۳

بیماری‌های دهان

مقدمه

مشکلات دندانها یک شکایت اصلی و شایع در ED هستند. طیف بیماریهای دهان از حالت‌های آزار دهنده تا شرایط اورژانس تهدید کننده حیات متغیر است. این فصل شامل اختلالات دندان، لثه و پریودنتیوم، آسیبهای ناشی از پروسیجرهای دندان، عفونتهای ادونتوژنیک و عمقی سر و گردن، اورژانسهای تروماتیک دندان‌ها و اختلالات و دررفتگی مفصل تمپورومندیولار (TMJ) است.

اختلالات دندان

اصول کلی

آناتومی، فیزیولوژی و فیزیوپاتولوژی

انسانها ۲۰ دندان شیری (اولیه) و ۳۲ دندان دائمی (ثانویه) دارند که توسط پریودنتیوم حمایت شده و در ماگزیلا (دندانهای فوقانی) و مندیبل (دندانهای تحتانی) حفظ می‌شوند. دندانی که به طور ثرمال در دهان قابل مشاهده است، تاج (crown) است، در حالی که دندانی که زیر خط لثه است ریشه (root) نامیده می‌شود. (شکل ۵۶-۱).

تاج دندان ۳ لایه دارد که از خارج به داخل عبارتند از مینا (enamel) عاج دندان (dentin)، پالپ (pulp). مینای دندان تنها قسمتی از دندان است که هنگام عدم وجود پاتولوژی دیده می‌شود. (به عنوان مثال پوسیدگی یا شکستگی) و یک پوشش سفت و محکم است که از دندان حفاظت می‌کند. لایه خارجی ریشه دندان، سمنتوم است که محل اتصال لیگامان پریودنتال به استخوان آلوئولار است. لایه بعدی در عمق مینا، عاج یا دنتین است که لایه بین مینا و پالپ (در تاج) بین سمنتوم و پالپ (در ریشه)

نکات کلیدی

- آنتی بیوتیکها در مدیریت و درمان عفونت و التهاب پولپ (Pulpitis) نقشی ندارند، چه برگشت پذیر و چه غیر قابل برگشت باشند.
- دندانهای از دست رفته باید مد نظر گرفته شوند. ممکن است پنهان شوند، در صحنه رها شوند، با تنفس وارد شوند. بلعیده شوند یا با ضربه فشرده و له شده باشند.
- دندانهای دائمی کنده شده باید در شیر، سالین یا محلولهای موجود در بازار نگهداری شوند و در اولین فرصت ممکن دوباره کاشته شوند. دندانهای شیری دوباره کاشته نمی‌شوند.
- یک آبسه پری اپیکال موضعی که در یک بیماری دارای سیستم ایمنی سالم به خوبی تخلیه می‌شود، نیازی به آنتی بیوتیک ندارد.
- شکستگی‌های دندانی که عاج یا پالپ را درگیر می‌کند با خمیر هیدروکسید کلسیم بپوشانید و سپس فوراً به دندانپزشک مراجعه کنید.
- مواد اسپیلینت پریودنتال می‌تواند دندانهای مجدد کاشته شده یا لق شده را پس از قرار گرفتن در موقعیت مناسب خود تثبیت کند.
- انجام تصویربرداری پیشرفته برای آبسه پری اپیکال غیر ضروری است. با این حال در صورت وجود علائم عفونت عمقی گردن، CT صورت با کنتراست ضروری است.
- بلوکهای عصبی سوپراپریوستال می‌توانند دندانها را بی-حس کنند ولی برای دندانهای فک پایین بالغین مؤثر نیستند زیرا استخوان اطراف آن ضخیم تر است.

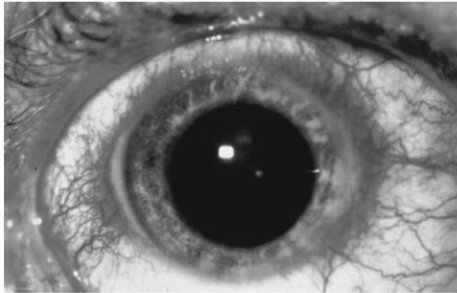


Fig. 57.9 Ciliary Flush. Note that conjunctival injection is most prominent immediately around the limbus. (Courtesy Douglas Brunette, MD.)



Fig. 57.10 (A) Ocular ultrasound showing lens dislocation. (B) Dislocated lens with edge visible. (A, Courtesy Douglas Brunette, MD, B, Courtesy Jeffrey Lee, MD, University of California San Diego.)

روشهای تشخیصی

تشخیص هایفمای تروماتیک اغلب بدون ایلومیناسیون و بزرگنمایی با اسلیت لامپ تشخیص داده نمی‌شود. یک عارضه آن افزایش IOP است، لذا فشار داخل چشم باید اندازه‌گیری شود (به شرطی که هیچ علامتی از پارگی گلوب وجود نداشته باشد) افزایش IOP تا ۳ روز بعد از آسیب اولیه در تقریباً $\frac{1}{4}$ بیماران رخ می‌دهد. این افزایش فشار معمولاً خود محدود است. ولی گاهی بسیار بالا می‌-

آسیبهای سگمان قدامی: هایفمای تروماتیک، آیریت، سیکلودیالیز، دررفتگی لنز تظاهرات بالینی

هرگونه آسیب بلانت یا نافذ به چشم می‌تواند باعث آسیب به اتاق قدام، عنبیه (iris)، لنز (عدسی)، و ساختارهای سگمان قدامی چشم شود. هایفمای تروماتیک (خون در اتاق قدامی در اثر پارگی عروق جسم مژگانی یا عنبیه) می‌تواند با طیفی از درجه شدت رخ دهد به‌طوری‌که از میکروهایفما (هنگامی که گلبول قرمز فقط حین معاینه با اسلیت لامپ دیده می‌شوند تا یک هایفمای لایه لایه که یک لایه از خون به صورت واضح (Gross) در قسمت تحتانی اتاق قدامی دیده می‌شود، یا هایفمای کامل یا توتال که در آن کل اتاق قدامی با خون پر شده است، متیفر است. میکرو هایفما ممکن است با چشم غیر مسلح دیده نشود ولی باعث علائم بالینی می‌شود که مطرح کننده آن هستند. این علائم بالینی شامل احتقان ملتحمه اطراف لیمبوس (ciliary flush)، اندازه غیر طبیعی مردمک (بزرگ‌تر کوچک‌تر یا نامنظم) و مردمکهای متسع می‌دریاز (تروماتیک) (شکل ۵۷-۹) هستند.

بیماران ممکن است دچار تاری دید (blurry vision) و فتوفوبی به دلیل اسپاسم مژگانی ناشی از آیریت تروماتیک همزمان (ایریدو سیکلیت) شوند. هایفمای تروماتیک در اثر آسیب بلانت، می‌تواند همزمان با سیکلودیالیز هم باشد که پارگی است که در آن عضله مژگانی از خار اسکلا جدا می‌شود.

آسیب بلانت به چشم همچنین می‌تواند باعث ضعیف شدن کمپلکس زنول (Zonule) لنز شود و باعث در رفتگی لنز شود. (شکل ۵۷-۱۰ A). فاکتورهای مستعد کننده دررفتگی لنز شامل سندرم مارفان، هموسیتینوری، و درجات بالای میوپی (نزدیک بینی) هستند. این بیماران ممکن است از دوبینی تک چشمی، تصاویر مخدوش و تاری دید شکایت نمایند و سایر علائم تروما مثل میدریاز تروماتیک، ایریدوسیکلیت و هایفما را داشته باشند.

تشخیص افتراقی

گلوکوم حاد می‌تواند با علائم مشابه ظاهر شود ولی به ندرت در اثر تروما رخ می‌دهد. مانند هر آسیب چشمی، نفوذ به کره چشم یک نگرانی است و بهتر است با استفاده از رنگ فلورسین و با اسلیت لامپ ارزیابی شود.

در مورد بیمارانی که فلوترهای علامتدار دارند، گزینه‌های درمانی شامل لیزر ویتروئیز (استفاده از انرژی لیزر برای تکه تکه شدن کدورت‌های ویتره) یا ویتروکتومی است که تعویض جراحی ویتره بیمار با محلول نمکی متعادل و نیمه شفاف است. هر بیمار مشکوک به پارگی یا جدا شدگی شبکیه نیاز به مشاوره فوری چشم پزشک دارد زیرا درمان با تامپوناد یا رتینوپکسی می‌تواند از پیشرفت جداشدگی شبکیه و درگیری ماکولا جلوگیری کند. از دست دادن بینائی مرکزی نشان دهنده درگیری ماکولا است و طول مدت جدا شدگی ماکولا با حدت بینائی نهایی رابطه معکوس دارد.

تعیین تکلیف

تعیین تکلیف نهایی براساس نظر چشم‌پزشک می‌باشد. اگر اختلالات شبکیه‌ای محتمل باشد مشاوره اورژانس و یا انتقال بیمار به مرکز مجهز مورد نیاز می‌باشد.

کاهش بینائی ناگهانی: انسداد شریان و ورید شبکیه و نوروپاتی اپتیک ایسکمیک (ION)

تظاهرات بالینی

آغاز ناگهانی کاهش بینائی غیر تروماتیک معمولاً ناشی از یک پروسه عروقی مثل انفارکتوس است (اگرچه پروسه‌های غیر عروقی مثل جدا شدگی شبکیه و خونریزیهای درگیر کننده ماکولا نیز محتمل هستند)، پروسه‌های دو چشمی شامل همی آنوپسی همونیموس ناگهانی در اثر انفارکتوس مسیرهای بینائی در لوبهای تمپورال، پاریتال، اکسی پیتال و کوری کامل ناگهان هر دو چشم در اثر انفارکتوس محدوده شریان بازیلار در هر دو لوب اکسی پیتال هستند. معاینه فیزیکی شامل کاهش واضح در حدت بینائی و وجود APD و نیز دیدن نقاط رنگ پریدگی در رتین و نیز نقطه گیلاسی (cherry red spot) در فووه‌آ به کمک فوندوسکوپی است. (شکل ۵۷-۲۸). در CRAO ایسکمی حاد شبکیه در اثر انسداد آمبولیک، ترومبوتیک، واسکولیت یا وازواسپاستیک ناگهانی یک شاخه از شریان شبکیه (انسداد شاخه‌ایث شریان شبکیه BRAO) یا خود شریان مرکزی شبکیه (CRAO) رخ می‌دهد. CRAO ممکن است (۱) غیر آرتریتی و دائمی

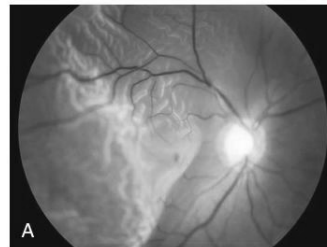


Fig. 57.27 (A) Retinal detachment. Note large portion of retina billowing forward. (B) Bedside emergency department (ED) ultrasound showing retinal detachment (white arrow). (A, Courtesy www.tedmontgomery.com. B, Courtesy Nicholas Connors, MD, and Sophia Lin, MD, New York Presbyterian-Weill Cornell Medical Center.)

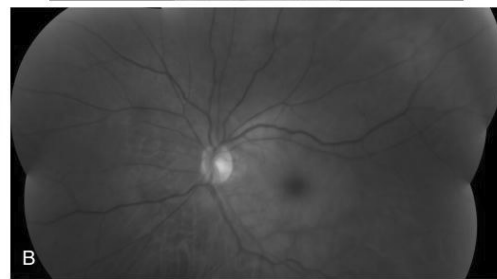


Fig. 57.28 Central retinal artery occlusion (CRAO). (A) Note the cherry-red spot representing the fovea. (B) Note whitening of the retina, with a less prominent cherry-red spot. (B) (Courtesy Jeffrey Lee, MD, University of California San Diego.)

که لایه‌ای از چربی تولید می‌کند و نقش حفاظتی دارند. این لایه محافظتی به عللی مثل رطوبت بالا، افزایش دما، ماسره شدن پوست بعد از تماس طولانی مدت با رطوبت و ترومای موضعی استفاده از سوابهای پنبه‌ای یا استفاده از وسایل کمک شنوایی آسیب دیده و شرایط رشد باکتریها فراهم می‌شود. اوتیت اکسترن توسط سودوموناس آئروژینوزا، استاف طلائی، و استاف طلائی مقاوم به متی-سیلین (MRSA) ایجاد می‌شود. البته می‌تواند پلی میکروبیال نیز باشد. از آنجایی که این بیماری اغلب در فصل تابستان و در آب و هوای گرم رخ می‌دهد بنام گوش شناگران یا tropical ear نیز معروف است.

تظاهرات بالینی

تشخیص OE به صورت بالینی انجام می‌شود. کانال شنوایی خارجی (EAC) ممکن است در ابتدا خارش داشته باشد و به سمت گوش درد پیش برود. علائم دیگر شامل پری گوش، ترشح، کاهش شنوایی یا درد فک است. اتوسکوپی EAC اغلب اریتماتو و ادماتو می‌باشد. دستکاری گوش یا تراگوس اغلب باعث ناراحتی می‌شود. باقیمانده‌ها یا سرومن‌های قابل مشاهده در EAC ممکن است زرد رنگ، قهوه‌ای، سفید یا خاکستری باشند. ممکن است لنفادنیت همراه، اریتم TM یا سلولیت موضعی وجود داشته باشد. ارزیابی بالینی باید شامل سابقه مربوط به نقص ایمنی، دیابت شیرین، لوله‌های TM یا پرده تمپان ناسالم باشد، زیرا این عوامل ممکن است مدیریت و درمان OE را تغییر دهند.

تشخیص افتراقی

ممکن است افتراق اوتیت اکسترن از AOM همراه با سوراخ شدن پرده و اتوره (به ویژه در اطفال) دشوار باشد. TM ممکن است در هر دو حالت اریتماتوز باشد و سوراخ TM ممکن است کوچک باشد و در AOM همراه با اتوره به سختی دیده شود. ادم EAC ممکن است مانع مشاهده کامل TM شود و ترشحات EAD هم ممکن است مانع مشاهده کامل پرده شود و در هر شرایطی مشابه به نظر برسد. درد EAC با کشش پینا (Pinna) و درد شدید با اتوسکوپی بیشتر به نفع اوتیت خارجی اولیه است. در موارد مبهم درمان هر دو بیماری عاقلانه است.

اوتیت میانی چرکی مزمن با التهاب مزمن گوش میانی و اتوره همراه با سوراخ شدن TM مشخص می‌شود. این یکی از شایع‌ترین بیماریهای عفونی دوران کودکی در سرتاسر جهان و یکی از علل اصلی اختلالات شنوایی در محیطهای محدود است. سودوموناس آئروژینوزا و استاف طلائی از عوامل بیماریزای شایع هستند. فلوکسازین موضعی یا سیپروفلوکسازین درمانهای آنتی‌بیوتیکی توصیه شده هستند.

پس از یک دوره ۱۰ روزه آنتی‌بیوتیک، بیماران ممکن است افیوژن گوش میانی پیدا کنند و اکثر این موارد بهبودی خود بخودی دارند. بیماران مبتلا به OME بطور کلی با پیگیریهای زنجیره‌ای برای ارزیابی مجدد برای کاهش شنوایی قابل توجه یا آنومالیهای ساختاری مشاهده می‌شوند. آنتی‌بیوتیکها، آنتی‌هیستامینها، ضد احتقانها و استروئیدها فواید کمی دارند و یا اصلاً هیچ سودی ندارند و توصیه نمی‌شوند. لوله‌های تمپانوستومی ممکن است در کودکان مبتلا به OME مداوم با کاهش شنوایی، آنهایی که آسیب ساختاری، TM و گوش ماینی دارند و در کودکان در معرض خطر مشکلات گفتاری، زبان، یا شنوایی مفید هستند. آدنوتیدکتومی نیز ممکن است در موارد خاص انجام شود.

تعیین تکلیف

بیماران مبتلا به AOM اگر هیچ بهبودی در علائمشان دیده نشود باید مجدد طی ۴۸ تا ۷۲ ساعت دیده شوند. اطفالی که بهبودی دارند می‌توانند طی ۸ تا ۱۲ هفته بعد از نظر وجود افیوژن باقیمانده ارزیابی مجدد شوند.

کودکان مبتلا به عوارض AOM مستلزم ارجاع به متخصص ENT هستند. بالغینی که OME پایدار دارند برای رد کردن کارسینوم نازوفارنکس ارجاع به متخصص ENT ضروری است.

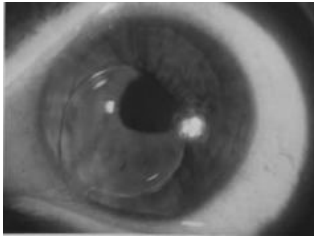
اوتیت اکسترن

اصول کلی

اوتیت اکسترن به التهاب کانال خارجی گوش گفته می‌شود. کانال خارجی گوش با سلولهای اپی‌تلیال اسکواموس پوشیده شده است و دارای غدد سرومن است

بورد ۱۴۰۱

۱- خانم ۶۵ ساله با سابقه جراحی کاتاراکت پس از ترومای چشم راست، بعلت تاری دید و دوبینی به اورژانس مراجعه می‌کند. در معاینه هنگام بسته نگه داشتن چشم راست دوبینی برطرف می‌شود. تصویر چشم راست وی را در هنگام معاینه با اسلیت لامپ مشاهده می‌کنید:



محتمل‌ترین تشخیص کدام است؟

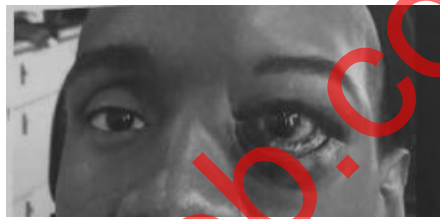
الف) Globe rupture

ب) Lens dislocation

ج) Traumatic iritis

د) Corneal foreign body

۲- مرد ۳۸ ساله‌ای به دنبال نزاع دچار برخورد مشت به چشم چپ شده است. تصویر بیمار را مشاهده می‌کنید:



بیمار از درد چشم شکایت دارد. در معاینه پروپتور مشهود است. بینایی در حد رویت حرکت دست است. چشم فاقد حرکت است و مردمک ۵ میلی‌متر فیکس و فاقد واکنش به نور است. مناسب‌ترین اقدام در این بیمار کدام است؟

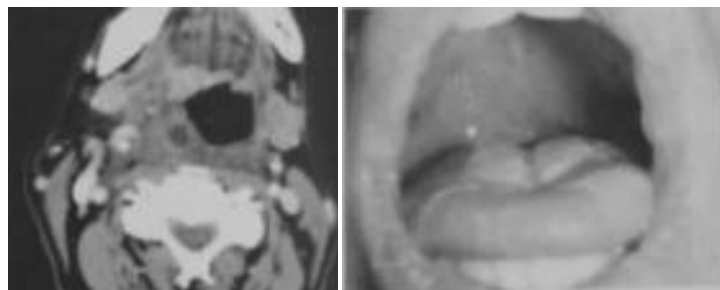
الف) تجویز مانیتول و ارزیابی مجدد

ب) انجام سی تی اسکن اوربیت

ج) انجام کانتوتومی خارجی در اورژانس

د) اعزام بیمار به مرکز دارای چشم پزشک

۳- مرد ۴۵ ساله بعلت گلودرد به اورژانس مراجعه می‌کند. از سه روز پیش دچار تب و گلودرد شده که بتدریج علایم بدتر شده است و در حال حاضر دچار گرفتگی صدا، دیسفاژی و ادینوفاجی می‌باشد. معاینه ته حلق بیمار و سی تی اسکن با تزریق گردن را مشاهده می‌کنید:



محتمل‌ترین تشخیص کدام است؟

الف) آنژین لودویگ

ب) آبسه پری تونسیلار

ج) فرانژیت دیفتری

د) تونسیلیت زبانی