

فهرست مطالب

۹.....	۱ تشخیص بالینی
۱۹.....	۲ مهارت‌های مورد نیاز برای تسهیل استدلال بالینی
۲۹.....	۳ سیستم تنفسی
۸۱.....	۴ چشم
۱۱۳.....	۵ بیماری‌های گوش
۱۴۳.....	۶ سیستم اعصاب مرکزی
۱۷۹.....	۷ بیماری‌های زنان
۲۲۳.....	۸ دستگاه گوارش
۲۹۷.....	۹ درماتولوژی
۳۸۹.....	۱۰ بیماری‌های اسکلتی - عضلانی
۴۲۷.....	۱۱ اطفال
۴۶۵.....	۱۲ سلامت عمومی
۴۸۹.....	۱۳ درخواست فرآورده‌های خاص

چشم

اختلالات پلک

سندرم خشکی چشم / ماری خشکی چشم یا
کراتوکنژنکتیویت سید

مقدمه

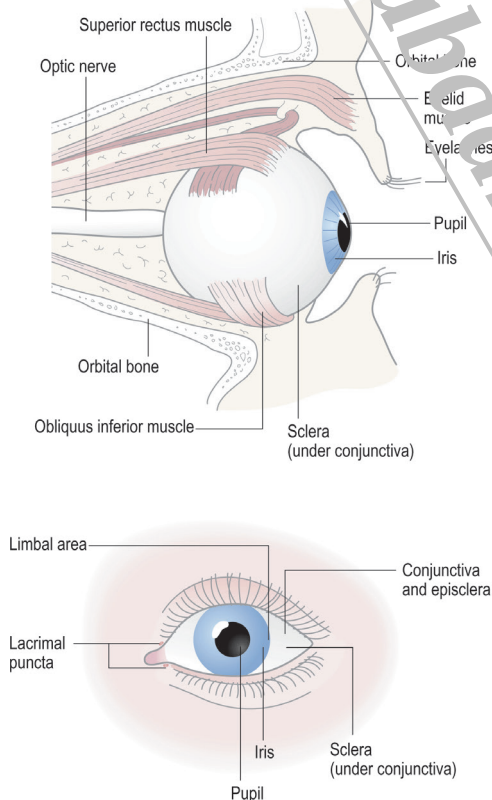
بررسی کلی آناتومی چشم
اخذ شرح حال و معاینه چشم
قرمزی چشم

مقدمه

چشم یکی از پیچیده ترین اندام های بدن است. به دلیل آناتومی پیچیده و دقیق آن، بسیاری از مشکلات ممکن است برای چشم پیش آید و این مشکلات به شکل علائم چشمی در بیمار ظاهر می شوند. نقش داروساز تشخیص بین علل خفیف و خود محدود کننده و بیماری های جدی که تهدیدی برای بینایی هستند، می باشد. داروسازان همچنین می توانند با اطمینان از سلامت چشم نقش ایفا کنند، به ویژه در بیماری هایی که برای بیماری هایی دژنراتیو مانند گلوکوما، دژنراسیون ماکولا وابسته به سن، داروهای تکراری دریافت می کنند. بررسی پایبندی بیمار به مصرف داروها و توانایی استفاده صحیح از قطره ها و پادماهای چشمی و احتمالاً تشخیص هرگونه وخامت در وضعیت بیمار باید بخشی از مشاوره های روزمره باشد.

بررسی کلی آناتومی چشم

درک ابتدایی از آناتومی چشم مفید است، زیرا دانستن اینکه درگیری در کدام ساختارها رخ داده، سبب مدیریت شکایت بیمار می شود. شکل ۴-۱ ساختارهای اصلی چشم را نشان می دهد.



شکل ۴-۱. آناتومی چشم، بالا: نمای جانبی و پایین: نمای روبرو

پلک‌ها

پلک‌ها به عنوان محافظی در برابر نور بیش از حد و جلوگیری از ورود اجسام خارجی عمل می‌کنند و همچنین اشک را روی کره چشم پخش می‌کنند. پلک‌ها عمدتاً از ماهیچه ارادی با حاشیه‌ای از بافت همبند ضخیم به نام صفحه تارسال تشکیل شده‌اند. این صفحه به صورت یک برجستگی احساس می‌شود و می‌توان آن را برگرداند که این کار امکان معاینه ملتحمه پلکی^۱ را فراهم می‌کند و می‌تواند به تشخیص برخی مشکلات چشمی کمک کند. مژه‌ها نیز به محافظت از چشم کمک می‌کنند. در پایه مژه‌ها، غدد سباسه مژگانی مایعات روان‌کننده ترشح می‌کنند. این غدد در صورت عفونت می‌توانند باعث ایجاد گل مژه شوند.

سیستم اشکی

سیستم اشکی در حاشیه بیرونی بالایی حفره چشم (بین گوشه چشم و پل بینی) قرار دارد. وظیفه آن‌ها تخلیه مایع اشکی از حفره چشم است. انسداد مجرای اشکی می‌تواند منجر به داکریوسیستیت یا افزایش فشار داخل چشمی شود.

ملتحمه

ملتحمه یک غشای مخاطی نازک، شفاف و پیوسته است که داخل پلک‌ها (ملتحمه پلکی) و سطح ملتحمه بولبار^۲ را می‌پوشاند. این غشا به عنوان یک مایه محافظ برای چشم عمل می‌کند. اتساع و احتلال عروق خونی ملتحمه بولبار به دلیل عفونت، آلرژی، بافت‌های تحریک‌کننده باعث ایجاد چشم قرمز می‌شود.

صلبیه و قرنیه

صلبیه یا اسکلرا به جز یک پنجره کوچک در جلوی چشم که قرنیه در آنجا قرار دارد، چشم را احاطه می‌کند. صلبیه که اغلب به عنوان سفیدی چشم شناخته می‌شود، به کره چشم شکل و استحکام می‌بخشد. قرنیه شفاف به نور اجازه ورود به چشم را می‌دهد و به دلیل ماهیت

منحنی‌اش، به همگرایی نور بر روی شبکیه کمک می‌کند، قرنیه مسئول تقریباً ۷۵ درصد شکست نور است.

عنبیه و مردمک

عنبیه بخش رنگی چشم است، عملکرد اصلی آن تنظیم میزان نوری است که وارد کره چشم می‌شود. این ساختار یک دایره ناقص است با سوراخی در وسط که مردمک را تشکیل می‌دهد. عنبیه بین قرنیه و عدسی معلق است و به زوائد مژگانی متصل می‌شود.

عدسی

عدسی پشت مردمک و عنبیه قرار دارد و توسط فیبرهایی که به زوائد مژگانی متصل هستند، در جای خود نگه داشته می‌شود. عدسی مسئول تنظیم دقیق نور بر روی شبکیه است. توانایی تغییر قدرت تمرکز را دارد. با این حال، این توانایی با افزایش سن کاهش می‌یابد، زیرا عدسی سخت‌تر شده و قدرت انعطاف‌پذیری آن کمتر می‌شود. به همین دلیل بسیاری از افراد با افزایش سن به عینک مطالعه نیاز پیدا می‌کنند.

شبکیه

شبکیه لایه حساس به نور چشم و آغاز مسیر بینایی است. عملکرد شبکیه می‌تواند به دلایلی مانند بیماری‌های زمینه‌ای (مانند دژنراسیون ماکولای مرتبط با سن) یا ورود اجسام خارجی که باعث آسیب و جداشدگی شبکیه می‌شوند، مختل شود.

داخل کره چشم

عدسی فضای داخلی کره چشم را به حفره قدامی و محفظه زجاجیه تقسیم می‌کند. حفره قدامی شامل اتاقک قدامی و خلفی است. هر دو با محلولی آبکی (زلالیه) پر می‌شوند که عدسی و قرنیه را شستشو می‌دهد. زلالیه در پشت عنبیه توسط زوائد مژگانی تولید شده و از محفظه پشتی و مردمک عبور کرده و در زاویه حفره قدامی (محل اتصال عنبیه به قرنیه) تخلیه می‌شود. فشار داخل چشمی (IOP) عمدتاً توسط زلالیه ایجاد می‌شود.

1. palpebral conjunctiva
2. bulbar conjunctiva

پایین را به سمت پایین بکشید و از بیمار بخواهید که به بالا و سپس به چپ و راست نگاه کند.

- برای بررسی قسمت بالایی صلبیه، باید به آرامی پلک بالا را بلند کنید و از بیمار بخواهید که به پایین و سپس به چپ و راست نگاه کند.

۴. بررسی حدت بینایی: حدت بینایی را می‌توان با درخواست از بیمار برای خواندن متن کوچک با چشم درگیر، در حالی که چشم سالم را پوشانده شده است، ارزیابی کرد. متن مورد نظر باید حداقل به اندازه طول بازو از بیمار دور نگه داشته شود و از او خواسته شود تا متن را بخواند.

۵. بررسی اندازه، شکل و واکنش‌های مردمک‌ها که در بیماری‌هایی که یک داروساز شهری می‌تواند آن‌ها را مدیریت کند، مردمک‌ها باید گرد، متقارن و هم‌اندازه باشند. و واکنش‌های طبیعی داشته باشند:

- بیمار باید مستقیماً به شما نگاه کند در حالی که منبع نور را از کنار صورت او نزدیک می‌کنید.

- نور باید کمتر از یک ثانیه روی مردمک تابانده شود تا واکنش مردمک تحریک شود. واکنش‌های مستقیم و غیر مستقیم باید بررسی شوند (در چشم سالم با تاباندن نور به یک چشم، هر دو مردمک باید تنگ شوند).

اگر فقط یک چشم درگیر شده باشد، باید این معاینات را بر روی چشم دیگر نیز انجام دهید تا بتوانید بین وضعیت طبیعی و غیرطبیعی مقایسه کنید. همچنین ممکن است در هنگام معاینه چشم، داروساز با پاتولوژی غیرمرتبط با قرمزی چشم مواجه شود. به عنوان مثال: پینگکولا: توده زردرنگ و کمی برجسته ملتحمه روی صلبیه نزدیک به لبه قرنیه (شکل ۲-۴)، پتریژیوم (ناخنک):^۲ رشد خوش خیم و مثلثی بافت ملتحمه (شکل ۳-۴)، گرانولاسما: رسوب زردرنگ کلسترول در زیر پوست، رو یا اطراف پلک‌ها (شکل ۴-۴) این موارد بهتر است برای ارزیابی کامل‌تر به چشم‌پزشک ارجاع داده شوند.

اخذ شرح حال و معاینه چشم

شرح حال

برای تشخیص علت شکایت بیمار، اخذ شرح حال دقیق ضروری است. به تغییرات بینایی، شدت و ماهیت ناراحتی و وجود ترشحات توجه کنید. فراموش نکنید که درباره سابقه خانوادگی بیماری‌های چشمی (مانند گلوکوم) و سابقه پزشکی و دارویی از بیمار سؤال کنید. شرح حال به دست آمده باید با معاینه چشم تکمیل شود. اطلاعات زیادی می‌توان از یک بررسی دقیق چشم به دست آورد. به عنوان مثال می‌توانید اندازه مردمک‌ها، اندازه نسبی آن‌ها و واکنش به نور، رنگ صلبیه، ماهیت ترشحات و درگیری پلک‌ها را بررسی کنید.

معاینه چشم

قبل از انجام معاینه چشم، مهم است که به طور کامل برای بیمار توضیح دهید که قصد انجام چه کاری را دارید و رضایت او را جلب کنید. سه مرحله اساسی وجود دارد که باید انجام شود، ترتیب آن‌ها مهم نیست، به شرطی که همگی انجام شوند:

۱. مشاهده و بررسی چشم

۲. ارزیابی حدت بینایی

۳. بررسی واکنش‌های مردمک

مرحله ۱ میزان و توزیع قرمزی را مشخص می‌کند و مرحله‌های ۲ و ۳ به ارزیابی احتمال وجود پاتولوژی خطرناک کمک می‌کنند. مراحل انجام معاینه به شرح زیر است:

۱. دستان خود را بشویید.

۲. از بیمار بخواهید روی صندلی بنشیند، طوری که در سطح چشمان یکدیگر قرار بگیرد.

۳. برای ارزیابی کامل توزیع و شدت درگیری چشم، لازم است تمام بخش‌های صلبیه مشاهده شوند. این کار با دستکاری ساده پلک‌ها انجام می‌شود:

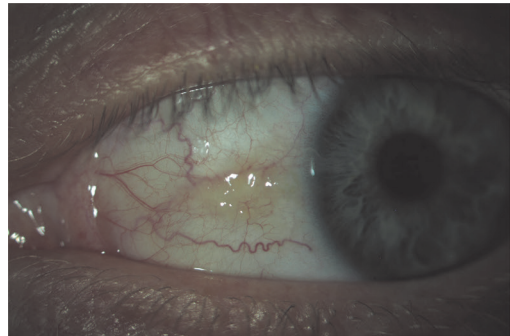
- برای بررسی قسمت پایینی صلبیه، به آرامی پلک

1. pinguecula
2. pterygium
3. xanthelasma

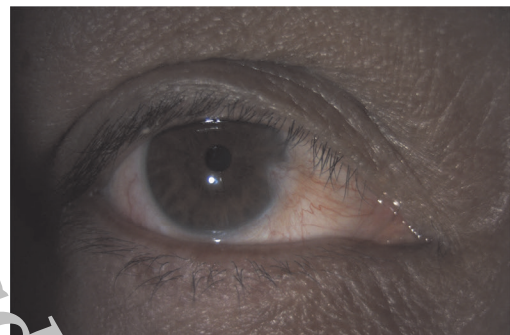
از آنجایی که کنژنکتیویت (شامل انواع باکتریایی، ویروسی و آلرژیک) شایع‌ترین بیماری چشمی است که توسط داروسازان شهری دیده می‌شود، این بخش بر شناسایی انواع مختلف کنژنکتیویت و تشخیص افتراقی آن‌ها از اختلالات جدی‌تر چشمی تمرکز دارد.

شیوع و اپیدمیولوژی

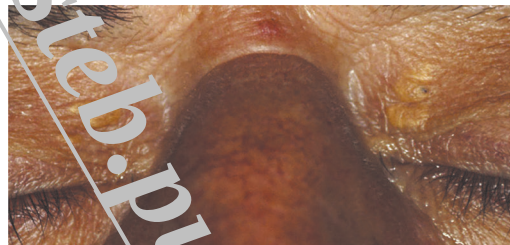
شیوع دقیق کنژنکتیویت عفونی مشخص نیست، اگرچه آمارهای عمومی نشان می‌دهند که مشکلات چشمی تا ۱ درصد از حجم کار کادر درمان را تشکیل می‌دهند. یک مطالعه کوچک در داروخانه‌های شهری در بریتانیا نشان داد که به‌طور میانگین، دو مورد قرمزی چشم در هفته در داروخانه‌های شهری دیده می‌شود. به نظر می‌رسد کنژنکتیویت به‌طور مساوی روی هر دو جنس تأثیر می‌گذارد و به‌تازگی در هر سنی یابد، اگرچه کنژنکتیویت باکتریایی در کودکان شایع‌تر است و کنژنکتیویت ویروسی در بزرگسالان رایج‌تر است. هر سه نوع کنژنکتیویت اساساً خودمحدودشونده هستند، اگرچه کنژنکتیویت ویروسی ممکن است عود کند و برای چندین هفته ادامه یابد.



شکل ۲-۴. پینگوکولا



شکل ۳-۴. پتریژیوم



شکل ۴-۴. پتالیاسما

اتیولوژی

عوامل بیماری‌زا که باعث کنژنکتیویت باکتریایی می‌شوند، بین بزرگسالان و کودکان متفاوت هستند. در بزرگسالان، گونه‌های استافیلوکوک شایع‌ترین عامل هستند (بیش از ۵۰ درصد موارد) و پس از آن استرپتوکوک پنومونیه (۲۰ درصد)، گونه‌های موراکسلا (۵ درصد) و هموفیلوس آنفلوانزا (۵ درصد) قرار دارند. در کودکان، استرپتوکوک، موراکسلا و گونه‌های هموفیلوس شایع‌ترین عوامل هستند. آدنو ویروس بیشترین ارتباط را با کنژنکتیویت ویروسی دارد و گرده‌ها معمولاً باعث کنژنکتیویت آلرژیک فصلی می‌شوند.

تشخیص افتراقی

قرمزی چشم می‌تواند به‌تهایی یا همراه با علائمی مانند درد، ناراحتی، ترشح و تغییر در دید ظاهر شود. جدول ۱-۴

قرمزی چشم

مقدمه

کنژنکتیویت به معنای التهاب ملتحمه است. این بیماری با درجات مختلفی از قرمزی چشم، تحریک، خارش و ترشح مشخص می‌شود. قرمزی چشم و التهاب ملتحمه به‌عنوان شایع‌ترین مشکلات چشمی گزارش شده‌اند.

جدول ۴-۲ ؟ سؤالات اختصاصی که باید در مورد قرمزی چشم از بیماران پرسیده شود

سؤال	دلیل
ترشحات	- آبکی: کنژنکتیویت ویروسی و آلرژیک، خراش قرنیه، هرپس سیمپلکس، کراتیت - مخاطی چرکی: کنژنکتیویت باکتریایی و کلامیدایی
درد چشم	تعدادی بیماری‌ها باعث درد واقعی چشم می‌شوند که بیشتر آن‌ها دارای پاتولوژی جدی هستند. این بیماری‌ها در جدول ۴-۴ خلاصه شده‌اند.
محل قرمزی	- قرمزی نزدیک یا اطراف بخش رنگی چشم (منطقه لیمبوس) نشان دهنده پاتولوژی جدی است (مانند یووئیت) - قرمزی عمومی و قرمزی به سمت گوشه‌های چشم نشان دهنده کنژنکتیویت است - قرمزی موضعی صلبیه می‌تواند نشان دهنده اسکلریت یا اپی اسکلریت باشد.
مدت زمان	هرگونه قرمزی چشمی (به جز خونریزی زیر ملتحمه و کنژنکتیویت آلرژیک) که بیش از یک هفته طول بکشد، غیرمعمول است.
فوتوفوبیا	معمولاً با بیماری‌های جدی چشم (مانند کراتیت، خراش قرنیه و یووئیت) همراه است.
علائم دیگر	- علائم عفونت دستگاه تنفسی فوقانی نشان دهنده کنژنکتیویت ویروسی است - استفراغ نشان دهنده گلوکوم است.

این حالت به طور خودبه خودی رخ می‌دهد اما می‌تواند با سرفه، فشار یا بلندکردن جسمی ایجاد شود. ناگهانی بودن علائم و روشنی خون معمولاً به این معنی است که بیماران خیلی زود پس از بروز مشکل مراجعه می‌کنند. این حالت بدون درد است و باید به بیمار اطمینان داد که علائم طی ۱۰ تا ۱۴ روز بدون درمان برطرف می‌شوند. با این حال، بیمارانی که سابقه ضربه دارند، باید برای رد آسیب چشمی ارجاع داده شوند.

جدول ۴-۱ علل شایع مشکلات چشمی و احتمال مواجهه داروساز با آن در داروخانه

بروز	علت
احتمال بسیار زیاد	- کنژنکتیویت آلرژیک - کنژنکتیویت باکتریایی - کنژنکتیویت ویروسی
محتمل	خونریزی تحت ملتحمه
احتمال کم	- یووئیت قدامی - بلفاریت - کنژنکتیویت کلامیدایی - خراش قرنیه یا جسم خارجی - اپی اسکلریت - هرپس سیمپلکس - کراتیت (زخم قرنیه) - اسکلریت
احتمال بسیار کم	گلوکوم زاویه بسته حاد

بیماری‌هایی را که ممکن است توسط داروساز مشاهده شود، آورده است. همراه با معاینه چشم، باید چندین سؤال خاص پرسیده شود تا به تشخیص افتراقی کمک کند (**جدول ۴-۲**).

تظاهرات بالینی کنژنکتیویت

هر یک از سه نوع شایع کنژنکتیویت دارای علائم مشابه هستند. **جدول ۴-۳** و شکل‌های ۴-۵ تا ۴-۷ شباهت‌ها و تفاوت‌ها در ارائه کلاسیک این سه نوع را برجسته می‌کنند.

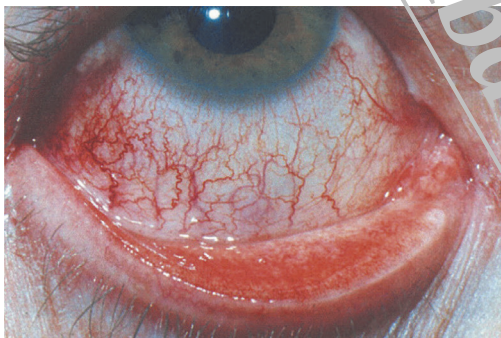
رد تشخیص‌های افتراقی

علت احتمالی

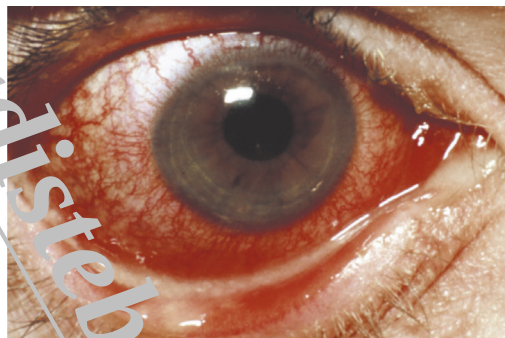
خونریزی تحت ملتحمه

پارگی یک رگ خونی در زیر ملتحمه باعث خونریزی تحت ملتحمه می‌شود. بخشی از چشم یا حتی کل چشم روشن و قرمز به نظر خواهد رسید (**شکل ۴-۸**).

جدول ۳-۴ خلاصه‌ای از چهار علت شایع قرمزی چشم که در داروخانه شهری مشاهده می‌شود				
علائم	خونریزی تحت ملتحمه	کنژنکتیویت آلرژیک	کنژنکتیویت ویروسی	کنژنکتیویت باکتریایی
چشمان درگیر یک چشم	هر دو	هر دو	اما معمولاً ابتدا یک	معمولاً هر دو، گاهی یک طرفه
ترشحات	ندارد	آبکی	آبکی	معمولاً ترشحات مخاطی چرکی با چسبندگی چشم‌ها هنگام بیدار شدن
درد	ندارد	خارش (ممکن است شدید باشد)	ناراحتی شبیه حس خارجی و خارش خفیف	خفیف تا متوسط، ناراحتی شبیه حس وجود جسم خارجی
توزیع قرمزی	محدود یا گسترده	گسترده اما بیشتر در فورنیکس‌ها	گسترده	گسترده و پراکنده
علائم همراه	ندارد	رینیت (ممکن است سابقه خانوادگی آنوبی نیز وجود داشته باشد)	علائم سرفه و سرماخوردگی	معمولاً ندارد



شکل ۴-۶. کنژنکتیویت ویروسی



شکل ۴-۵. کنژنکتیویت آلرژیک



شکل ۴-۸. خونریزی تحت ملتحمه



شکل ۴-۷. کنژنکتیویت آلرژیک

دستگاه گوارش

مقدمه	اسهال
بررسی کلی آناتومی دستگاه گوارش	یبوست
ضایعات دردناک دهانی	سندرم روده تحریک پذیر
ضایعات بدون درد دهانی	هموروئید (بواسیر)
ژنژیویت (التهاب لثه)	درد شکم
دیس پپسی (سوء هاضمه)	

مقدمه

شده است. فرآیند هضم در حفره دهانی آغاز می شود. زبان و دندانها قطعات بزرگ غذا را در موقعیتی قرار می دهند که دندانها بتوانند آنها را پاره و خرد کنند. بزاق، غذا را رطوبت و روان کرده و با ترشح آنزیمهای آمیلاز، فرآیند هضم کربوهیدراتها را قبل از بلع آغاز می کند.

معده

معده به شکل J بوده و غذا و مایعات را از مری گرفته و به دوازدهه تخلیه می نماید. این عضو کمی در سمت چپ خط وسط و در قدام (زیر) قفسه سینه قرار دارد. انحنای کوچک معده در مجاورت کبد قرار دارد. عملکردهای معده ذخیره موقتی، مخلوط کردن و آغاز تجزیه غذا است. معده از طریق فرآیندهای مکانیکی، غذا را تجزیه کرده و با ترشحات خود ترکیب می کند تا مایعی غلیظ به نام کیموس تولید شود و آن را به روده کوچک منتقل کند.

کبد

کبد در زیر دیافراگم و عمدتاً در سمت راست خط وسط در ربع فوقانی راست شکم قرار دارد. این عضو عملکردهای متعددی از جمله متابولیسم کربوهیدرات، چربی و پروتئین و همچنین تجزیه بسیاری از داروها را بر عهده دارد.

وظیفه اصلی دستگاه گوارش تبدیل غذا به منبع انرژی مناسب برای حفظ عملکرد فیزیولوژیک طبیعی سلولها است. این فرآیند پیچیده بوده و ارگانهای مختلفی در انجام آن دخیل هستند. به همین دلیل، بسیاری از بیماریها روی دستگاه گوارش تأثیر می گذارند، برخی از آنها حاد و خودمحدود شونده بوده و برخی به دروهایی بدون نسخه پاسخ می دهند، در حالی که برخی دیگر جدی بوده و نیاز به ارجاع دارند.

مروری کلی بر آناتومی دستگاه گوارش

داشتن درک صحیح از آناتومی دستگاه گوارش برای داروسازان بسیار مهم است. بسیاری از بیماریها با علائم مشابه و محل های مشابه (مانند درد شکمی) بروز می کنند، بنابراین داروسازان نیاز به دانش پایه ای از آناتومی دستگاه گوارش و محل قرارگیری هر یک از اعضای آن دارند تا بتوانند تشخیص افتراقی صحیحی داشته باشند.

حفره دهانی

حفره دهانی از گونه ها، کام سخت و نرم و زبان تشکیل

کیسه صفرا

کیسه صفرا یک کیسه گلابی شکل است که در قسمت عمقی کبد قرار گرفته و از لبه جلویی تحتانی آن آویزان است. وظیفه آن ذخیره و تغلیظ صفرای تولید شده توسط کبد است.

پانکراس

پانکراس در پشت معده قرار دارد. این عضو برای تولید آنزیم‌های گوارشی که از طریق مجرای پانکراسی به دوازدهه منتقل می‌شوند و همچنین ترشح هورمون‌هایی مانند انسولین ضروری است.

روده کوچک

محل اصلی جذب مواد مغذی و داروها، روده کوچک است. این عضو از سه قسمت دوازدهه، ژژونوم و ایلیوم تشکیل شده است. دوازدهه از خروجی معده شروع شده و نقش اصلی آن خنثی‌سازی اسید معده و آغاز فرآیند هضم شیمیایی کیموس است. ژژونوم بخش کوچکی است که دوازدهه را به ایلیوم متصل کرده و عملکرد اصلی آن جذب قندها، اسیدهای آمینه و اسیدهای چرب است. در ایلیوم، مخاط به شدت چین‌خورده شده و به نواحی با تشکیل می‌دهد که باعث افزایش سطح جذب و تسهیل جذب مولکول‌های محلول می‌شوند.

روده بزرگ

روده بزرگ از سکوم شروع می‌شود که محل اتصال آپاندیس به دستگاه گوارش است. سپس کولون قرار دارد و در نهایت به رکتوم منتهی می‌شود. نقش اصلی روده بزرگ جذب آب و دفع مواد زائد است.

ضایعات دردناک دهانی

مقدمه

ضایعاتی که باعث درد دهانی می‌شوند شایع هستند، معمولاً خودمحدود شونده بوده و درمان آن‌ها روی تسکین علامتی درد متمرکز است. بیشتر بیماری‌هایی که با ضایعات دردناک دهانی مراجعه می‌کنند، دچار زخم‌های آفتی

کوچک (MAUs)^۱ هستند.

شیوع

شیوع MAUs به درستی مشخص نشده است، اما احتمالاً حدود ۲۰٪ از جمعیت بریتانیا را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این بیماری در تمامی سنین مشاهده می‌شود، اما گزارش شده است که در زنان، افراد زیر ۴۰ سال و غیرسیگاری‌ها شایع‌تر است.

اتیولوژی

علت زخم‌های آفتی کوچک ناشناخته است، اگرچه حدود ۴۰٪ از افراد دارای سابقه خانوادگی زخم‌های دهانی هستند. نظریه‌های مختلفی برای توضیح این بیماری مطرح شده است، از جمله ارتباط ژنتیکی، استرس، تروما، حساسیت‌های غذایی، کمبودهای تغذیه‌ای (آهن، روی و بی‌تامین B12) و قرار گرفتن در معرض برخی غذاها، اما تاکنون هیچ‌کدام اثبات نشده است.

تشخیص افتراقی

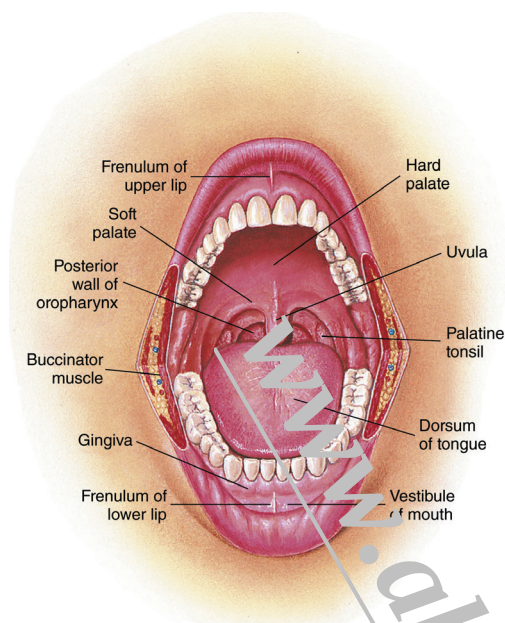
زخم‌های آفتی یک اصطلاح کلی است که برای توصیف اشکال مختلف ضایعات سطحی، دردناک و دهانی که به صورت عودکننده در بازه‌های زمانی از چند روز تا چند ماه رخ می‌دهند، به کار می‌رود. انواع دیگری از زخم‌های دهانی نیز وجود دارند که باید از زخم‌های آفتی افتراق داده شوند (جدول ۸-۱). برای کمک به تشخیص افتراقی، باید سؤالاتی مطرح شود (جدول ۸-۲). علاوه بر این، باید معاینه دهان انجام شود.

معاینه فیزیکی

حفره دهانی (شکل ۸-۱) به راحتی در داروخانه قابل مشاهده است، مشروط بر اینکه دهان با یک منبع نور مناسب و ترجیحاً چراغ‌قوه قلمی، بررسی شود. مراحل معاینه دهان به شرح زیر است:

۱. به بیمار توضیح دهید که قصد انجام چه کاری دارید و رضایت او را کسب کنید.

1. Minor aphthous ulcers



شکل ۸-۱. حفره دهانی

جدول ۸-۱ علل ضایعات دردناک دهانی و احتمال مواجهه داروساز با آن در داروخانه

بروز	علت
احتمال زیاد	• زخم‌های آفتی کوچک
محتمل	• زخم‌های آفتی بزرگ، تروما
احتمال کم	• بیماری دست، پا و دهان، هرپانژین، هرپس سیمپلکس، هرپتی فرم، ناشی از دارو، پرفک دهان
احتمال بسیار کم	• اریتم مولتی فرم، سندرم استیونس-جانسون یا نکروز اپیدرمی توکسیک، لوپوس اریتماتوز سیستمیک، بیماری‌های سیستمیک که با زخم‌های شبیه آفت بروز می‌کنند: سندرم بهجت، بیماری سلیاک، بیماری کرون و کولیت اولسراتیو، ویروس نقص ایمنی انسانی (مثلاً نقص ایمنی)، کمبود ویتامین B ₁₂ ، آهن یا فولات

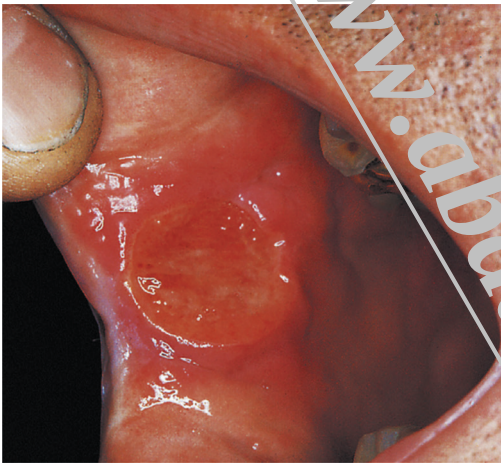
جدول ۸-۲ سؤالات خاصی که در مورد ضایعات دردناک دهانی باید از بیمار پرسیده شود

سؤال	دلیل
تعداد زخم‌ها	• زخم‌های آفتی کوچک (MAUS) به صورت تکی یا در دسته‌های کوچک رخ می‌دهند. • یک ناحیه بزرگ و زخم تکی، بیشتر نشان‌دهنده زخم‌های ماژور است. • بیمارانی که تعداد زیادی زخم دارند بیشتر احتمال دارد که زخم‌های هرپتی فرم داشته باشند.
محل زخم‌ها	• زخم‌های روی طرفین گونه‌ها و داخل لب‌ها احتمالاً MAUS هستند. • زخم‌های واقع در پشت دهان بیشتر با زخم‌های بزرگ یا هرپتی فرم مطابقت دارند.
اندازه و شکل	• زخم‌های با شکل نامنظم معمولاً ناشی از تروما هستند. • اگر زخم‌ها بزرگ یا بسیار کوچک باشند، احتمال MAU کم است.
سن	• افراد جوان: نشان‌دهنده هرپانژین، زنتیواستوماتیت هرپتیک، یا بیماری دست، پا و دهان است. • افزایش سن با بدخیمی مرتبط است.
علائم دیگر	• MAU با علائم سیستمیک همراه نیست • علل نادر که اغلب دارای پاتولوژی خطرناک هستند، اغلب علائم سیستمیک را نشان می‌دهند.

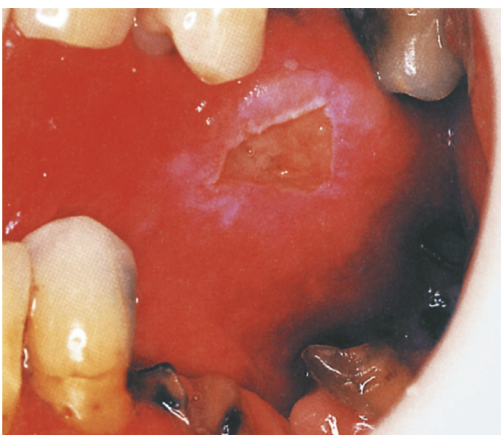
۲. دندان خود را بشویید.
۳. ناحیه‌ای که ضایعه یا درد از آن منشأ می‌گیرد را بررسی کنید. اندازه، شکل و رنگ ضایعه (ها) را مشاهده کنید. به قرمزی یا تورم موضعی توجه کنید.
۴. پس از بررسی مشکل اصلی، سایر بخش‌های دهان را نیز برای یافتن علائم یا نشانه‌های دیگر بررسی کنید. ممکن است نواحی دیگری از دهان تحت تأثیر قرار گرفته باشند اما بیمار متوجه آن‌ها نشده باشد. لب‌ها و لثه‌ها: بررسی علائم سلامت دهان از جمله عدم پوسیدگی دندان، لکه‌های نیکوتینی، بیماری‌های پریودنتال (خونریزی لثه) و زخم‌ها.
- زبان: بررسی علائم غیرطبیعی غیر دردناک. مخاط گونه: بررسی ضایعاتی مانند زخم‌ها و لوکوپلاکی.
- کف دهان: بررسی عفونت و زخم‌ها.
- به بیمار اطلاع دهید که معاینه پایان یافته و از او تشکر کنید.
۶. دندان خود را بشویید.
۷. یافته‌های خود را برای بیمار بازگو کنید.



شکل ۸.۲. زخم‌های آفتی کوچک



شکل ۸.۳. زخم‌های آفتی بزرگ (اسکار)



شکل ۸.۴. زخم‌های ناشی از تروما

تظاهرات بالینی زخم‌های آفتی کوچک یا مینور

این زخم‌ها گرد و به رنگ خاکستری-سفید هستند. آن‌ها کوچک (معمولاً کمتر از ۱ سانتی متر قطر دارند) و سطحی بوده و دارای حاشیه قرمز برجسته هستند. درد ناشی از این زخم‌ها می‌تواند خوردن و آشامیدن را دشوار کند، اگرچه درد معمولاً پس از ۳ تا ۴ روز کاهش می‌یابد. این زخم‌ها به ندرت روی مخاط لثه ظاهر می‌شوند و به صورت منفرد یا در گروه‌های کوچک حداکثر تا پنج تایی بروز می‌کنند. معمولاً روند بهبود آن‌ها ۷ تا ۱۴ روز طول می‌کشد، اما عود آن‌ها معمولاً در بازه زمانی ۱ تا ۴ ماه رخ می‌دهد (شکل ۸-۲).

تشخیص افتراقی

علل محتمل

زخم‌های آفتی بزرگ یا ماژور: این زخم‌ها ۱۰ تا ۱۵٪ از موارد را شامل می‌شوند و با زخم‌های بزرگ و عمیق (> ۱ سانتی متر قطر) مشخص می‌شوند. این زخم‌ها معمولاً به صورت گروهی ظاهر شده اما اغلب به یک گروه می‌پیوندند و یک زخم بزرگ را تشکیل می‌دهند. روند بهبود آن‌ها کند است و معمولاً ۳ تا ۴ هفته طول می‌کشد. این زخم‌ها ممکن است باعث ایجاد اسکار شوند (شکل ۸-۳). آن‌ها می‌توانند هر ۱ تا ۴ ماه عود دهان را درگیر کنند.

تروما:

ترومای مخاط دهان منجر به آسیب و زخم می‌شود. این تروما ممکن است مکانیکی (مانند گاز گرفتن زبان) یا حرارتی باشد که منجر به ایجاد زخم‌هایی با حاشیه نامنظم می‌شود. بیماران معمولاً می‌توانند رویداد آسیب‌زا را به خاطر بیاورند و سابقه‌ای از زخم‌های مشابه یا علائم عفونت سیستمیک ندارند (شکل ۸-۴).

علل با احتمال کم

بیماری دست، پا و دهان

بیماری دست، پا و دهان (HFMD) معمولاً یک بیماری