

**ΓΗΡΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ
ΜΑΘΗΜΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ 10^{ου} ΕΞΑΜΗΝΟΥ
ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ: Η. ΚΑΡΚΑΖΗΣ**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ

Υπεύθυνη Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής: Φ. Ζερβού-Βάλβη

ΑΘΗΝΑ, 2006

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελ.
ΕΙΣΑΓΩΓΗ <i>Ηρακλής Καρκαζής</i>	5
1. ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ <i>Φλώρα Ζερβού-Βάλβη</i>	7
2. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ <i>Μάριος Φραγκάκης</i>	12
3. Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΣΤΟ ΤΑΚΤΙΚΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ <i>Φλώρα Ζερβού-Βάλβη</i>	19
4. Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΣΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ <i>Φλώρα Ζερβού-Βάλβη</i>	33
5. Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΣΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ <i>Φλώρα Ζερβού-Βάλβη</i>	44
6. ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΘΕΣΜΟΙ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ (ΚΑΠΗ) <i>Βασίλειος Τσούνιας</i>	49
ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	53

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ηρακλής Καρκαζής
Αναπλ. Καθηγητής της Οδοντιατρικής Σχολής
του Πανεπιστημίου Αθηνών

Η ανάπτυξη της Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής στην Ελλάδα άρχισε ουσιαστικά να πραγματοποιείται προ εικοσαετίας.

Η παρουσία οδοντιάτρων και Οδοντιατρικών Τμημάτων στα Νοσοκομεία της χώρας καθώς και οι προσφερόμενες οδοντιατρικές υπηρεσίες σε ειδικές κατηγορίες ασθενών έχουν προκαλέσει σημαντική και διαρκώς αυξανόμενη ζήτηση των υπηρεσιών αυτών.

Όμως, οι υπηρετούντες στα Νοσοκομεία οδοντίατροι έρχονται καθημερινά αντιμέτωποι με πολλά προβλήματα που σχετίζονται με τον χαρακτήρα και τις απαιτήσεις άσκησης της Δευτεροβάθμιας (Νοσοκομειακής) Οδοντιατρικής Περίθαλψης, της οποίας κύριο κλινικό αντικείμενο είναι η παροχή οδοντιατρικής περίθαλψης σε άτομα με συστηματικά νοσήματα, νοητική υστέρηση ή φυσική αναπηρία.

Πολλά από τα προβλήματα που προκύπτουν οφείλονται στο γεγονός ότι η εκπαίδευση στο αντικείμενο είναι ελλιπής, τόσο στο προπτυχιακό επίπεδο όσο και στο μεταπτυχιακό.

Αξιοσημείωτο είναι ότι μέχρι σήμερα στην Ελλάδα δεν έχει θεσμοθετηθεί ένα μεταπτυχιακό-επαγγελματικό πρόγραμμα εκπαίδευσης στη Νοσοκομειακή Οδοντιατρική ή έστω ένα σύγχρονο πρόγραμμα Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης.

Αντίθετα, σε άλλες χώρες, όπως οι ΗΠΑ, όπου η Οδοντιατρική από πολλά χρόνια κατέχει τη θέση της στο Νοσοκομείο, οι οδοντίατροι για να έχουν τη δυνατότητα να εργασθούν και την ικανότητα να αντιμετωπίζουν ασθενείς σε Νοσοκομείο, παρακολουθούν διάφορα σχετικά προγράμματα.

Για την ασφαλή κλινική πρακτική στη Νοσοκομειακή Οδοντιατρική είναι απαραίτητη και στην Ελλάδα η υψηλού επιπέδου εκπαίδευση.

Μέχρι πρόσφατα μέρος της εκπαίδευσης αυτής λαμβανόταν από σεμινάρια και συνέδρια που διοργανώνονταν από διάφορους φορείς, με σημαντικό εκπρόσωπο την Ελληνική Εταιρεία Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής, η οποία από της ιδρύσεώς της (1997) οργανώνει σχετικές εκδηλώσεις.

Στην συνέχεια, η Οδοντιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών, αντιλαμβανόμενη την αναγκαιότητα της σχετικής εκπαίδευσης, ως πρώτο βήμα, προς γνωριμία των προπτυχιακών φοιτητών με το αντικείμενο, συμπεριέλαβε στο πρόγραμμα σπουδών προ τριετίας την διδασκαλία στοιχείων Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής στα πλαίσια του μαθήματος επιλογής της Γηροδοντιατρικής για τους φοιτητές του 10^{ου} εξαμήνου.

Οι στόχοι του μαθήματος είναι η απόκτηση γνώσεων σχετικά τόσο με την βασική οργανωτική δομή του Νοσοκομείου και με την οργανωτική δομή και λειτουργία του νοσοκομειακού οδοντιατρικού τμήματος όσο και με το φάσμα της παρεχόμενης σε αυτό οδοντιατρικής περίθαλψης. Η επαφή των φοιτητών με το αντικείμενο της Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής επιτυγχάνεται μέσω σεμιναρίων και εκπαιδευτικών επισκέψεων σε Νοσοκομεία.

Το μάθημα είναι χρήσιμο όχι μόνο για όσους επιθυμούν να εργασθούν σε Νοσοκομείο αλλά και για όσους σκοπεύουν να εργασθούν σε φορείς πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και στο προσωπικό τους ιατρείο διότι εκτός των άλλων θα τους βοηθά στη λήψη αποφάσεων σχετικά με την αναγνώριση των περιστατικών που χρήζουν παραπομπής στο Νοσοκομείο.

Προφανώς, όμως, για την ασφαλή κλινική πρακτική αλλά και για την εξέλιξη της Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής δεν επαρκεί αυτή η μικρής διάρκειας επαφή με το αντικείμενο αλλά, ιδιαίτερα για όσους επιθυμούν να εργασθούν σε Νοσοκομείο, είναι αναγκαία μία περισσότερο μακροχρόνια εκπαίδευση. Αυτή πρέπει να αποσκοπεί στη συμπλήρωση και επέκταση της γενικής κατάρτισης, στην επαφή του οδοντιάτρου με τις σύγχρονες μεθόδους άσκησης της Οδοντιατρικής στο Νοσοκομείο και στην οδοντιατρική αντιμετώπιση ατόμων με επιβάρυνση της γενικής τους υγείας, νοητική υστέρηση ή φυσική αναπηρία.

Για την άσκηση της Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής απαιτείται:

- η ευρεία και σε βάθος γνώση της Οδοντιατρικής επιστήμης,
- η εξοικείωση με την Στοματολογία και με την ειδικότητα της Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής,
- η εξοικείωση με τις ιατρικές ειδικότητες της Παθολογίας, της Καρδιολογίας, της Παιδιατρικής και της Αναισθησιολογίας καθώς και η ενημέρωση για τις σύγχρονες προόδους και εφαρμογές της βιοϊατρικής τεχνολογίας,
- η απόκτηση απαραίτητων οδοντιατρικών, χειρουργικών και ιατρικών δεξιοτήτων.

Η σχετική εκπαίδευση, η οποία καλείται να συνθέσει μεθοδολογικά τη μέχρι σήμερα συσσωρευμένη γνώση και τις κλινικές δεξιότητες της Οδοντιατρικής και Ιατρικής Επιστήμης, πρέπει οπωσδήποτε να περιλαμβάνει τους ακόλουθους τομείς:

1. Διαγνωστική και θεραπευτική αντιμετώπιση ασθενών με βεβαρημένο ιατρικό ιστορικό, νοητική υστέρηση ή φυσική αναπηρία.
2. Πρόληψη των νόσων του στόματος.
3. Αντιμετώπιση των εκτάκτων περιστατικών.
4. Αναγνώριση των περιστατικών που χρήζουν παραπομπής σε άλλα Τμήματα.
5. Αναγνώριση των περιστατικών που χρήζουν νοσηλείας.
6. Νοσηλεία σε θάλαμο.
7. Οδοντιατρική αντιμετώπιση υπό γενική αναισθησία.

Δέον να τονιστεί ότι μόνο με τέτοια εκπαίδευση μπορεί να διασφαλισθεί η Ασφαλής Κλινική Πρακτική (Practice Policy) της Οδοντιατρικής στο Νοσοκομείο.

1. ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ

Δρ Φλώρα Ζερβού-Βάλβη
Διευθύντρια του Οδοντιατρικού Τμήματος
του Γενικού Νοσοκομείου Βούλας «Ασκληπιείον»

Η Νοσοκομειακή Οδοντιατρική στην Ελλάδα ουσιαστικά άρχισε να αναπτύσσεται μετά την εφαρμογή του νόμου 1397/83 για το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) και τη δημιουργία Οδοντιατρικών Τμημάτων στα Νοσοκομεία του ΕΣΥ.

Σήμερα, η ελληνική επικράτεια είναι διαιρεμένη σε υγειονομικές περιφέρειες (ΔΥΠΕ). Τα Νοσοκομεία ανήκουν στις κατά τόπους ΔΥΠΕ και απαρτίζονται από την Ιατρική, τη Νοσηλευτική, την Διοικητική-Οικονομική και την Τεχνική Υπηρεσία.

Της Ιατρικής Υπηρεσίας προϊστάται ιατρός Διευθυντής, ο οποίος είναι υπεύθυνος για την παρακολούθηση της εύρυθμης λειτουργίας της. Η Ιατρική Υπηρεσία διαρθρώνεται σε Τομείς, οι οποίοι αποτελούνται από Τμήματα με συναφές επιστημονικό αντικείμενο.

Σε κάθε Τομέα προϊστάται ιατρός Διευθυντής, ο οποίος είναι υπεύθυνος για τον συντονισμό της λειτουργίας των Τμημάτων. Οι βασικοί Τομείς είναι τέσσερις: Ο Παθολογικός, ο Χειρουργικός, ο Εργαστηριακός και ο Ψυχιατρικός. Τα Οδοντιατρικά Τμήματα ανήκουν στον Χειρουργικό Τομέα.

A. Περιεχόμενο της Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής

Με τον όρο "**Νοσοκομειακή Οδοντιατρική**" περιγράφεται η άσκηση της Οδοντιατρικής στο Νοσοκομείο από οργανωμένα Τμήματα, τα οποία αξιοποιούν την υπάρχουσα υποδομή, αναπτύσσουν κλινικές, εκπαιδευτικές, ερευνητικές και διοικητικές δραστηριότητες και συνεργάζονται με Τμήματα άλλων ιατρικών ειδικοτήτων με στόχο να συμβάλλουν στη διατήρηση και αποκατάσταση της υγείας των ειδικών και μη ειδικών ασθενών με την πρόληψη, τη διάγνωση και τη θεραπεία των οδοντικών και στοματικών παθήσεων.

Αντίστοιχα, "**νοσοκομειακός οδοντίατρος**" είναι ο οδοντίατρος που έχει την απαραίτητη εκείνη θεωρητική και κλινική επιστημονική κατάρτιση που χρειάζεται για να καλύψει όλο το εύρος της άσκησης της Οδοντιατρικής στο Νοσοκομείο.

Το εύρος αυτό, δηλ. το **κλινικό αντικείμενο της Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής**, συνοπτικά, περιλαμβάνει τα ακόλουθα:

1. Παροχή οδοντιατρικής περίθαλψης σε επίπεδο πρόληψης και θεραπείας σε:

- α) ασθενείς με συστηματικά νοσήματα περιλαμβανομένων και των ασθενών με AIDS,
- β) γηριατρικούς ασθενείς,
- γ) ψυχιατρικούς ασθενείς,
- δ) τοξικομανείς.

2. Παροχή οδοντιατρικής περίθαλψης σε επίπεδο πρόληψης και θεραπείας σε άτομα με νοητική υστέρηση ή φυσική αναπηρία.

3. Υποστήριξη άλλων ειδικοτήτων στο Νοσοκομείο. Η υποστήριξη αυτή υλοποιείται με την:

α) Συμβολή στη διάγνωση παθήσεων σε ασθενείς που παραπέμπονται από άλλες κλινικές για εξέταση, μέσω του συσχετισμού των στοματικών εκδηλώσεων με τις συστηματικές παθήσεις ή της διάγνωσης νόσου με πρώτη εκδήλωση στο στόμα

β) Υποστήριξη άλλων Τμημάτων.

Ως παραδείγματα μπορούν να αναφερθούν η υποστήριξη της Μονάδας Τεχνητού Νεφρού με την εφαρμογή προληπτικής οδοντιατρικής προμεταμοσχευτικής θεραπείας, η υποστήριξη του Ογκολογικού/ Ακτινοθεραπευτικού Τμήματος με την εφαρμογή ειδικών πρωτοκόλλων οδοντοστοματολογικής αντιμετώπισης πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την χημιο- ή ακτινοθεραπεία, η υποστήριξη του Τμήματος Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής κλπ

γ) Αντιμετώπιση του οδοντιατρικού επείγοντος στους νοσηλευόμενους ασθενείς στις άλλες κλινικές του Νοσοκομείου.

4. Παραπομπή περιστατικών σε Τριτοβάθμιο Νοσοκομείο (παραπομπή περιστατικών Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής).

5. Επίλυση ιδιαίτερων οδοντιατρικών προβλημάτων σε ασθενείς με ελεύθερο ιατρικό ιστορικό.

Πρόκειται συνήθως για προβλήματα που επιλύονται στα πλαίσια της στοματολογίας ή της μικρής χειρουργικής του στόματος.

6. Αντιμετώπιση επειγόντων οδοντιατρικών περιστατικών.

Το πλαίσιο της Δευτεροβάθμιας Οδοντιατρικής Περίθαλψης στο ΕΣΥ, δηλαδή το περιεχόμενο της Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής, καθορίστηκε με Υπουργική Απόφαση (Α3β/3984/26-3-1990).

B. Κλινικές δραστηριότητες των Οδοντιατρικών Τμημάτων

Το αντικείμενο της Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής υλοποιείται μέσω της ανάπτυξης των ακόλουθων **κλινικών δραστηριοτήτων** από τα Οδοντιατρικά Τμήματα των Νοσοκομείων:

1. Εξωτερικά Ιατρεία (Ε.Ι.)

Στα Ε.Ι. παρέχεται οδοντιατρική περίθαλψη σε επίπεδο πρόληψης και θεραπείας.

Ιδιαίτερα σημαντική είναι η εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης των νόσων του στόματος σε ασθενείς με συστηματικά νοσήματα, σε γηριατρικούς ασθενείς και σε άτομα με νοητική υστέρηση ή φυσική αναπηρία.

Στα Ε.Ι. επίσης παρέχεται γνωμοδοτική οδοντιατρική, που αφορά σε ασθενείς που παραπέμπονται από άλλες Κλινικές του Νοσοκομείου για οδοντοστοματολογική εξέταση και γνωμοδότηση.

Οι δραστηριότητες αυτές των Ε.Ι. αναπτύσσονται στη βάση προγραμματισμένης εβδομαδιαίας λειτουργίας

α) εξεταστηρίου (εξέταση νέων ασθενών, λήψη ιστορικού, προγραμματισμός θεραπείας και επανεξέταση ασθενών),

- β) θεραπευτικού,
- γ) σηπτικού χειρουργείου για προγραμματισμένες οδοντιατρικές επεμβάσεις σε περιπατητικούς ασθενείς.

2. Νοσηλεία οδοντιατρικών ασθενών

Η νοσηλεία πραγματοποιείται με ευθύνη των οδοντιάτρων σε συγκεκριμένες κλίνες που ανήκουν στο Οδοντιατρικό Τμήμα και διακρίνεται σε:

α) Προγραμματισμένη νοσηλεία

Αυτή αφορά σε:

- άτομα με νοητική υστέρηση ή φυσική αναπηρία,
- ασθενείς με συστηματικά νοσήματα τέτοιας βαρύτητας που χρήζουν συγκεκριμένων ρυθμίσεων πριν την οδοντιατρική παρέμβαση,
- ασθενείς που πρέπει να ευρίσκονται υπό παρακολούθηση ιδιαίτερα όταν πρόκειται να υποβληθούν σε εκτεταμένες οδοντιατρικές επεμβάσεις (π.χ. καρδιοπαθείς υψηλού κινδύνου, αιματολογικοί ασθενείς κλπ)

β) Έκτακτη νοσηλεία

Αυτή αφορά συνήθως σε ασθενείς με οδοντογενείς λοιμώξεις μεγάλης βαρύτητας, με προβλήματα αιμορραγίας ή με γναθοπροσωπικές κακώσεις μέχρι την διακομιδή σε Τμήμα Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής για οριστική αντιμετώπιση.

3. Χειρουργείο

Στο χειρουργείο αντιμετωπίζονται με γενική ή τοπική αναισθησία

- ασθενείς για προγραμματισμένες οδοντιατρικές επεμβάσεις
- ασθενείς για έκτακτες οδοντιατρικές επεμβάσεις (περιστατικά εφημερίας).

4. Εφημερίες Οδοντιατρικού Τμήματος

Διακρίνονται σε γενικές και εσωτερικές.

α) Γενικές εφημερίες

Κατά την διάρκειά τους ο οδοντίατρος αντιμετωπίζει τα επείγοντα οδοντιατρικά περιστατικά των εξωτερικών ασθενών που προσέρχονται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.).

Επίσης συμβάλλει στη διάγνωση και αρχική αντιμετώπιση των γναθοχειρουργικών περιστατικών, τα οποία στη συνέχεια παραπέμπει στα Τμήματα Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής Τριτοβάθμιων Νοσοκομείων.

Ακόμη, εξετάζει ασθενείς του Τ.Ε.Π., που παραπέμπονται από άλλες ειδικότητες για διαφοροδιαγνωστικούς λόγους.

β) Εσωτερικές εφημερίες

Κατά την διάρκειά τους ο οδοντίατρος πραγματοποιεί την τακτική απογευματινή επίσκεψη στην Κλινική, επιβλέπει τη νοσηλεία των οδοντιατρικών ασθενών και αντιμετωπίζει κάθε επείγον οδοντιατρικό πρόβλημα ασθενών άλλων Κλινικών του Νοσοκομείου.

Γ. Απαιτούμενο ανθρώπινο δυναμικό, χώροι και υλικοτεχνική υποδομή

Για να έχει την δυνατότητα το Οδοντιατρικό Τμήμα να ανταποκριθεί ικανοποιητικά σε αυτές τις δραστηριότητες χρειάζεται να διαθέτει ένα **minimum ανθρώπινου δυναμικού, χώρων και υλικοτεχνικής υποδομής.**

Συγκεκριμένα χρειάζονται:

α) Από πλευράς ανθρώπινου δυναμικού

- ιατρικό προσωπικό τουλάχιστον τεσσάρων οδοντιάτρων
- δύο νοσηλευτές και μία γραμματέας για τα τακτικά ιατρεία
- ένας νοσηλευτής για τα έκτακτα ιατρεία
- νοσηλευτική υποστήριξη στον θάλαμο νοσηλείας.

β) Από πλευράς χώρων και υλικοτεχνικής υποδομής

- τακτικό εξωτερικό ιατρείο, με τουλάχιστον δύο έδρες
- ιατρείο εκτάκτων στο Τ.Ε.Π. με τουλάχιστον μία έδρα
- 2-4 κλίνες για τη νοσηλεία των ασθενών σε θάλαμο του Χειρουργικού Τομέα
- οδοντιατρική μονάδα στο χειρουργείο με τον ανάλογο εξοπλισμό,
- εξοπλισμός για τους νοσηλευόμενους που δεν μπορούν να μετακινηθούν και αντιμετωπίζονται επί κλίνης (π.χ. κυτίο α' ανάγκης το οποίο να περιέχει εργαλεία και υλικά, εργαστηριακός τροχός κ.ά.).

Δ. Μη κλινικές δραστηριότητες των Οδοντιατρικών Τμημάτων

Το Οδοντιατρικό Τμήμα είναι επίσης επιφορτισμένο και με άλλες **μη κλινικές δραστηριότητες**. Αυτές είναι κυρίως:

α) Εκπαιδευτικές

Οι δραστηριότητες αυτές σχετίζονται με την συνεχιζόμενη εκπαίδευση -η οποία είναι απαραίτητη για την διατήρηση της επαγγελματικής επάρκειας του οδοντιάτρου- και περιλαμβάνουν συνεχή ενημέρωση σε γνώσεις και δεξιότητες. Έτσι, οι νοσοκομειακοί οδοντίατροι πρέπει να είναι διαρκώς εκπαιδευτές και εκπαιδευόμενοι.

β) Ερευνητικές

Οι ερευνητικές δραστηριότητες συμβάλλουν τα μέγιστα στην εξέλιξη του αντικειμένου και στην παροχή ολονέν βελτιούμενου επιπέδου περίθαλψης.

Η βασική πηγή της οδοντιατρικής έρευνας στα Νοσοκομεία είναι η συλλογή και επεξεργασία του υλικού από τη λειτουργία του Οδοντιατρικού Τμήματος. Η έρευνα που διεξάγεται αφορά κυρίως μελέτες με αντικείμενο τις ειδικές κατηγορίες ασθενών.

γ) Διοικητικές

Οι δραστηριότητες αυτές σχετίζονται με τις αναγκαίες παρεμβάσεις σε επιτροπές ή όργανα του Νοσοκομείου.

Στόχο έχουν την εύρυθμη λειτουργία του Οδοντιατρικού Τμήματος τόσο σε παρόντα χρόνο (τρόπος λειτουργίας, προμήθεια εξοπλισμού και

αναλωσίμων κ.ά.) όσο και στο μέλλον (πρόβλεψη μελλοντικών αναγκών, σχεδιασμός και ενέργειες για βελτιώσεις του τρόπου λειτουργίας ανάλογα με τις διαφαινόμενες προοπτικές και μελλοντικές απαιτήσεις κ.ά).

Οι διοικητικές δραστηριότητες, όμως, δεν αφορούν μόνο τη ρύθμιση των κλινικών δραστηριοτήτων. Πολλές φορές οι εκπαιδευτικές και ερευνητικές δραστηριότητες επίσης προϋποθέτουν παρεμβάσεις σε επιτροπές ή όργανα του Νοσοκομείου.

Ε. Οδοντιατρικό δυναμικό του Εθνικού Συστήματος Υγείας

Στο **Εθνικό Σύστημα Υγείας** για την εξυπηρέτηση των αναγκών του ελληνικού πληθυσμού **έχουν προβλεφθεί 240 θέσεις οδοντιάτρων στα Νοσοκομεία.**

Αυτές κατανέμονται σε:

- 76 Γενικά Νοσοκομεία,
- 3 Νοσοκομεία Παίδων,
- 8 Ψυχιατρικά Νοσοκομεία (από τα οποία το ένα είναι Παιδοψυχιατρικό)
- 19 Νοσοκομεία-Κέντρα Υγείας.

Σε 14 Νοσοκομεία έχουν επίσης προβλεφθεί 33 θέσεις γναθοχειρουργών (στοματικών και γναθοπροσωπικών χειρουργών).

Στα Νοσοκομεία του ΕΣΥ σήμερα υπηρετούν συνολικά 273 οδοντίατροι και γναθοχειρουργοί.

Παράλληλα, έχουν προβλεφθεί **512 θέσεις οδοντιάτρων σε 195 Κέντρα Υγείας.** Σε αυτά σήμερα υπηρετούν 342 οδοντίατροι.

(σημ.: μικρή απόκλιση από τους προαναφερθέντες αριθμούς είναι πιθανή).

Αυτή, η μη αμελητέα σε αριθμό παρουσία οδοντιάτρων στο Εθνικό Σύστημα Υγείας έχει προκαλέσει μια προοδευτικά αυξανόμενη ζήτηση των υπηρεσιών αυτών.

Η Νοσοκομειακή Οδοντιατρική προσφέρει σημαντικές εξειδικευμένες υπηρεσίες, βελτιστοποιήσεις δε στο Σύστημα και στην εκπαίδευση θα συμβάλουν στην περαιτέρω άνοδο του επιπέδου της παρεχόμενης περίθαλψης.

2. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

*Δρ Μάριος Φραγκάκης
Διευθυντής του Οδοντιατρικού Τμήματος
του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου*

Για την ασφαλή διαχείριση των οδοντιατρικών ασθενών με συστηματικό νόσημα και των ατόμων της τρίτης ηλικίας, όποιος και εάν είναι ο χώρος της αντιμετώπισής τους (ιατρείο ή νοσοκομείο), απαιτείται μια εύχρηστη και αποτελεσματική διαγνωστική μέθοδος.

Η μεθοδολογία της διαγνωστικής προσέγγισης περιλαμβάνει τα ακόλουθα στάδια:

- της διερεύνησης του ασθενούς,
- της εκτίμησης του κινδύνου,
- της λήψης των κλινικών αποφάσεων για την οδοντιατρική θεραπεία.

A. Η διερεύνηση του ασθενούς

Η διερεύνηση του ασθενούς πραγματοποιείται με βάση:

1. το ιατρικό και οδοντιατρικό ιστορικό,
2. τη φυσική εξέταση,
3. τον απαιτούμενο κάθε φορά εργαστηριακό έλεγχο και
4. την ιατρική γνωμοδότηση που ζητείται για πληρέστερη διερεύνηση και αξιολόγηση διαγνωσμένης νόσου ή αδιάγνωστης συμπτωματολογίας από τον ειδικό ιατρό.

Ιδιαίτερη προσοχή κατά τη λήψη του ιατρικού-οδοντιατρικού ιστορικού πρέπει να δοθεί σε όσους ασθενείς πάσχουν από συστηματική νόσο ή βρίσκονται σε ειδική ιατρική θεραπεία.

Υψηλού κινδύνου από το ιστορικό τους, είναι οι ασθενείς:

- Με καρδιαγγειακά νοσήματα. Αυτοί έχουν αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσουν άμεσες επιπλοκές (π.χ. στηθαγχική ή υπερτασική κρίση) ή απώτερες επιπλοκές (π.χ. αιμορραγία, ενδοκαρδίτιδα).
- Με διαταραχές της πήξης του αίματος (λήψη αντιπηκτικών, αντιαιμοπεταλιακών φαρμάκων, αιμορροφιλία, νόσος Willebrand, ηπατικές διαταραχές, θρομβοπενία).
- Που έχουν υποβληθεί σε ακτινοθεραπεία κεφαλής-τραχήλου.
- Που βρίσκονται σε ανοσοκαταστολή.
- Που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία.

Η φυσική εξέταση περιλαμβάνει την επισκόπηση του ασθενούς (όψη-θρέψη) και οπωσδήποτε τη λήψη των ζωτικών σημείων (αρτηριακή πίεση, σφίξεις, αναπνευστικός ρυθμός και θερμοκρασία σώματος). Επίσης πλήρη

ενδοστοματική (δόντια, περιοδόντιο, βλεννογόνο) και εξωστοματική εξέταση (δέρμα προσώπου, λεμφαδένες, μαστήριοι, κροταφογναθική διάρθρωση).

Στο σημείο αυτό πρέπει να αναφερθεί ότι οι ηλικιωμένοι ασθενείς έχουν συχνότερη εμφάνιση άτυπων κλινικών εικόνων και συχνά αγνοούν, αποφεύγουν, υποεκτιμούν, ξεχνούν ή αδύνατον να αναφέρουν τα συμπτώματά τους.

Ο βασικός εργαστηριακός έλεγχος για την εκτίμηση της φυσικής κατάστασης των ασθενών με συστηματικά νοσήματα περιλαμβάνει:

- Αιματολογικές εξετάσεις (γενική αίματος, πήξη - PT, INR, APTT)
- Βιοχημικές εξετάσεις (γλυκόζη, ουρία, κρεατινίνη, ηλεκτρολύτες, κ.ά.)
- Ακτινογραφία θώρακος γνωματευμένη από ακτινολόγο και
- Ηλεκτροκαρδιογράφημα γνωματευμένο από καρδιολόγο.

Για ιατρική γνωμοδότηση παραπέμπονται

α) οι ασθενείς που πάσχουν από συστηματική νόσο αλλά αδυνατούν να μας πληροφορήσουν για τη βαρύτητά της,

β) οι ασθενείς με διαγνωσμένη συστηματική νόσο που είναι αρρυθμιστοί ή έχουν μόνοι τους διακόψει τη φαρμακευτική αγωγή και

γ) οι ασθενείς στους οποίους κατά τη διερεύνηση αποκαλύφθηκαν σημεία ή/και συμπτώματα αδιάγνωστης νόσου.

Το παραπεμπτικό για ιατρική γνωμοδότηση για να είναι πλήρες οφείλει να περιλαμβάνει τα προσωπικά στοιχεία του ασθενούς, το ιατρικό ιστορικό, τη λήψη φαρμάκων, την περιγραφή της οδοντιατρικής επέμβασης στην οποία πρόκειται να υποβληθεί και ειδικότερα α) το είδος της αναισθησίας (τοπική αναισθησία -αγγειοσυσπαστικό, καταστολή, γενική αναισθησία), β) το είδος, την έκταση και τη βαρύτητα της επέμβασης (μικρός, μέτριος, σοβαρός, πολύ σοβαρός κίνδυνος), γ) την πιθανότητα να προκληθεί αιμορραγία και δ) την πιθανότητα να προκληθεί μικροβιαμία.

Συμπερασματικά, μπορεί να λεχθεί ότι η διερεύνηση του ασθενούς αποσκοπεί

α) στην αποκάλυψη αδιάγνωστης νόσου,

β) στη διερεύνηση διαγνωσμένης πάθησης δηλαδή σε ποιο στάδιο εξέλιξης βρίσκεται η νόσος (ασυμπτωματικό, αρχής των συμπτωμάτων, επιβαρυμένης λειτουργίας, ασταθούς λειτουργίας ή τελικό στάδιο) και ποια είναι η ανταπόκριση του ασθενούς στη θεραπεία (ρυθμισμένος ή αρρυθμιστος) και

γ) στην πρόληψη πιθανών συστηματικών ή/και τοπικών επιπλοκών οφειλομένων στη συστηματική νόσο, και εμφανιζομένων κατά τη διάρκεια ή και μετά την οδοντιατρική θεραπεία.

B. Η εκτίμηση του κινδύνου

Στο στάδιο αυτό αξιολογούνται τα ευρήματα του ιστορικού, της φυσικής εξέτασης και του εργαστηριακού ελέγχου του ασθενούς με στόχο να εκτιμηθεί συνολικά η φυσική κατάσταση (συστηματικές παθήσεις) και τα νοσήματα του

στόματος, ώστε να προσδιορισθεί με μεγαλύτερη ακρίβεια ο πιθανός κίνδυνος από το ιατρικό πρόβλημα και την οδοντιατρική επέμβαση.

Η εκτίμηση της φυσικής κατάστασης των ασθενών πραγματοποιείται σύμφωνα με την κατάταξη της Αμερικανικής Αναισθησιολογικής Εταιρείας (American Society Anesthesiologists), η οποία το 1961 καθιέρωσε ένα γενικό σύστημα κατάταξης, που ονομάζεται ASA.

Το σύστημα ASA κατατάσσει τους ασθενείς σε έξι κατηγορίες I έως VI καθώς και στην κατηγορία "E", που χαρακτηρίζει όσους ασθενείς έχουν ανάγκη επείγουσας χειρουργικής αντιμετώπισης.

Στόχοι του συστήματος ASA είναι η κατάταξη της φυσικής κατάστασης του ασθενούς και η υπόδειξη των απαραίτητων τροποποιήσεων για να πραγματοποιηθεί με ασφάλεια η οδοντιατρική θεραπεία (Πίνακας 1).

Κατάταξη	Ορισμός – Τροποποιήσεις
ASA I	-Υγιής ασθενής, με εντοπισμένη χειρουργική πάθηση που δεν προκαλεί συστηματικές διαταραχές. <i>-Συνήθης οδοντιατρική θεραπεία, χωρίς τροποποιήσεις.</i>
ASA II	-Ήπια-μέτρια συστηματική νόσος χωρίς λειτουργικούς περιορισμούς. Άτομα άνω των 70 ετών με ελεύθερο ιατρικό ιστορικό. <i>-Πιθανές τροποποιήσεις, ελάττωση του stress κατά την επέμβαση.</i>
ASA III	-Σοβαρή συστηματική νόσος με λειτουργικούς περιορισμούς. <i>-Ειδικές τροποποιήσεις, ιατρική γνωμοδότηση, ελάττωση του stress κατά την επέμβαση.</i>
ASA IV	-Σοβαρή συστηματική νόσος που αποτελεί συνεχή απειλή για τη ζωή του ασθενούς. <i>-Ειδικές τροποποιήσεις, μόνο επείγουσα οδοντιατρική θεραπεία, ιατρική γνωμοδότηση, ελάττωση του stress κατά την επέμβαση.</i>
ASA V	Ετοιμοθάνατος ασθενής που δεν αναμένεται να επιζήσει περισσότερο από 24 ώρες με ή χωρίς επέμβαση.
ASA VI	Ασθενείς με εγκεφαλικό θάνατο (μεταμόσχευση οργάνων).
ASA E	Ασθενείς ή τραυματίες που έχουν ανάγκη επείγουσας χειρουργικής θεραπείας π.χ. ασθενής ASA E-III.

Πίνακας 1

Το σύστημα ASA εισάγεται πιλοτικά στην Οδοντιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου της S. California το 1975, από τον καθ. F. McCarthy.

Στην Ευρώπη, τη δεκαετία του 1990 διαμορφώνεται το Ευρωπαϊκό σύστημα ASA και εφαρμόζεται σε οδοντιατρικούς ασθενείς στην Ολλανδία με την ονομασία Medical Risk-Related History (MRRH).

Αυτό το σύστημα περιλαμβάνει 20 ερωτήσεις για ιατρικά προβλήματα και κάθε καταφατική απάντηση αντιστοιχείται στην κλίμακα ASA II, III ή IV (Πίνακας 2).

Τροποποιημένη έκδοση MRRH (Άμστερνταμ, Ιούνιος 2000)

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ASA
1 Έχετε ποτέ νιώσει πόνο στο στήθος (στηθάγχη) κατά τη διάρκεια έντονης σωματικής προσπάθειας; Εάν ΝΑΙ: Οι σωματικές σας δραστηριότητες περιορίστηκαν; Έχετε αυξημένα καρδιακά προβλήματα τελευταία; Έχετε πόνο στο στήθος όταν δεν κουράζεστε;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	II III IV IV
2 Πέρασατε ποτέ ένα έμφραγμα (μυοκαρδίου); Εάν ΝΑΙ: Περιορίστηκαν οι σωματικές σας δραστηριότητες; Πέρασατε έμφραγμα (μυοκαρδίου) τους 6 τελευταίους μήνες;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	II III IV
3 Έχετε φύσημα στην καρδιά ή βαλβιδοπάθεια ή τεχνητή βαλβίδα καρδιάς; Τους 6 τελευταίους μήνες πέρασατε χειρουργική επέμβαση στην καρδιά ή τα αγγεία; Έχετε βηματοδότη; Πέρασατε ποτέ ρευματικό καρδιακό νόσημα; Έχουν περιοριστεί οι σωματικές δραστηριότητες;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	II II II III IV
4 Σας παρουσιάζεται ταχυκαρδία χωρίς να καταβάλλετε σωματικά προσπάθεια; Εάν ΝΑΙ: Χρειάζεται να ξαπλώσετε ή να καθίσετε; Όταν έχετε ταχυκαρδία, σας παρουσιάζεται πρόβλημα αναπνοής ή χάνετε το χρώμα σας ή ζαλίζεστε;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	II III IV
5 Υποφέρετε από καρδιακή ανεπάρκεια; Εάν ΝΑΙ: Έχετε πρόβλημα αναπνοής όταν ξαπλώνετε; Χρειάζεστε 2 ή περισσότερα μαξιλάρια τη νύχτα, επειδή έχετε πρόβλημα αναπνοής;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	II II IV
6 Είχατε ποτέ υψηλή πίεση;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
7 Έχετε τάση να αιμορραγείτε εύκολα; Εάν ΝΑΙ: Αιμορραγείτε πάνω από 1 ώρα μετά από τραυματισμό ή χειρ επέμβαση; Σας παρουσιάζονται εκχυμώσεις (μελανιές) χωρίς να έχετε χτυπήσει;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	II III IV
8 Υποφέρετε από επιληψία; Εάν ΝΑΙ: Η κατάσταση σας έχει χειροτερέψει τους 6 τελευταίους μήνες; Συνεχίζετε να έχετε κρίσεις;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	II III IV
9 Υποφέρετε από βρογχικό άσθμα; Εάν ΝΑΙ: Λαμβάνετε κάποιο φάρμακο ή/και εισπνοές / ψεκαστήρα; Σήμερα έχετε πρόβλημα με την αναπνοή σας;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	II III IV
10 Έχετε άλλα προβλήματα με τα πνευμόνια ή επίμονο βήχα; Εάν ΝΑΙ: Λαχανιάζετε όταν ανεβαίνετε 20 σκαλοπάτια; Λαχανιάζετε όταν ντύνεστε;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	II III IV
11 Είχατε ποτέ κάποια αλλεργική αντίδραση στην πενικιλίνη, ασπιρίνη, σε έμπλαστρο ή οτιδήποτε άλλο; Εάν ΝΑΙ: Μήπως συνέβη όσο ήσασταν στον οδοντίατρο; Σε τι είσατε αλλεργικός/η;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	II IV
12 Υποφέρετε από διαβήτη; Εάν ΝΑΙ: Είστε σε θεραπεία με ινσουλίνη; Ο διαβήτης δεν ρυθμίζεται ικανοποιητικά προς το παρόν;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	II II III
13 Υποφέρετε από νόσο του θυρεοειδούς αδένος; Μήπως ο θυρεοειδής αδένος υπερλειουργεί; Μήπως ο θυρεοειδής αδένος υπολειουργεί;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	II III IV
14 Υποφέρετε από νοσήματα του ήπατος;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
15 Υποφέρετε από νόσημα των νεφρών; Μήπως υποβάλλεστε σε αιμοκάθαρση; Μήπως έχετε υποστεί μεταμόσχευση νεφρών;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	II III IV
16 Είχατε ποτέ καρκίνο, κάποια κακοήγη πάθηση ή λευχαιμία; Εάν ΝΑΙ: Είχατε υποστεί θεραπεία με φάρμακα ή μεταμόσχευση μυελού γι' αυτό; Είχατε υποστεί ακτινοθεραπεία στην περιοχή κεφαλής ή λαιμού;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	II III IV
17 Μήπως υποφέρετε από δύσπνοια (υπεραερισμό) όταν συγχύζεστε;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II

- 18 Λαμβάνετε φάρμακα αυτή τη στιγμή για οποιοδήποτε λόγο; Εάν ΝΑΙ: II
- Φάρμακα για καρδιακό πρόβλημα
 - Αντιπηκτικά
 - Για αρτηριακή πίεση
 - Ασπιρίνη ή άλλο παυσίπονο
 - Για αλλεργία
 - Για διαβήτη
 - Πρεδνιζολόνη- κορτιζόνη (συστηματικά ή τοπικά)
 - Για δερματοπάθειες ή ρευματικά νοσήματα
 - Για καρκίνο ή νοσήματα του αίματος
 - Πενικιλίνη ή αντιμικροβιακά φάρμακα
 - Για διαταραχές του ύπνου, κατάθλιψη ή άγχος
 - Διεγερτικά φάρμακα
 - Άλλα
- 19 Χρειάστηκε ποτέ να λάβετε αντιβιοτικά για λόγους προφύλαξης πριν από την οδοντιατρική θεραπεία ή οδοντιατρικές επεμβάσεις; II
- 20 Για γυναίκες μόνο. Είστε έγκυος; II

Πίνακας 2

Κατά την οδοντιατρική εκτίμηση λαμβάνεται υπόψη:

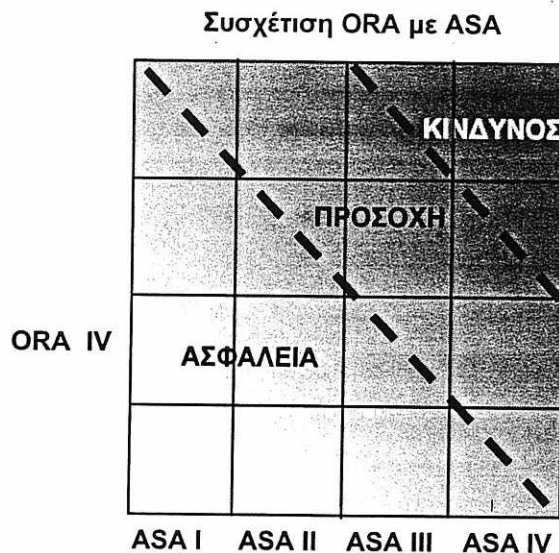
- Η ύπαρξη οξείας φλεγμονής (απόστημα πολφού, φατνιακό απόστημα, περιοδοντικό απόστημα, ελκονεκρωτική ουλίτιδα, εμπύημα ιγμορείου)
- Η ύπαρξη χρόνιας πάθησης (ουλίτιδα, περιοδοντίτιδα, δόντια με νεκρό πολφό, ακρορριζικές αλλοιώσεις, υπολείμματα ριζών, ύπαρξη συριγγίων)
- Η ύπαρξη δυνητικά λοιμογόνου εστίας (κάθε κατάσταση, που μπορεί να εξελιχθεί στο μέλλον σε φλεγμονώδη εξεργασία, όπως δόντια με εκτεταμένες αποκαταστάσεις ή βλάβες που μπορούν να προκαλέσουν νέκρωση του πολφού και απόστημα, ατελείς ενδοδοντικές θεραπείες, ημιέγκλειστα δόντια ελεύθερα συμπτωμάτων)
- Το επίπεδο στοματικής υγείας και υγιεινής
- Η λειτουργία της μάσησης
- Η κινητικότητα της ΚΓΔ και η διάνοιξη του στόματος
- Οι ανάγκες και επιθυμίες του ασθενούς κ.ά.

Ο κίνδυνος από την οδοντιατρική επέμβαση (Oral Risk Assessment) κατατάσσεται σε τέσσερις κατηγορίες από I έως IV (Πίνακας 3).

Κατάταξη	Κίνδυνος Οδοντιατρικών Επεμβάσεων
ORA I	Μικρός Κίνδυνος: Οδηγίες Στοματικής Υγιεινής, Λήψη Αποτυπωμάτων, Έμφραξη, Αποτρύγωση, Ενδοδοντική Θεραπεία, Τοπική Αναισθησία
ORA II	Μέτριος Κίνδυνος: Απλή - Κλειστή εξαγωγή, Ριζική Απόξεση, Ουλοπλαστική, Τοπική Αναισθησία
ORA III	Σοβαρός Κίνδυνος: Εξαγωγή με κρημό, Πολλαπλές Εξαγωγές, Χειρουργική Εγκλείστων, Φλεγμονές, Καταστολή -Τοπική Αναισθησία
ORA IV	Πολύ Σοβαρός Κίνδυνος: Σοβαρές Φλεγμονές, Εκτεταμένο Τραύμα, Μεγάλες Χειρουργικές Επεμβάσεις, Καταστολή, Γενική Αναισθησία

Πίνακας 3

Η συσχέτιση της φυσικής κατάσταση του ασθενούς με τη βαρύτητα της οδοντιατρικής επέμβασης καθορίζει την περιοχή εντός της οποίας η παρέμβαση του οδοντιάτρου γίνεται με ασφάλεια, με προσοχή ή με κίνδυνο για τον ασθενή (Πίνακας 4).



Πίνακας 4

Γ. Η λήψη των κλινικών αποφάσεων για την οδοντιατρική θεραπεία

Οι κλινικές αποφάσεις για την οδοντιατρική θεραπεία λαμβάνονται αφού προηγουμένως συνεκτιμηθεί:

- η φυσική κατάσταση (συστηματικές παθήσεις, φυσική πορεία της νόσου - ASA),
- το επίπεδο στοματικής υγείας (οξείες ή χρόνιες λοιμώξεις, δυνητικά λοιμογόνες εστίες),
- η έκταση και η βαρύτητα της οδοντιατρικής επέμβασης (απλές, δύσκολες ή σύνθετες επεμβάσεις),
- η ικανότητα για καθημερινή στοματική υγιεινή κ.ά.

Οι κλινικές αποφάσεις αφορούν:

1. την επιλογή του χώρου αντιμετώπισης του ασθενούς (ιατρείο ή νοσοκομείο),
2. την επιλογή της μεθόδου αναισθησίας (τοπική, καταστολή, γενική αναισθησία),
3. τις απαραίτητες τροποποιήσεις και προφυλάξεις (π.χ. χημειοπροφύλαξη, έλεγχο πήκτικότητας αίματος - ρύθμιση αντιπηκτικών φαρμάκων κ.ά.) και τέλος
4. τον καθορισμό του είδους και της έκτασης της οδοντιατρικής θεραπείας.

Η λήψη των αποφάσεων για τον καθορισμό του είδους και της έκτασης της οδοντιατρικής θεραπείας υπακούει στο γενικό κανόνα που υποδεικνύει ότι όσο περισσότερο η φυσική κατάσταση του ασθενούς είναι επιβαρυνμένη, δηλαδή όσο στην κλίμακα ASA κινείται προς την τάξη IV, τόσο η θεραπεία επιβάλλεται να είναι ριζικότερη.

Συμπεράσματα

Τα προσεχή χρόνια θα υπάρξει μεγαλύτερη ζήτηση οδοντιατρικών υπηρεσιών από ασθενείς με συστηματικά νοσήματα και άτομα τρίτης ηλικίας.

Ο οδοντίατρος οφείλει να έχει γνώσεις, εμπειρία και ικανότητα για να εφαρμόζει εξατομικευμένα τη διαγνωστική μεθοδολογία.

Η εμπειριστατωμένη διερεύνηση και η συνολική εκτίμηση του ασθενούς συμβάλλουν στην ασφαλή αντιμετώπιση και στην αιτιολόγηση του σχεδίου θεραπείας.

3. Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΣΤΟ ΤΑΚΤΙΚΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ

*Δρ Φλώρα Ζερβού-Βάλβη
Διευθύντρια του Οδοντιατρικού Τμήματος
του Γενικού Νοσοκομείου Βούλας «Ασκληπιείον»*

Τα τακτικά περιστατικά αποτελούνται από εξωτερικούς και από εσωτερικούς ασθενείς. Στους εξωτερικούς ασθενείς ανήκουν οι παραπεμπόμενοι από τους ιατρούς των (οδοντιάτρους αλλά και καρδιολόγους, παθολόγους, γενικούς ιατρούς κ.ά.) και οι προσερχόμενοι αυθόρμητα. Στους εσωτερικούς ασθενείς ανήκουν οι ήδη νοσηλευόμενοι σε διάφορα τμήματα του Νοσοκομείου είτε για οδοντιατρική αντιμετώπιση είτε για άλλους λόγους και χρειάζονται οδοντιατρική βοήθεια.

Οι περιθαλπόμενοι στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομειακών Οδοντιατρικών Τμημάτων μπορεί να έχουν ή να μην έχουν επιβάρυνση της υγείας τους.

Ανεξαρτήτως της ύπαρξης τέτοιας επιβάρυνσης, μπορεί να προσέρχονται προκειμένου να επιλύσουν κάποιο ιδιαίτερο οδοντιατρικό πρόβλημα. Μεταξύ αυτών των προβλημάτων σημαντική θέση κατέχουν τα στοματολογικά.

Τα συχνότερα νοσήματα του στόματος για τα οποία προσέρχονται οι ασθενείς είναι τα φλεγμονώδη με κύριους εκπρόσωπους το τραυματικό έλκος και τις βλάβες από οδοντοστοιχίες. Ακολουθούν οι στοματικές εκδηλώσεις γενικών νόσων με συχνότερες τον απλό έρπητα, την καντιντίαση και τον ομαλό λειχήνα και έπονται οι όγκοι του στόματος με συνηθέστερα τα αντιδραστικά ογκίδια. Το ήμισυ περίπου των ασθενών ανήκει στις ηλικίες άνω των 40 ετών δεδομένου ότι πολλά από τα νοσήματα του στόματος εμφανίζουν εκλεκτική προτίμηση στις μεγάλες ηλικίες.

Οι πάσχοντες από στοματική νόσο μπορεί να προσέρχονται τόσο στα τακτικά ιατρεία όσο και στα έκτακτα. Η έκτακτη προσέλευση οφείλεται συχνά σε φλεγμονώδεις νόσους, των οποίων η συμπτωματολογία ωθεί περισσότερο προς επείγουσα αντιμετώπιση από ό,τι εκείνη νόσων άλλων κατηγοριών.

Αξιοσημείωτο είναι ότι μεγάλο ποσοστό των προσερχομένων στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία ούτε επιβάρυνση της υγείας εμφανίζει ούτε την επίλυση ιδιαίτερου οδοντιατρικού προβλήματος επιδιώκει αλλά επιζητεί την οδοντιατρική νοσοκομειακή φροντίδα για άλλους λόγους (κοινωνικούς, ασφαλιστικούς, ενδεχόμενου αισθήματος μεγαλύτερης εμπιστοσύνης κ.λ.π.)

Μείζον, όμως, κλινικό αντικείμενο της Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής είναι **η παροχή περίθαλψης σε άτομα με βεβαρημένο ιατρικό ιστορικό.**

Η παροχή οδοντιατρικής περίθαλψης σε τέτοιους ασθενείς γίνεται με μεγάλη προσοχή και περιλαμβάνει αρκετές ιδιαιτερότητες.

Οι βασικοί άξονες της διαχείρισης των ασθενών με βεβαρημένο ιατρικό ιστορικό είναι οι ακόλουθοι:

- η εκτίμηση της δραστηριότητας των υπαρχόντων νοσημάτων και της φυσικής κατάστασης του ασθενούς,
- η συνεργασία του οδοντιάτρου με τους θεράποντες ιατρούς,
- η κατ' ακολουθία παροχή ανάλογης οδοντιατρικής θεραπείας

Τονίζεται ότι το επίπεδο της οδοντιατρικής φροντίδας που παρέχεται διαφέρει ανάλογα με την κατάσταση κάθε ασθενούς, διακρίνεται δε ως ακολούθως:

- Τάξη I: Πλήρης θεραπεία
- Τάξη II: Ενδιάμεση φροντίδα με έμφαση στη διατήρηση της υπάρχουσας οδοντοφυΐας και στην πρόληψη
- Τάξη III: Επείγουσα φροντίδα
- Τάξη IV: Καθόλου θεραπεία

Ασθενείς που πάσχουν από συστηματικά νοσήματα προσέρχονται για περίθαλψη με μεγαλύτερη συχνότητα στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία από ό,τι στα ιατρεία εκτάκτων. Περίπου το ήμισυ των ασθενών αυτών πάσχει από καρδιαγγειακά νοσήματα (π.χ. υπέρταση, στεφανιαία νόσο, βαλβιδοπάθεια κ.ά) και το ένα τέταρτο από σακχαρώδη διαβήτη.

Στην συνέχεια θα αναφερθούμε στην οδοντιατρική διαχείριση των ασθενών με τα συχνότερα απαντώμενα νοσήματα.

Υπέρταση

Ως υπέρταση ορίζεται η παρουσία συστολικής αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) ≥ 140 mm Hg ή/και διαστολικής πίεσης ≥ 90 mm Hg, σε άτομα που δεν λαμβάνουν αντιυπερτασική αγωγή.

Η υπέρταση ταξινομείται ως σταδίου 1, για τιμές της συστολικής 140-159 mm Hg και/ή της διαστολικής 90-99 mm Hg, σταδίου 2 για τιμές 160-179 και/ή 100-109 και σταδίου 3 για τιμές ≥ 180 και/ή ≥ 110 αντίστοιχα.

Η ύπαρξη υπέρτασης επιδρά πολύ βλαπτικά στο καρδιαγγειακό σύστημα και αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο για θανατηφόρο αγγειακό εγκεφαλικό ή στεφανιαίο επεισόδιο.

Ανάλογα με το στάδιο της υπέρτασης, η επιλογή του χώρου και του τρόπου αντιμετώπισης έχουν ως ακολούθως:

Οι ασθενείς με **υπέρταση σταδίου 1** θεωρούνται ως **ASA II** και μπορούν να αντιμετωπιστούν στο οδοντιατρείο (εξωνοσοκομειακά) αφού ληφθούν ορισμένες προφυλάξεις.

Οι ασθενείς με **υπέρταση σταδίου 2** θεωρούνται ως **ASA III** και εν γένει μπορούν να αντιμετωπιστούν στο οδοντιατρείο (εξωνοσοκομειακά) κατόπιν ιατρικής γνωμοδότησης και αφού ληφθούν ορισμένες προφυλάξεις.

Οι ασθενείς με **υπέρταση σταδίου 3** θεωρούνται ως **ASA IV** και πρέπει να αντιμετωπίζονται σε νοσοκομειακό περιβάλλον και μόνο για το επείγον τους πρόβλημα σε συνεννόηση με τον παθολόγο του νοσοκομείου, για δε τα λοιπά παραπέμπονται πρώτα για ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης.

Πλέον των προαναφερθέντων περιορισμών, κατά την οδοντιατρική εξω-ή ενδονοσοκομειακή αντιμετώπιση των υπερτασικών, όπως προαναφέρθηκε, πρέπει να λαμβάνονται ορισμένες γενικές **προφυλάξεις** και να εφαρμόζονται διάφορες τροποποιήσεις. Αυτές είναι:

- Πρωινή και σύντομη συνεδρία.
- Μέτρηση της ΑΠ πριν αλλά και κατά την διάρκεια της επέμβασης. Εάν προκληθεί υπερτασική κρίση, επί ελαφράς (τιμές ΑΠ έως 180/100 mm Hg) χορηγείται ηρεμιστικό, επί σοβαρής (τιμές ΑΠ μεγαλύτερες) η επέμβαση διακόπτεται και ο ασθενής παραπέμπεται στον παθολόγο.
- Μέριμνα για μείωση του άγχους και πιθανή χορήγηση αγχολυτικού (διαζεπάμης ή βρωμαζεπάμης) μία ώρα πριν την επέμβαση εφάπαξ από το στόμα ή σε δύο δόσεις, μία το προηγούμενο βράδυ και μία το πρωί μία ώρα πριν την επέμβαση. Η αγχόλυση συνιστάται ιδιαίτερα όταν πρόκειται για αιματηρές οδοντιατρικές πράξεις.
- Κατά το δυνατόν ανώδυνη συνεδρία. Συνιστάται, όμως, αναρρόφηση για την πρόληψη ενδοαγγειακής έγχυσης, αργή έγχυση και μειωμένη χρήση αγγειοσυσπαστικών, ιδίως επί συνύπαρξης καρδιοπάθειας. Ιδιαίτερα στους πάσχοντες από υπέρταση σταδίου 3, αντιμετωπίζεται μόνο το επείγον με μικρή ποσότητα αναισθητικού χωρίς αγγειοσυσπαστικό.
- Επί αιματηρών πράξεων ήπιοι χειρισμοί, ατραυματική επέμβαση και συρραφή του τραύματος.
- Υποβοήθηση του υπό αντιυπερτασική αγωγή ασθενούς ώστε να σηκωθεί από την έδρα αργά και με προσοχή προς αποφυγή ορθοστατικής υπότασης.
- Χορήγηση αναλγητικών μετά την επέμβαση

Τα προαναφερθέντα αφορούν στην αντιμετώπιση των διαγνωσμένων υπερτασικών. Όμως, σημαντικό είναι το ποσοστό εκείνων που πάσχουν από υπέρταση χωρίς να το γνωρίζουν. Έτσι, ο οδοντίατρος καλό είναι να προβαίνει σε μέτρηση της ΑΠ προ της οδοντιατρικής επέμβασης, ιδιαίτερα στα άτομα της πέμπτης δεκαετίας και άνω και να πράττει αναλόγως.

Στεφανιαία νόσος

Στεφανιαία νόσος (ΣΝ) είναι η νόσος των στεφανιαίων αρτηριών της καρδιάς οι οποίες αιματώνουν το μυοκάρδιο. Η συχνότητα της ΣΝ είναι υψηλή ιδιαίτερα στις μεγαλύτερες ηλικίες, στις δε ανεπτυγμένες χώρες αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου, πολλοί από τους οποίους είναι αιφνίδιοι.

Η στεφανιαία νόσος μπορεί να εκδηλώνεται κλινικά ως στηθάγχη και ως έμφραγμα του μυοκαρδίου.

Η **στηθάγχη** χαρακτηρίζεται από παροδική ισχαιμία μιας περιοχής ή ολόκληρου του μυοκαρδίου. Εκδηλώνεται με οπισθοστερνικό πόνο ή με αίσθημα καύσου, πίεσης ή σύσφιξης στο στήθος. Ο πόνος μπορεί να αντανακλάται στον τράχηλο, στον αριστερό ώμο, στον αριστερό βραχίονα ή ακόμα στο αριστερό ημιμόριο της κάτω γνάθου. Διακρίνεται σε σταθερή και ασταθή.

Η σταθερή εμφανίζεται σε καταστάσεις που απαιτούν αυξημένο καρδιακό έργο, όπως σωματική κόπωση, πέψη πλούσιου γεύματος, ψύχος, συγκίνηση, υποχωρεί δε εντός 15' μετά από λήψη νιτρωδών ή μετά από τη διακοπή της σωματικής κόπωσης εάν οφείλεται σε αυτήν.

Η ασταθής εμφανίζεται αυτόματα, έχει μεγαλύτερη διάρκεια (μέχρι και 30') και δεν υποχωρεί εύκολα μετά από λήψη νιτρωδών.

Στηθαγγικός πόνος με διάρκεια μεγαλύτερη από 30' πρέπει να θέσει υποψία για **έμφραγμα** (ισχαιμική νέκρωση μιας περιοχής του μυοκαρδίου). Τα συμπτώματα του εμφράγματος είναι:

- πόνος, αιφνίδιος και έντονος, ο οποίος μπορεί να αντανακλάται ακόμα και στη μεσοπλάτια χώρα ή στο επιγάστριο, κατά δε τα λοιπά χαρακτηριστικά του όπως αυτά προαναφέρθηκαν
- ναυτία, έμετος, εφίδρωση, δύσπνοια
- αγωνία, αίσθημα επικείμενου θανάτου
- μεγάλη διάρκεια και μη ανακούφιση μετά από λήψη νιτρωδών

Σημειωτέον ότι το έμφραγμα στους διαβητικούς συχνά είναι ασυμπτωματικό.

Η εκτίμηση του κινδύνου που διατρέχει ασθενής με ΣΝ όταν αντιμετωπίζεται οδοντιατρικά βασίζεται στο είδος της στηθάγχης, στη συχνότητα, στη διάρκεια και στις τυχόν μεταβολές των στηθαγγικών κρίσεων και στο πιθανό ιστορικό εμφράγματος με ιδιαίτερη σημασία στο διαρρέυσαν χρονικό διάστημα από το επεισόδιο.

Συγκεκριμένα:

Ο ασθενής που έχει υποστεί έμφραγμα πρέπει να θεωρείται τόσο υψηλότερου κινδύνου, όσο μικρότερο είναι το διαρρέυσαν χρονικό διάστημα από το έμφραγμα. Ο κίνδυνος για νέο έμφραγμα κατά την διάρκεια ή μετά (εντός 24 ωρών) από κάποια χειρουργική επέμβαση, είναι ιδιαίτερα αυξημένος κατά το πρώτο μετά το έμφραγμα εξάμηνο.

Οι ασθενείς με αραιά επεισόδια σταθερής στηθάγχης θεωρούνται ως χαμηλού κινδύνου, οι ασθενείς με συχνά επεισόδια σταθερής στηθάγχης ή έμφραγμα παλαιότερο του εξαμήνου χωρίς επιπλοκές (π.χ. αρρυθμίες) θεωρούνται ως μέσου κινδύνου, οι δε ασθενείς με ασταθή στηθάγχη, πρόσφατο έμφραγμα ή παλαιό αλλά με επιπλοκές θεωρούνται ως υψηλού κινδύνου.

Ανάλογα με τον κίνδυνο που διατρέχουν οι ασθενείς, η επιλογή του χώρου και του τρόπου αντιμετώπισης έχουν ως ακολούθως:

Οι **ασθενείς χαμηλού κινδύνου** θεωρούνται ως **ASA II** και μπορούν να αντιμετωπιστούν στο οδοντιατρείο (εξωνοσοκομειακά) αφού ληφθούν ορισμένες προφυλάξεις.

Οι **ασθενείς μέσου κινδύνου** θεωρούνται ως **ASA III** και γίνεται επιλογή των περιπτώσεων που μπορούν να αντιμετωπιστούν στο οδοντιατρείο (εξωνοσοκομειακά) κατόπιν ιατρικής γνωμοδότησης και αφού ληφθούν ορισμένες προφυλάξεις.

Οι **ασθενείς υψηλού κινδύνου** θεωρούνται ως **ASA IV** και πρέπει να αντιμετωπίζονται σε νοσοκομειακό περιβάλλον και μόνο για το επείγον τους πρόβλημα σε συνεννόηση με τον καρδιολόγο του νοσοκομείου, για δε τα λοιπά παραπέμπονται πρώτα για ιατρική θεραπεία.

Πλέον των προαναφερθέντων περιορισμών, κατά την οδοντιατρική εξω-ή ενδονοσοκομειακή αντιμετώπιση των ασθενών με στεφανιαία νόσο, όπως προαναφέρθηκε, πρέπει να λαμβάνονται ορισμένες **προφυλάξεις** και να εφαρμόζονται τροποποιήσεις. Αυτές είναι:

- Πρωινή και σύντομη συνεδρία.
- Μέριμνα για μείωση του άγχους και πιθανή χορήγηση αγχολυτικού (όπως προαναφέρθηκε στους υπερτασικούς).
- Άνετη θέση της έδρας.
- Χορήγηση οξυγόνου στους ασθενείς με στηθαγχικές κρίσεις.
- Σύνδεση ιδιαίτερα των ασθενών υψηλού κινδύνου με monitor και συνεχής έλεγχος σε όλη τη διάρκεια της επέμβασης της καρδιακής λειτουργίας (ΗΚΓ και καρδιακή συχνότητα) και της αρτηριακής πίεσης.
- Ανώδυνη συνεδρία με τις ίδιες προφυλάξεις όπως στους υπερτασικούς. Σημειωτέον ότι στους ασθενείς υψηλού κινδύνου χορηγείται αναισθητικό χωρίς αγγειοσυσπαστικό.
- Χορήγηση αναλγητικών μετά την επέμβαση.

Τονίζεται ιδιαίτερα ότι η εμφάνιση οπισθοστερνικού πόνου αποτελεί σοβαρή επιπλοκή της οδοντιατρικής παρέμβασης που χρήζει επείγουσας αντιμετώπισης: η επέμβαση διακόπτεται, χορηγείται οξυγόνο και νιτρώδη υπογλώσσια και εάν μεν ο ασθενής αντιμετωπίζεται εξωνοσοκομειακά μεταφέρεται στο νοσοκομείο, εάν δε αντιμετωπίζεται ενδονοσοκομειακά καλείται επείγοντως ο καρδιολόγος.

Βαλβιδοπάθεια

Οι παθήσεις των καρδιακών βαλβίδων αφορούν σε στένωση ή/και ανεπάρκεια της μιτροειδούς, της αορτής, της τριγλώχινος και της πνευμονικής και είναι συγγενείς ή επίκτητες (οφειλόμενες π.χ. σε ρευματικό πυρετό). Διακρίνονται σε ήπιες, μέτριες και βαρείς. Η πλέον επικίνδυνη βαλβιδοπάθεια είναι της αορτικής βαλβίδας διότι μπορεί να προκαλέσει αιφνίδιο θάνατο, η δε συνηθέστερη είναι της μιτροειδούς.

Κατά την οδοντιατρική θεραπεία στους ασθενείς με βαλβιδοπάθεια ή με προσθετική βαλβίδα πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν ο αυξημένος κίνδυνος ανάπτυξης λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας ή απόρριψης των προσθετικών βαλβίδων και των μοσχευμάτων μετά από ορισμένες οδοντιατρικές πράξεις λόγω μικροβιαμίας καθώς και ο κίνδυνος για αιμορραγία μετά από αιματηρή επέμβαση εάν ευρίσκονται υπό αντιπηκτική αγωγή.

Η εκτίμηση του κινδύνου που διατρέχει τέτοιος ασθενής όταν αντιμετωπίζεται οδοντιατρικά γίνεται με βάση τον βαθμό λειτουργικότητας της φυσικής ή τεχνητής βαλβίδας και την ενδεχόμενη συνυπάρχουσα καρδιακή ανεπάρκεια. Συγκεκριμένα:

Οι ασθενείς με ήπια βαλβιδοπάθεια ή με προσθετική βαλβίδα που λειτουργεί καλά θεωρούνται ως χαμηλού κινδύνου, οι ασθενείς με μέτρια βαλβιδοπάθεια ή με προσθετική βαλβίδα που παρουσιάζει διάφορα προβλήματα θεωρούνται ως μετρίου κινδύνου, οι δε ασθενείς με βαρεία βαλβιδοπάθεια, που έχει προκαλέσει μη αναστρέψιμη καρδιακή ανεπάρκεια, θεωρούνται ως υψηλού κινδύνου.

Ανάλογα με τον κίνδυνο που διατρέχουν οι ασθενείς, η επιλογή του χώρου και του τρόπου αντιμετώπισης έχουν ως ακολούθως:

Οι **ασθενείς χαμηλού κινδύνου** θεωρούνται ως **ASA II** και σε αυτούς επιτρέπονται όλες οι οδοντιατρικές πράξεις αφού ληφθούν τα κατάλληλα μέτρα προφύλαξης.

Οι **ασθενείς μετρίου κινδύνου** θεωρούνται ως **ASA III** και απαιτείται επιλογή των περιστατικών μετά από ιατρική γνωμοδότηση, λαμβάνονται τα κατάλληλα μέτρα προφύλαξης και εφαρμόζονται διάφορες τροποποιήσεις.

Οι **ασθενείς υψηλού κινδύνου** θεωρούνται ως **ASA IV** και αντενδείκνυται η οδοντιατρική αντιμετώπισή τους εξωνοσοκομειακά.

Οι απαραίτητες **τροποποιήσεις** αφορούν:

- Στην μέριμνα για μείωση του άγχους.
- Στην χορήγηση **χημειοπροφύλαξης** πριν από ορισμένες οδοντιατρικές πράξεις που προκαλούν μικροβαιμία. Τέτοιες πράξεις είναι κυρίως οι εξαγωγές και εν γένει οι χειρουργικές επεμβάσεις, η περιοδοντική και η ενδοδοντική θεραπεία, η επανεμφύτευση δοντιών, η συγκόλληση γεφυρών, η ενδοσυνδεσμική αναισθησία καθώς και η σχάση και παροχέτευση αποστήματος.

Διάφορα σχήματα χημειοπροφύλαξης έχουν προταθεί κατά καιρούς από τις διεθνείς επιστημονικές εταιρείες (π.χ. Αμερικανική Καρδιολογική Εταιρεία, Ευρωπαϊκή Καρδιολογική Εταιρεία, Βρετανική Καρδιολογική Εταιρεία), τα οποία παραμένουν σε ισχύ για ένα διάστημα και στην συνέχεια αναθεωρούνται. Σύμφωνα με τις τελευταίες οδηγίες της Βρετανικής Εταιρείας Αντιμικροβιακής Χημειοθεραπείας (Απρίλιος 2006), αυτή πρέπει να χορηγείται ως ακολούθως:

Επί μη αλλεργίας στην πενικιλίνη, χορηγείται αμοξικιλίνη

Από το στόμα 1 ώρα πριν την επέμβαση:

≥ 10 ετών: 3 gr, 5-10 ετών: 1,5 gr, < 5 ετών: 750 mg αμοξικιλίνη

Ενδοφλέβια, αμέσως πριν την επέμβαση ή κατά την εισαγωγή στην αναισθησία:

≥ 10 ετών: 1 gr, 5-10 ετών: 500 mg, < 5 ετών: 250 mg

Επί διαπιστωμένης αλλεργίας στην πενικιλίνη χορηγείται κλινδαμυκίνη

Από το στόμα 1 ώρα πριν την επέμβαση:

≥ 10 ετών: 600 mg, 5-10 ετών: 300 mg, < 5 ετών: 150 mg

Ενδοφλέβια, αμέσως πριν την επέμβαση ή κατά την εισαγωγή στην αναισθησία, σε βραδεία έγχυση (τουλάχιστον 10'):

≥ 10 ετών: 300 mg, 5-10 ετών: 150 mg, < 5 ετών: 75 mg

Παράλληλα με την χορήγηση χημειοπροφύλαξης πρέπει προεγχειρητικά να κρατείται στο στόμα για ένα λεπτό στοματόπλυμα γλυκονικής χλωρεξιδίνης 0,2%.

Ασθενείς που χρήζουν επανειλημμένων οδοντιατρικών επεμβάσεων, αυτές πρέπει να γίνονται με ελεύθερα μεσοδιαστήματα τουλάχιστον 14 ημερών. Εάν αυτό είναι αδύνατον, τότε το σχήμα

χημειοπροφύλαξης πρέπει να εναλλάσσεται μεταξύ αμοξυκιλλίνης και κλινδαμυκίνης. Εάν ο ασθενής έχει αλλεργία στην πενικιλίνη, τότε θα πρέπει να αναζητηθεί η συμβουλή ειδικού.

- Στις δέουσες προφυλάξεις που σχετίζονται με την αντιπηκτική αγωγή, όπως αυτές αναφέρονται κατωτέρω.
- Στην μειωμένη χορήγηση αγγειοσυσπαστικών με το τοπικό αναισθητικό στους βαλβιδοπαθείς χαμηλού και μετρίου κινδύνου και στην αποφυγή του στους βαλβιδοπαθείς υψηλού κινδύνου.
- Στην σύνδεση των ασθενών υψηλού κινδύνου με monitor και παρακολούθηση των ζωτικών σημείων κατά τη διάρκεια της επέμβασης και διακοπή της επέμβασης επί μη σταθερών ζωτικών σημείων.

Αντιπηκτική αγωγή

Πολλές κατηγορίες ασθενών λαμβάνουν αντιπηκτική αγωγή για διάφορους λόγους, όπως αυτοί περιγράφονται κατωτέρω. Η λήψη τέτοιας αγωγής έχει εγείρει πολλές συζητήσεις σχετικά με το εάν αυτή πρέπει να τροποποιείται ή ακόμα και να διακόπτεται πριν από τις αιματηρές οδοντιατρικές επεμβάσεις δεδομένου ότι αυξάνεται ο κίνδυνος θρομβοεμβολικού επεισοδίου.

Οι τροποποιήσεις της αντιπηκτικής/αντιαιμοπεταλιακής αγωγής κατά κατηγορία λαμβανομένων φαρμάκων έχουν ως ακολούθως:

α) αντιαιμοπεταλιακά

Τα αντιαιμοπεταλιακά αναστέλλουν τη συνάθροιση των αιμοπεταλίων ή την συγκόλλησή τους και κατά συνέπεια τον σχηματισμό του θρόμβου. Η δράση τους αρχίζει περίπου μια ώρα μετά από την απορρόφηση τους και διαρκεί για όλη τη ζωή των κυκλοφορούντων αιμοπεταλίων (περίπου έως δύο εβδομάδες).

Χορηγούνται για την πρόληψη θρομβοεμβολικών και αθηροσκληρυντικών επεισοδίων, όπως θρομβωτικών εγκεφαλικών επεισοδίων, εμφράγματος, θρομβώσεων επί περιφερειακής αρτηριοπάθειας καθώς και μετεγχειρητικών θρομβώσεων.

Αντιαιμοπεταλιακά φάρμακα είναι το ακετυλοσαλικυλικό οξύ (Salospir, Aspirin), η διπυριδαμόλη (Adezan, Persantin και το Aggrenox που περιλαμβάνει διπυριδαμόλη και ακετυλοσαλικυλικό οξύ), η κλοπιδογρέλη (Iscover, Plavix), η τικλοπιδίνη (Neo-Omnipen, Anghostan, Etfariol, Neo Fulvical, Ruxicolan, Ticlid, Ticlodone), η αμπσιξιμάμπη (Reopro), η επτιφιμππατίδη (Integrilin), η υδροχλωρική πιροφιμπάνη (Aggrastat) και η τριφλουζάλη (Aflen). Από όλα αυτά τα φάρμακα, το συνηθέστερα χορηγούμενο είναι το ακετυλοσαλικυλικό οξύ με ή χωρίς διπυριδαμόλη.

Τα αντιαιμοπεταλιακά δεν πρέπει να διακόπτονται προεγχειρητικά διότι αφενός μεν δεν προκαλούν μη ελεγχόμενη με τοπικά μέσα αιμόσταση αιμορραγία, αφετέρου δε η διακοπή των αυξάνει τον κίνδυνο θρομβοεμβολής.

β) αντιπηκτικά από του στόματος

Τα από του στόματος αντιπηκτικά εμποδίζουν την σύνθεση διαφόρων παραγόντων πήξεως παρεμβαίνοντας στον μεταβολισμό της βιταμίνης Κ. Η μεγαλύτερη δυνατή δράση τους επιτυγχάνεται 2-3 εβδομάδες μετά την έναρξη της χορήγησής τους και η επαναφορά στην κανονική πήκτικότητα χρειάζεται 3-5 ημέρες μετά την διακοπή τους.

Ενδείξεις χορήγησης των από του στόματος αντιπηκτικών είναι η εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση, η πνευμονική εμβολή, οι βαλβιδοπάθειες, οι προσθετικές καρδιακές βαλβίδες, το έμφραγμα, το by pass, η διατακτική μυοκαρδιοπάθεια, η υπερκοιλιακή ταχυκαρδία, η κολπική μαρμαρυγή και ο υψηλός κίνδυνος για εμβολές.

Από του στόματος αντιπηκτικά φάρμακα είναι η ασενοκουμαρόλη (Sintrom) και η νατριούχος βαρφαρίνη (Panwarfin, Marevan)

Η αντιπηκτική τους δράση παρακολουθείται με την μέτρηση του χρόνου προθρομβίνης (PT) και ιδιαίτερα του διεθνούς δείκτη εξομάλυνσης (INR) ο οποίος είναι περισσότερο αξιόπιστος.

Το συνιστώμενο θεραπευτικό εύρος INR για μεν τους ασθενείς με προσθετικές καρδιακές βαλβίδες είναι 2,5-3,5, για δε τους υπόλοιπους 2-3.

Ο INR προκειμένου για εξαγωγή ενός δοντιού μπορεί να έχει τιμή έως 4, για πολλαπλές εξαγωγές ή εξαγωγές εγκλείστων έως 3,5, για δε εξαγωγές όλων των δοντιών ή πολλαπλές εξαγωγές εγκλείστων έως 3.

Επομένως, εφόσον η τιμή του INR είναι εντός θεραπευτικού εύρους, **σε πολύ λίγες περιπτώσεις υπάρχει λόγος τροποποίησης της αντιπηκτικής αγωγής.**

Σημειωτέον ότι η τυχόν απαιτούμενη τροποποίηση γίνεται από τον θεράποντα ιατρό του ασθενή κατόπιν ενημέρωσής του για το σχέδιο θεραπείας.

γ) ηπαρίνες χαμηλού μοριακού βάρους

Δεν χρειάζεται να διακόπτονται προεγχειρητικά, απλώς λαμβάνονται μέτρα αιμόστασης.

Πλέον των προαναφερθέντων, κατά την οδοντιατρική αντιμετώπιση των ασθενών υπό αντιπηκτική αγωγή, εφαρμόζονται και τα ακόλουθα:

Επί αιματηρών πράξεων:

- Προγραμματισμός της επέμβασης σε πρωινό ημέρας της αρχής της εβδομάδας, για την ευχερέστερη αντιμετώπιση ενδεχόμενης αιμορραγίας κατά τα πρώτα μετεγχειρητικά εβδομάδες.
- Έλεγχος της πήκτικότητας των ασθενών που λαμβάνουν αντιπηκτικά από του στόματος την ημέρα της επέμβασης ή την προηγούμενη.
- Χρήση τοπικού αναισθητικού κατά προτίμηση με αγγειοσυσπαστικό για τον έλεγχο της αιμορραγίας, αναρρόφηση πριν την έγχυση.
- Ήπιοι χειρισμοί, ατραυματική επέμβαση, τοποθέτηση αιμοστατικών, συρραφή του τραύματος, εφαρμογή σταθερής πίεσης με γάζα για περίπου μισή ώρα.

- Οδηγίες για επικοινωνία με τον θεράποντα οδοντίατρο σε περίπτωση εμφάνισης αιμορραγίας η οποία δεν σταματά με την εφαρμογή πίεσης με γάζα επί 20'.

Γενικά:

- Προσοχή στην χορήγηση φαρμάκων λόγω πιθανών αλληλεπιδράσεων με την ήδη λαμβανόμενη αγωγή. Συγκεκριμένα:

Αναλγητικά:

Ασφαλής η παρακεταμόλη σε κανονικές δόσεις ενώ ασπιρίνη και μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη πρέπει να αποφεύγονται.

Αντιβιοτικά επί λήψεως αντιπηκτικών:

Ασφαλής η αμοξυκιλλίνη σε κανονικές δόσεις (σε παρατεταμένη χορήγηση παρακολούθηση του INR), αντενδείκνυται η ερυθρομυκίνη, η χορήγηση κλινδαμυκίνης πλήν σχήματος χημειοπροφύλαξης απαιτεί παρακολούθηση του INR, η δε μετρονιδαζόλη απαιτεί μείωση της δόσης του αντιπηκτικού από τον θεράποντα ιατρό.

Καρδιακή ανεπάρκεια

Ο όρος "καρδιακή ανεπάρκεια" χρησιμοποιείται για να υποδηλώνει την ανεπάρκεια του μυοκαρδίου να αντλεί το απαραίτητο για τις λειτουργίες του οργανισμού αίμα.

Ο βαθμός της ανεπάρκειας καθορίζει το είδος και τον χώρο παροχής οδοντιατρικής περίθαλψης. Συγκεκριμένα:

Οι ασθενείς **με καλά αντιρροπούμενη καρδιακή ανεπάρκεια** μπορεί να αντιμετωπισθούν ως **ASA II** και να παρασχεθεί οδοντιατρική περίθαλψη εξωνοσοκομειακά,

Οι ασθενείς **με σοβαρή καρδιακή ανεπάρκεια** όπου εμφανίζεται δύσπνοια και κατά την ανάπαυση ή μετά από ελάχιστη δραστηριότητα θεωρούνται ως **ASA IV** και σε αυτούς αντιμετωπίζεται μόνο το επείγον πρόβλημα και δη συντηρητικά με αντιβιοτικά και παυσίπονα ενώ οι άλλες οδοντιατρικές πράξεις αναβάλλονται μέχρις ότου η κατάστασή τους σταθεροποιηθεί κατόπιν ιατρικής θεραπείας.

Οι ασθενείς **με ενδιάμεσο βαθμό καρδιακής ανεπάρκειας** αντιμετωπίζονται ως **ASA III** και γίνεται επιλογή των περιπτώσεων, του είδους και του χώρου παροχής οδοντιατρικής περίθαλψης κατόπιν ιατρικής γνωμοδότησης.

Κατά την οδοντιατρική περίθαλψη ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια λαμβάνονται ορισμένα μέτρα:

- σύντομη συνεδρία
- αγχόλυση
- θέση της έδρας κατακόρυφη ή με μικρή κλίση
- δυνατότητα χορήγησης οξυγόνου
- ανώδυνη συνεδρία, μικρή ποσότητα τοπικού αναισθητικού κατά το δυνατό χωρίς αγγειοσυσπαστικό, αργή έγχυση.

Σακχαρώδης διαβήτης

Ο σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ) είναι μεταβολική νόσος, η οποία χαρακτηρίζεται από διαταραχή του μεταβολισμού των υδατανθράκων και των λιπών και έχει ως κύρια εκδήλωση την αύξηση των επιπέδων της γλυκόζης του ορού του αίματος.

Ο ΣΔ μπορεί να χαρακτηριστεί σαν ρυθμιζόμενος ή μη. Στον ρυθμιζόμενο οι διακυμάνσεις στην γλυκόζη του αίματος δεν είναι μεγάλες ενώ στον μη ρυθμιζόμενο είναι και η τιμή της γλυκόζης συχνά υπερβαίνει τα 200mg/dl και από το ιστορικό αναφέρονται συχνά επεισόδια υπεργλυκαιμίας ή υπογλυκαιμίας.

Η υπογλυκαιμία και η υπεργλυκαιμία είναι οι κύριες οξείες επιπλοκές της νόσου.

Στις χρόνιες επιπλοκές της ανήκουν η μικροαγγειοπάθεια και η μακροαγγειοπάθεια, οι οποίες προκαλούν στεφανιαία νόσο, υπέρταση, αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, αμφιβληστροειδοπάθεια-τύφλωση, νεφρική ανεπάρκεια και έλκη. Άλλες χρόνιες επιπλοκές είναι η αισθητική και κινητική νευροπάθεια και η δερματοπάθεια που εκδηλώνεται με μυκητιάσεις, δοθιήνες και έλκη.

Οι συνηθέστερες **εκδηλώσεις** του ΣΔ στη **στοματική κοιλότητα** είναι η ξηροστομία και λόγω αυτής ο πολυτερηδοπισμός, η ταχέως εξελισσόμενη περιοδοντική νόσος και τα συχνά περιοδοντικά αποστήματα, οι επανειλημμένες καντινιτιάσεις, η καυσαλγία, οι ελκώσεις και η κακοσμία. Από πλευράς χειρουργικής του στόματος ιδιαίτερα ενδιαφέρουν η επιρρέπεια των διαβητικών στις βακτηριακές και μυκητιασικές λοιμώξεις καθώς και οι διαταραχές στην επούλωση των τραυμάτων.

Η εκτίμηση του κινδύνου που διατρέχει διαβητικός ασθενής όταν αντιμετωπίζεται οδοντιατρικά γίνεται με βάση το εάν η νόσος είναι ρυθμιζόμενη και το εάν έχει προκαλέσει επιπλοκές.

Προκειμένου ο οδοντίατρος να εκτιμήσει αυτές τις παραμέτρους, αξιολογεί πληροφορίες από το ιστορικό (είδος της αγωγής, χρόνος έναρξης της νόσου, συνυπάρχοντα ιατρικά προβλήματα κ.ά.), επίσης δε αξιολογεί τις πρόσφατες εργαστηριακές εξετάσεις.

Πολύ χρήσιμη εργαστηριακή εξέταση για την εκτίμηση της ρύθμισης του ΣΔ είναι η τιμή της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c), η οποία είναι δείκτης του επιπέδου της γλυκόζης τις τελευταίες 2-3 εβδομάδες. Επί τιμών της HbA1c άνω του 7,5% θεωρείται ότι ο ΣΔ δεν είναι καλά ελεγχόμενος.

Ο κίνδυνος που διατρέχουν οι ασθενείς είναι αυξημένος επί αρρυθμιστης νόσου και επί υπέρτασης επιπλοκών.

Μετά την εκτίμηση του κινδύνου, ο οδοντίατρος, ανάλογα και με το είδος των απαιτούμενων οδοντιατρικών πράξεων, αποφασίζει εάν θα περιθάλψει τον ασθενή στο ιατρείο του ή θα τον παραπέμψει στο Νοσοκομείο.

Συγκεκριμένα, ανάλογα με το είδος του ΣΔ (ρυθμιζόμενος ή μη, με επιπλοκές ή όχι) και το είδος των οδοντιατρικών πράξεων, η επιλογή του χώρου και του τρόπου αντιμετώπισης έχουν ως ακολούθως:

Ασθενείς με **ρυθμιζόμενο ΣΔ** χωρίς επιπλοκές θεωρούνται ως **ASA II** και μπορούν να αντιμετωπιστούν στο οδοντιατρείο (εξωνοσοκομειακά) με προφυλάξεις.

Ασθενείς με **μη ρυθμιζόμενο ΣΔ τύπου I χωρίς επιπλοκές ή με καλά ρυθμιζόμενο ΣΔ αλλά με επιπλοκές** θεωρούνται ως **ASA III** και εν γένει μπορούν να υποβληθούν στο οδοντιατρείο είτε σε μη αιματηρές είτε σε μικρές αιματηρές επεμβάσεις υπό την προϋπόθεση ότι η γλυκόζη είναι <200 mg/dl και αφού υπάρξει συνεννόηση με τον θεράποντα ιατρό τους και αφού ληφθούν προφυλάξεις.

Για τις μεγαλύτερες αιματηρές πράξεις (π.χ. πολλαπλές εξαγωγές), ούτως ή άλλως πρέπει να παραπέμπονται στο Νοσοκομείο.

Ασθενείς με **μη ρυθμιζόμενο ΣΔ τύπου I και II με επιπλοκές** θεωρούνται ως **ASA IV** και πρέπει να αντιμετωπίζεται σε νοσοκομειακό περιβάλλον το επείγον τους πρόβλημα σε συνεννόηση με τον διαβητολόγο του νοσοκομείου, για δε τα λοιπά παραπέμπονται πρώτα για ρύθμιση του ΣΔ.

Ο οδοντίατρος πρέπει πάντοτε να έχει υπ' όψη ότι η αντιμετώπιση μιας οδοντογενούς λοίμωξης είναι απαραίτητη διότι εκτός των άλλων βοηθά και στην ρύθμιση του ΣΔ, ο οποίος πολλές φορές απορρυθμίζεται από τις οξείες φλεγμονές. Στα πλαίσια αυτά και εάν η παραπομπή στο Νοσοκομείο είναι δύσκολη, στους ασθενείς αυτής της κατηγορίας μπορούν ενδεχομένως να αντιμετωπιστούν εξωνοσοκομειακά, σε συνεννόηση με τον θεράποντα ιατρό, οι οξείες φλεγμονές περιορισμένης έκτασης εάν οι επιπλοκές από τον ΣΔ είναι ελάχιστες και η γλυκόζη είναι <200 mg/dl.

Πλέον των προαναφερθέντων περιορισμών, κατά την οδοντιατρική αντιμετώπιση των διαβητικών, εξω- ή ενδονοσοκομειακή, όπως προαναφέρθηκε, πρέπει να λαμβάνονται ορισμένες γενικές **προφυλάξεις**. Αυτές είναι:

- Συνεδρία το πρωί, περίπου δύο ώρες μετά το πρόγευμα οπότε ο κίνδυνος υπογλυκαιμικής κρίσης είναι μικρότερος, σύντομης διάρκειας.
- Μέτρηση του σακχάρου το πρωινό της επέμβασης.
- Μέριμνα για μείωση του άγχους και πιθανή χορήγηση αγχολυτικού, ιδιαίτερα εάν πρόκειται για αιματηρές οδοντιατρικές πράξεις.
- Ανώδυνη συνεδρία με χορήγηση επαρκούς ποσότητας αναισθητικού με αγγειοσυσπαστικό.
- Επί αιματηρών πράξεων ήπιοι χειρισμοί, μικρές τομές και συρραφή του τραύματος.
- Χορήγηση αναλγητικών μετά την επέμβαση.

Σχετικά με την αναγκαιότητα χορήγησης αντιβίωσης:

- προκειμένου για μη αιματηρές οδοντιατρικές επεμβάσεις: δεν απαιτείται
- προκειμένου για αιματηρές οδοντιατρικές επεμβάσεις, σε ασθενείς με αρρυθμιστο διαβήτη:

α) επί προγραμματισμένης συνεδρίας αντιβιοτική κάλυψη από την παραμονή της επέμβασης και για 5 ημέρες μετά με ημισυνθετική πενικιλίνη, επί δε αλλεργίας στην πενικιλίνη κάλυψη με μακρολίδιο ή κλινδαμυκίνη για το ίδιο διάστημα

β) επί επειγόντων περιστατικών (π.χ. σχάση αποστήματος) και επί επέμβασης υπό γενική αναισθησία αρχική δόση αντιβίωσης σε σχήμα χημειοπροφύλαξης.

- σε ασθενείς με ρυθμισμένο διαβήτη χωρίς επιπλοκές, αντιβίωση απαιτείται μόνο σε εκτεταμένες επεμβάσεις και σε φλεγμονή

Τα προαναφερθέντα αφορούν στους διαγνωσμένους διαβητικούς. Όμως, περίπου το ένα τρίτο των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη είναι αδιάγνωστοι. Έτσι, ο οδοντίατρος πρέπει να είναι σε θέση με τη λήψη του ιστορικού και την κλινική εξέταση να υποψιαστεί την ύπαρξη αδιάγνωστου ΣΔ και να παραπέμψει τον ασθενή του αρχικά για εργαστηριακές εξετάσεις και επί θετικών ευρημάτων σε διαβητολόγο.

Συγκεκριμένα, από το ιστορικό ιδιαίτερη σημασία αποδίδεται στην ηλικία, το σωματικό βάρος (παχύσαρκος ή με "αδικαιολόγητη" απώλεια βάρους), τυχόν ύπαρξη συμπτωματολογίας ΣΔ (πολυφαγία, πολυδιψία, πολουρία, αδυναμία, υπνηλία, ζάλη), στην εμφάνιση συχνών περιοδοντικών αποστημάτων και συχνών μυκητιάσεων.

Από την κλινική εξέταση του στόματος σημασία αποδίδεται στην ύπαρξη ξηροστομίας, πολυτερηδονισμού, περιοδοντικής νόσου, καντιντίασης και κακοσμίας.

Σημειώνεται ότι η πιο σοβαρή επιπλοκή της οδοντιατρικής παρέμβασης στους διαβητικούς είναι η εμφάνιση υπογλυκαιμίας, η οποία χρήζει επείγουσας αντιμετώπισης. Η υπογλυκαιμία εκδηλώνεται με αίσθημα ανησυχίας και κακουχίας, κρύο ιδρώτα, ωχρότητα, τρόμο, κεφαλαλγία, σύγχυση, σπασμούς και εάν δεν αντιμετωπισθεί μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια της συνείδησης, κώμα και θάνατο.

Στην περίπτωση που ο οδοντίατρος πιθανολογήσει ότι ο ασθενής εμφανίζει υποτασική κρίση, πρέπει να διακόψει την επέμβαση και να του χορηγήσει γλυκόζη σε κάποια μορφή (π.χ. ζάχαρη, σακχαρούχο διάλυμα, ορός με γλυκόζη).

Άλλες νόσοι και καταστάσεις

Στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία προσέρχονται και ασθενείς με άλλου είδους επιβάρυνση της υγείας εκτός των προαναφερθέντων.

Στον κατωτέρω πίνακα εμφανίζονται συνοπτικά ορισμένες συχνά απαντώμενες συνθήκες, τόσο από τις προαναφερθείσες όσο και από άλλες, που εάν υπάρχουν, επιβάλλουν την παραπομπή του ασθενούς για νοσοκομειακή οδοντιατρική αντιμετώπιση.

Πίνακας.
Συνθήκες ικανές για παραπομπή για νοσοκομειακή αντιμετώπιση

Υπέρταση:	Υψηλή ή/και μη ελεγχόμενη
Στηθάγχη:	Ασταθής ή σταθερή με καθημερινά επεισόδια και με εμφάνιση και κατά την ανάπαυση
Έμφραγμα:	Κατά τους πρώτους 6 μήνες ή παλαιότερο αλλά με επιπλοκές
Βαλβιδοπάθεια:	Βαρεία με συνύπαρξη καρδιακής ανεπάρκειας
Αρρυθμία:	Κοιλιακή αρρυθμία και επί συμπτωμάτων εγκεφαλικών διαλείψεων ή λιποθυμίας
Βραδυκαρδία:	Συχνότητα σφυγμών <45/min ή ακανόνιστη <60/ min
Αναιμία:	Άγνωστης αιτιολογίας, Ht<30% με συνύπαρξη στεφανιαίου νοσήματος, πρόσφατη αιμορραγία
Αιμορραγικές διαθέσεις:	Θρομβοκυττοπενία, θρομβασθένεια, έλλειψη παραγόντων πήξεως, αντιπηκτική αγωγή με υψηλό INR
Σακχαρώδης διαβήτης:	Μη ρυθμιζόμενος με επιπλοκές. Επίσης μη ρυθμιζόμενος χωρίς επιπλοκές και ρυθμιζόμενος αλλά με επιπλοκές όταν η γλυκόζη είναι >200mg/dl
ΧΑΠ: (Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια)	Δύσπνοια στη συνήθη δραστηριότητα ή σε ανάπαυση

Πλέον των ανωτέρω, όμως, και διάφορες άλλες καταστάσεις, ανάλογα με την εκάστοτε βαρύτητά τους, καθιστούν προτιμητέα ή επιβάλλουν την οδοντιατρική περίθαλψη σε νοσοκομείο. Τέτοιες είναι η αντινεοπλασματική χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία, η ανοσοκαταστολή, οι βαρείς περιπτώσεις φυσικής αναπηρίας, νοητικής υστέρησης ή ψυχικών διαταραχών και η ύπαρξη πολλαπλής παθολογίας.

Ιδιαίτερα η διαχείριση των ασθενών με πολλαπλή παθολογία πρέπει να γίνεται με πολύ μεγάλη προσοχή. Πάντως, η ύπαρξη πολλαπλής παθολογίας καθιστά πολύ περισσότερο πιθανή την ανάγκη για αντιμετώπιση σε νοσοκομειακό περιβάλλον.

Πρέπει να τονισθεί ότι ιδιαίτερης σημασίας για τους ασθενείς με βεβαρημένο ιστορικό είναι η διαρκής επισήμανση από πλευράς του οδοντιάτρου της αξίας της στοματικής υγιεινής για την γενική υγεία καθώς και της αναγκαιότητας των συχνών ελέγχων στα πλαίσια της πρόληψης.

Συμπεράσματα

Ο κίνδυνος που διατρέχουν από την οδοντιατρική θεραπεία οι ασθενείς με βεβαρημένο ιατρικό ιστορικό εκτιμάται με βάση την φυσική τους κατάσταση και την βαρύτητα της οδοντιατρικής επέμβασης.

Ο χώρος και ο τρόπος αντιμετώπισης επιλέγονται με βάση τον κίνδυνο αυτό.

Στο Νοσοκομείο, με την αξιοποίηση της υπάρχουσας υλικοτεχνικής υποδομής και με την συνεργασία με ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων μπορεί να παρασχεθεί με πολύ μεγαλύτερη ασφάλεια η δέουσα οδοντιατρική περίθαλψη στους ασθενείς με επιβάρυνση της υγείας.

4. Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΣΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ

*Δρ Φλώρα Ζερβού-Βάλβη
Διευθύντρια του Οδοντιατρικού Τμήματος
του Γενικού Νοσοκομείου Βούλας «Ασκληπιείον»*

Τα περιστατικά που αντιμετωπίζονται στο χειρουργείο μπορεί να είναι τακτικά ή έκτακτα. Αποτελούνται από εξωτερικούς και από εσωτερικούς ασθενείς.

Οι οδοντιατρικές επεμβάσεις στο χειρουργείο μπορεί να γίνονται με γενική αναισθησία ή με τοπική αναισθησία και ή χωρίς φάρμακα καταστολής.

A. Οδοντιατρική επέμβαση με γενική αναισθησία

Ως γενική αναισθησία (general anesthesia) ορίζεται η ελεγχόμενη κατάσταση απώλειας της συνείδησης που συνοδεύεται από απώλεια των προστατευτικών αντανακλαστικών, συμπεριλαμβανομένων των ικανοτήτων της διαρκούς διατήρησης της βατότητας του αεραγωγού και της λογικής απάντησης σε φυσικά ερεθίσματα και σε εντολές.

Η παροχή οδοντιατρικής περίθαλψης υπό γενική αναισθησία είναι μέθοδος αρκετά ασφαλής όταν γίνεται σωστή ιατρική εκτίμηση του ασθενούς, ορθός σχεδιασμός της οδοντιατρικής θεραπείας και όταν υπάρχει εμπειρία στη διαχείριση των ασθενών και καλή συνεργασία οδοντιάτρων και αναισθησιολόγων.

Η σωστή εκτίμηση του ασθενούς βασίζεται:

- στη λεπτομερή λήψη ιατρικού και οδοντιατρικού ιστορικού συμπεριλαμβανομένων και των πληροφοριών που δίνουν οι οικείοι του καθώς και αυτών που προέρχονται από τον ιατρικό φάκελο και το βιβλιάριο υγείας,
- στην επισκόπηση και κλινική εξέταση (π.χ. για την θρέψη, για τον εντοπισμό πιθανών ανωμαλιών διάπλασης που δυσχεραίνουν την διασωλήνωση),
- στον προεγχειρητικό έλεγχο,
- στις κατά περίπτωση ιατρικές γνωμοδοτήσεις.

Ο βασικός προεγχειρητικός έλεγχος ενήλικα ασθενή περιλαμβάνει γενική εξέταση αίματος, έλεγχο της πήκτικότητας του αίματος (PT, INR, APTT), βιοχημικό έλεγχο (γλυκόζη, κρεατινίνη, ουρία, ηλεκτρολύτες), ηλεκτροκαρδιογράφημα γνωματευμένο από καρδιολόγο και ακτινογραφία θώρακος γνωματευμένη από ακτινολόγο. Ανάλογα δε με την ύπαρξη γενικών νόσων απαιτούνται πρόσθετες εργαστηριακές εξετάσεις π.χ. μέτρηση των επιπέδων των αντιεπιληπτικών στο αίμα.

Ο κίνδυνος από την αναισθησία (περιεγχειρητικές επιπλοκές, θάνατος) εξαρτάται από:

- την κατάσταση της υγείας του ασθενούς, αυξάνεται δε ανάλογα με την επιβάρυνση της (η πιθανότητα θνησιμότητας στους ασθενείς της κατηγορίας ASA I είναι 1:600.000 και αυξάνεται αναλογικά στις υπόλοιπες κατηγορίες)
- την ηλικία του ασθενούς (νεογνά και υπερήλικες έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο)
- το επείγον της επέμβασης (μη νήστις ασθενής, αιμορραγία, πλημμελής προετοιμασία)
- την έκταση της επέμβασης (μεγαλύτερος σε μεγάλες επεμβάσεις)
- τον χώρο και την εμπειρία του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού του χειρουργείου.

Εν γένει, το ποσοστό των επιπλοκών είναι περίπου 1,8% σε ασθενείς με φυσιολογικά ευρήματα, 5,6% σε ασθενείς με παθολογικά ευρήματα και 8,1% σε ασθενείς στους οποίους δεν έγινε καθόλου ή έγινε πλημμελώς ο προεγχειρητικός έλεγχος. Είναι, επομένως, εμφανές ότι με την καλή προετοιμασία του ασθενούς και με την καλή συνεργασία οδοντιάτρου και αναισθησιολόγου ο κίνδυνος περιορίζεται σημαντικά.

Για τους κινδύνους από την γενική αναισθησία και την οδοντιατρική επέμβαση ενημερώνεται ο ασθενής (ή ο συνοδός του εάν αυτός πάσχει από νοητική υστέρηση) και λαμβάνεται έγγραφη συναίνεση τόσο για το είδος της αναισθησίας όσο και για το σχέδιο θεραπείας.

Ενδείξεις για οδοντιατρική αντιμετώπιση υπό γενική αναισθησία

Ενδείξεις για οδοντιατρική αντιμετώπιση υπό γενική αναισθησία έχουν οι κατωτέρω κατηγορίες ασθενών:

A) Μη συνεργάσιμοι ασθενείς

1. Άτομα με μέτρια και κυρίως με βαρεία νοητική υστέρηση.

Σε πολλές περιπτώσεις η νοητική υστέρηση αποτελεί μέρος συνδρόμου, το οποίο περιλαμβάνει προβλήματα από διάφορα συστήματα και κυρίως από το καρδιαγγειακό, οπότε χρειάζεται να ληφθεί ιδιαίτερη μέριμνα.

2. Άτομα με νευρολογική ή ψυχική νόσο.

Στην ομάδα αυτή υπάγονται άτομα με επιληψία, εγκεφαλική παράλυση, φυσική αναπηρία, αυτισμό, κατάθλιψη, σχιζοφρένεια κ.ά.

3. Τα παιδιά μικρής ηλικίας και τα βρέφη.

4. Άτομα που υποφέρουν από οδοντιατρική φοβία.

Πρόκειται για άτομα οποιασδήποτε ηλικίας που υποφέρουν από την φοβία αυτή και δεν δέχονται την οδοντιατρική παρέμβαση.

Οι μη συνεργάσιμοι ασθενείς αποτελούν την κύρια κατηγορία στην οποία εφαρμόζεται η γενική αναισθησία για οδοντιατρικούς λόγους. Πάντως, σε οποιαδήποτε ομάδα από τις ανωτέρω και εάν ανήκει κάποιος ασθενής,

πρέπει ο θεράπων οδοντίατρος να καταβάλει κάθε προσπάθεια αντιμετώπισής του με τοπική αναισθησία και μόνο όταν αυτές έχουν αποτύχει να προσφύγει στην γενική αναισθησία.

B) Συνεργάσιμοι ασθενείς

1. Άτομα με εκτεταμένο οδοντιατρικό πρόβλημα.

Τα άτομα αυτά μπορεί να είναι υγιή αλλά λόγω του ότι η έκταση του οδοντιατρικού τους προβλήματος είναι μεγάλη και ο χρόνος της απαιτούμενης θεραπείας με τοπική αναισθησίας μακρύς, για λόγους μικρότερου στρες, επαγγελματικούς και κοινωνικούς μπορεί να εφαρμοσθεί η γενική αναισθησία.

Εκτεταμένο οδοντιατρικό πρόβλημα μπορεί να παρουσιάζουν και μη υγιή άτομα. στα οποία μπορεί επίσης να εφαρμοσθεί γενική αναισθησία για την αποφυγή επανειλημμένης εφαρμογής ειδικών τροποποιήσεων όπως π.χ. βαλβιδοπαθείς ασθενείς για την αποφυγή επανειλημμένης χορήγησης χημειοπροφύλαξης, ρύθμισης της αντιπηκτικής αγωγής κ.λ.π.

2. Άτομα με έντονο αντανακλαστικό εμέτου.

Η ύπαρξη έντονου τέτοιου αντανακλαστικού δυσχεραίνει πολύ την παροχή οδοντιατρικής περίθαλψης υπό τοπική αναισθησία, ιδιαίτερα εάν ο οδοντίατρος πρόκειται να εργασθεί στην περιοχή των προγομφίων-γομφίων της κάτω γνάθου.

3. Άτομα με αλλεργία στα τοπικά αναισθητικά.

Σε όσους τέτοια αλλεργία είναι υπαρκτή, τότε η εφαρμογή της γενικής αναισθησίας είναι η μόνη λύση.

4. Άτομα με ανατομικές παραλλαγές.

Πρόκειται για όσους έχουν τέτοιες ανατομικές παραλλαγές που η εφαρμογή τοπικής αναισθησίας να καθίσταται αδύνατη.

Γ) Ασθενείς με επείγον οδοντιατρικό πρόβλημα.

Σε αυτή την κατηγορία μπορεί να ανήκουν τόσο υγιείς όσο και άτομα με επιβάρυνση της υγείας τους που προσέρχονται με επείγουσα κατάσταση η οποία χρήζει άμεσης αντιμετώπισης αλλά για διάφορους λόγους η εφαρμογή τοπικής αναισθησίας δεν είναι δυνατή ή δεν ενδείκνυται, όπως σε ορισμένες περιπτώσεις σοβαρής φλεγμονής ή βαρέος γναθοπροσωπικού τραύματος.

Η επιλογή των οδοντιατρικών ασθενών στους οποίους ενδείκνυται η παροχή οδοντιατρικής περίθαλψης υπό γενική αναισθησία καθώς και η αρχική αξιολόγηση της γενικής τους κατάστασης γίνεται από τον οδοντίατρο. Η συνολική εκτίμηση της γενικής τους κατάστασης, του ιστορικού, του εργαστηριακού ελέγχου και τυχόν συνηθειών που επηρεάζουν την αντίδραση κατά την χορήγηση γενικής αναισθησίας (όπως το κάπνισμα) γίνεται από αναισθησιολόγο.

Η εισαγωγή για γενική αναισθησία

Ο ασθενής εισάγεται συνήθως **την προηγούμενη ημέρα της επέμβασης.**

Ο προεγχειρητικός έλεγχος για τα προγραμματισμένα περιστατικά καλό είναι να έχει προηγηθεί σε προγενέστερο διάστημα για να υπάρχει χρόνος για εξετάσεις επιπλέον των βασικών εάν απαιτούνται, για τυχόν απαιτούμενες τροποποιήσεις σε πιθανή φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνει κ.λ.π.

Για κάθε ασθενή που εισάγεται ο οδοντίατρος έχει ετοιμάσει τον φάκελό του με όλα τα απαραίτητα στοιχεία (ιστορικό, αποτελέσματα του εργαστηριακού ελέγχου, εισιτήριο, συγκατάθεση του ασθενούς για την επέμβαση, εντολές προς το νοσηλευτικό προσωπικό όπως π.χ. για τα χορηγούμενα φάρμακα, το σχήμα της χημειοπροφύλαξης εάν αυτή απαιτείται τους ορούς, την καταγραφή ζωτικών σημείων, την δίαιτα και την δραστηριότητα του ασθενούς).

Κατά την ημέρα της εισαγωγής γίνεται προαναισθητική επίσκεψη από τον αναισθησιολόγο, η οποία έχει ως σκοπό την τελική κλινική του εξέταση και την εκτίμηση της σωματικής και νοητικής του κατάστασης, τον τελικό έλεγχο των εργαστηριακών εξετάσεων, την κατάταξη της επικινδυνότητας, την επιλογή της φαρμακευτικής προαναισθητικής αγωγής, την επιλογή της φαρμακευτικής προαναισθητικής αγωγής, την πληροφόρησή του και την μείωση των φόβων του.

Επίσης γίνεται προεγχειρητική επίσκεψη και από τον οδοντίατρο για τον τελικό έλεγχο της συνολικής προεγχειρητικής διαχείρισης. Συγκεκριμένα με την επίσκεψη αυτή ο οδοντίατρος:

- ενημερώνεται για το αποτέλεσμα της προαναισθησιολογικής εκτίμησης
- ελέγχει εάν εκτελούνται σωστά από το νοσηλευτικό προσωπικό οι οδηγίες νοσηλείας που έχουν δοθεί κατά την εισαγωγή του ασθενούς
- προβαίνει στον τελικό έλεγχο του περιεχομένου του φακέλου του ασθενούς (ο φάκελος συνοδεύει τον ασθενή στο χειρουργείο και πρέπει να είναι πλήρης προκειμένου να χορηγηθεί αναισθησία)
- επικοινωνεί με τον ασθενή και τους οικείους του, αξιολογεί τις ψυχολογικές του ανάγκες, δίδει οδηγίες για την δίαιτα (ελαφρύ δείπνο και αποφυγή λήψης στερεών ή υγρών τις τελευταίες 6 ώρες πριν την επέμβαση) και για τον τρόπο λήψης της φαρμακευτικής αγωγής που λαμβάνει για τυχόν συστηματικά νοσήματα
- επιλύει οποιοδήποτε ιατρικό και νοσηλευτικό πρόβλημα έχει προκύψει
- ενημερώνει το νοσηλευτικό προσωπικό για πιθανές τροποποιήσεις και εκκρεμότητες.

Η ημέρα της επέμβασης υπό γενική αναισθησία

Αυτή κατά σειρά περιλαμβάνει **το τέλος της προεγχειρητικής περιόδου, την αναισθησία, την οδοντιατρική επέμβαση, την ανάνηψη και την αρχή της μετεγχειρητικής περιόδου**. Η συνολική διαχείριση γίνεται με απόλυτο σεβασμό στο πρωτόκολλο του χειρουργείου.

Ο ασθενής αρχικά μεταφέρεται κατάλληλα προετοιμασμένος **από τον θάλαμο νοσηλείας στον χώρο του χειρουργείου** κατόπιν εντολής του οδοντιάτρου, ο οποίος είναι και ο συνολικά υπεύθυνος για τον ασθενή που πρόκειται να χειρουργήσει.

Ο οδοντίατρος υποδέχεται τον ασθενή στον χώρο του χειρουργείου και τον συνοδεύει στην χειρουργική αίθουσα, στην οποία εισέρχεται κατάλληλα ενδεδυμένος από τα αποδυτήρια του χειρουργείου με την πράσινη στολή του χειρουργείου, παπούτσια, σκούφο και μάσκα.

Εντός της χειρουργικής αίθουσας ο οδοντίατρος κάνει χειρουργική απολύμανση των χεριών του, ενδύεται με αποστειρωμένη μπλουζα χειρουργείου, φορά αποστειρωμένα γάντια, καλό δε είναι να χρησιμοποιεί και γυαλιά προστασίας.

Μόλις εισέλθει ο ασθενής στην χειρουργική αίθουσα τοποθετείται στο χειρουργικό τραπέζι και αφού ο οδοντίατρος ενημερώσει τον αναισθησιολόγο για τυχόν αλλαγές στην διαχείρισή του, προετοιμάζεται και του χορηγείται γενική αναισθησία.

Αντιβιοτική προφύλαξη, πλέον των περιπτώσεων που απαιτείται χημειοπροφύλαξη, ενδείκνυται να χορηγείται όταν η επέμβαση είναι μεγάλης διάρκειας ή/και διενεργείται σε μολυσμένη περιοχή.

Η οδοντιατρική επέμβαση αρχίζει αφού έχει χορηγηθεί γενική αναισθησία και αφού έχει πωματισθεί με γάζα ο στοματοφάρυγγας του ασθενούς. Προ της οδοντιατρικής επέμβασης το χειρουργικό πεδίο (στοματική κοιλότητα και δέρμα της περιστοματικής περιοχής) καθαρίζονται καλά με αντισηπτικά διαλύματα και ο ασθενής καλύπτεται με αποστειρωμένα οθόνια.

Κατά την διαδικασία της οδοντιατρικής επέμβασης ο οδοντίατρος φροντίζει να προστατεύει τους ιστούς του στόματος από τραυματισμούς, επίσης δε προσέχει τον ενδοτραχειακό σωλήνα, ο οποίος πρέπει να διατηρείται στην θέση του.

Η σειρά με την οποία εκτελούνται οι οδοντιατρικές πράξεις έχει ως ακολούθως:

1. Συντηρητική θεραπεία του περιοδοντίου (αποτρύγωση, θεραπεία χρόνιας ουλίτιδας).
2. Επανορθωτικές θεραπείες (εμφράξεις, ενδοδοντικές θεραπείες, μεταλλικές ανοξειδωτες στεφάνες).
3. Επεμβάσεις χειρουργικής (εξαγωγές, χειρουργική του περιοδοντίου, χειρουργική ενδοδοντία, αντιμετώπιση τραυμάτων).
4. Φθορίωση.

Σημειωτέον ότι προηγούνται οι επεμβάσεις στην κάτω γνάθο και έπονται αυτές στην άνω, όπως επίσης προηγούνται οι επεμβάσεις στην οπίσθια και έπονται αυτές στην πρόσθια περιοχή του στόματος.

Πριν το πέρας της επέμβασης (περίπου 20'-30') ο οδοντίατρος ενημερώνει τον αναισθησιολόγο για τον χρόνο που υπολογίζει ότι θα χρειασθεί ακόμη. Τελειώνοντας, ελέγχει κατά περίπτωση την σύγκλιση των δοντιών, την θέση των ραμμάτων και την αιμορραγία. Στην συνέχεια καθαρίζει το στόμα και το πρόσωπο του ασθενούς, αφαιρεί τον πωματισμό από τον στοματοφάρυγγα και ενημερώνει τον αναισθησιολόγο, ο οποίος επιλαμβάνεται πλέον του ασθενούς.

Μετά την αποσωλήνωση ο ασθενής τοποθετείται σε φορείο, και μεταφέρεται **στην αίθουσα της ανάνηψης** με την συνοδεία του οδοντιάτρου και του αναισθησιολόγου, οι οποίοι ενημερώνουν το νοσηλευτικό προσωπικό της ανάνηψης για την συγκεκριμένη περίπτωση (π.χ. για τα χορηγηθέντα φάρμακα, για το είδος της επέμβασης, για το βαθμό συνεργασίας του ασθενούς κ.λ.π.).

Εκεί ο ασθενής παρακολουθείται και αντιμετωπίζονται τυχόν επιπλοκές που μπορεί να παρουσιάσει κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο. Πιθανές επιπλοκές είναι:

- αναπνευστικές (υποξαιμία, κυψελιδικός υποαερισμός, απόφραξη του αεραγωγού, πνευμονικό οίδημα)
- κυκλοφορικές (διαταραχή της αρτηριακής πίεσης, αρρυθμία)
- διέγερση
- πόνος που δεν αντιμετωπίζεται με τα συνήθη παυσίπονα
- διαταραχές της θερμοκρασίας του σώματος

Από την αίθουσα ανάνηψης ο ασθενής μεταφέρεται στον θάλαμο της Κλινικής ή σε θάλαμο μονάδας ημερήσιας νοσηλείας όταν δεν έχει εμφανίσει καθόλου επιπλοκές ή όταν αυτές έχουν αντιμετωπισθεί, όταν έχει σταθερά ζωτικά σημεία, ελεύθερο αεραγωγό και καλό επίπεδο συνείδησης. Την μεταφορά του εγκρίνει ο υπεύθυνος για την ανάνηψη αναισθησιολόγος.

Στον θάλαμο, όπου μεταφέρεται, τον επισκέπτεται ο οδοντίατρος. Ο σκοπός της πρώτης αυτής επίσκεψης είναι η εκτίμηση της κατάστασής του, η ενημέρωση των οικείων του για την επέμβαση και για τα συμπτώματα της άμεσης μετεγχειρητικής περιόδου (υπνηλία, ζάλη, πονοκέφαλος, ναυτία, έμετος), καθώς και η ενημέρωση και οι οδηγίες προς το νοσηλευτικό προσωπικό (για την φαρμακευτική αγωγή, τον έλεγχο της αιμορραγίας κ.λ.π.). Επίσης ο οδοντίατρος δίδει οδηγίες για την διατροφή του ασθενούς, ο οποίος μπορεί τρεις περίπου ώρες μετά το πέρας της αναισθησίας να αρχίσει να λαμβάνει μικρές ποσότητες υγρών λίγο-λίγο και στην συνέχεια ελαφρά υδαρή τροφή επί απουσίας εμέτων.

Το απόγευμα, ο οδοντίατρος επισκέπτεται και πάλι τον ασθενή, εκτιμά την μετεγχειρητική του κατάσταση, ελέγχει εάν έχουν τηρηθεί σωστά οι εντολές του προς το νοσηλευτικό προσωπικό, δίδει νέες εάν χρειάζεται και γενικά επιλύει κάθε σχετικό ιατρικό και νοσηλευτικό πρόβλημα.

Σημειωτέον ότι ο οδοντίατρος έχει την απόλυτη ευθύνη του ασθενούς αφ' ότου αυτός εισήλθε και μέχρις ότου εξέλθει από το Νοσοκομείο. Στα πλαίσια αυτά, επαναλαμβάνει τις επισκέψεις του στον ασθενή πρωί και απόγευμα μέχρι την έξοδό του από το Νοσοκομείο για να ελέγχει την μετεγχειρητική του πορεία.

Η συνολική εκτίμηση της πορείας του ασθενούς με βάση την λογική S.O.A.P. = Subjective, Objective, Assessment, Plan: ο οδοντίατρος αξιολογεί την αντικειμενική κατάσταση (Subjective) και τα υποκειμενικά ενοχλήματα (Objective), εκτιμά την πορεία (Assessment) και διαμορφώνει το σχέδιο (Plan) της παρέμβασής του.

Η επόμενη ημέρα

Προκειμένου να δοθεί εξιτήριο στον ασθενή, αυτός θα πρέπει να έχει:

- σταθερά ζωτικά σημεία
- πλήρη συνείδηση
- απουσία επιπλοκών, ναυτίας, εμέτων, αιμορραγίας
- απουσία αναπνευστικής δυσχέρειας και βράγχους φωνής
- ικανότητα χωροχρονικού προσανατολισμού και βάδισης χωρίς αίσθημα ζάλης
- ικανότητα λήψης από το στόμα τουλάχιστον υγρών
- ικανότητα ούρησης
- πόνο που να ελέγχεται με τα συνήθη παυσίπονα.

Σε άτομα με νοητική υστέρηση ή φυσική αναπηρία δεν απαιτείται η εκπλήρωση του κριτηρίου της ικανότητας του χωροχρονικού προσανατολισμού ή της βάδισης αλλά αξιολογείται εάν ο ασθενής έχει επανέλθει στην συνήθη προεγχειρητική του κατάσταση.

Επί ομαλής μετεγχειρητικής πορείας το εξιτήριο συνήθως δίδεται το πρωί της επόμενης ημέρας του χειρουργείου.

Στην περίπτωση που ο ασθενής πρέπει να εξέλθει του νοσοκομείου την ίδια ημέρα της επέμβασης για διάφορους λόγους (π.χ. μη συνεργασία σε άτομα με νοητική υστέρηση), αυτό σε καμία περίπτωση δεν θα γίνει πριν το απόγευμα και πρέπει να υπάρχει η σύμφωνη γνώμη του αναισθησιολόγου. Ο ασθενής για ένα 24ωρο θα πρέπει να παραμείνει σε μικρή απόσταση από το νοσοκομείο, έτσι ώστε σε περίπτωση εμφάνισης επιπλοκών να είναι δυνατή η άμεση πρόσβαση.

Πάντως, για να εξέλθει από το Νοσοκομείο ο ασθενής την ίδια ημέρα της επέμβασης πρέπει να πληρούνται τα ακόλουθα κριτήρια:

- να ικανοποιούνται τα γενικά κριτήρια εξόδου που περιγράφονται ανωτέρω
- ο ασθενής να είναι ASA I ή ASA II
- να μη παρουσιάσθηκαν επιπλοκές κατά την αναισθησία, το δε είδος των φαρμάκων που χορηγήθηκαν για την αναισθησία να το επιτρέπει
- η επέμβαση να μην είχε διάρκεια μεγαλύτερη των 90'
- να μην παρουσιάσθηκαν ούτε μετεγχειρητικές επιπλοκές
- για ένα 24ωρο ο ασθενής να διαμείνει σε μικρή απόσταση από το Νοσοκομείο και υπό την επίβλεψη οικείου του.

Κατά την έξοδο του ασθενούς από το Νοσοκομείο του δίδονται προφορικά μετεγχειρητικές οδηγίες. Αυτές είναι καλό να του δίδονται και γραπτά. Αφορούν στις πιθανές επιπλοκές, στην δίαιτα, στην στοματική υγιεινή, στην απαιτούμενη φαρμακευτική αγωγή, στον χρόνο της επανεξέτασης και στην επικοινωνία του σε περίπτωση σοβαρού προβλήματος. Επίσης του δίδεται και ενημερωτικό σημείωμα-σύνοψη για το είδος και την πορεία της επέμβασης, τις οδηγίες κ.ά.

Επανεξέταση

Επί ομαλής μετεγχειρητικής πορείας ο ασθενής πρέπει να προσέλθει για επανεξέταση μετά από περίπου μία εβδομάδα.

Κατά την επανεξέταση ελέγχεται η πορεία της επούλωσης, αφαιρούνται τα ράμματα, δίδονται νέες οδηγίες για την δίαιτα και την στοματική υγιεινή, τονίζεται η σημασία της καλής υγιεινής του στόματος και καθορίζεται ο χρόνος των επανεξετάσεων για προληπτικούς λόγους.

B. Οδοντιατρική επέμβαση με τοπική αναισθησία

B1. Οδοντιατρική επέμβαση με τοπική αναισθησία και καταστολή

Στο χειρουργείο ο ασθενής μπορεί να λάβει οδοντιατρική περίθαλψη όχι μόνο υπό γενική αναισθησία αλλά και υπό τοπική/περιοχική μόνη ή σε συνδυασμό με φάρμακα καταστολής, τα οποία κατά περίπτωση προκαλούν ελάχιστη (minimal), μέτρια (moderate) ή βαθιά καταστολή (deep sedation).

Με τον όρο **καταστολή** περιγράφονται οι μεταβολές στο επίπεδο των αισθήσεων, της κίνησης, του άγχους και άλλων ψυχολογικών παραμέτρων οι οποίες προκαλούνται από την χορήγηση ενός φαρμάκου ή περισσότερων σε συνδυασμό.

Η ελάχιστη και μέτρια καταστολή παριστούν το ελάχιστο εκείνο επίπεδο καταστολής που δεν επηρεάζει την ικανότητα της διατήρησης της βατότητας του αεραγωγού και της λογικής απάντησης σε φυσικά ερεθίσματα και σε εντολές και που δεν προκαλεί πλήρη απώλεια της συνείδησης.

Ως βαθιά καταστολή (deep sedation) αναφέρεται το επίπεδο εκείνο καταστολής της συνείδησης που συνοδεύεται από μερική απώλεια των προστατευτικών αντανακλαστικών, συμπεριλαμβανομένων των ικανοτήτων της διαρκούς διατήρησης της βατότητας του αεραγωγού και της λογικής απάντησης σε φυσικά ερεθίσματα και σε εντολές.

Προκειμένου να βαθμολογηθεί το επίπεδο καταστολής μπορούν να χρησιμοποιηθούν διάφορα συστήματα, όπως το ακόλουθο:

0: Καμία καταστολή

1: Ελάχιστη καταστολή: ο ασθενής είναι ήσυχος και συνεργάσιμος

2: Μέτρια καταστολή: ο ασθενής απαντά μόνο σε φωνή ή άγγιγμα

3: Βαθιά καταστολή: ο ασθενής απαντά μόνο σε πόνο

4: Αναισθησία: ασθενής χωρίς συνείδηση – καμία απάντηση

Η επιθυμητή καταστολή κατά τις οδοντιατρικές επεμβάσεις είναι η ενσυνείδητη, ελάχιστη και η μέτρια.

Τα **πλεονεκτήματα** της ελάχιστης και της μέτριας καταστολής είναι πολλά:

- διατήρηση της συνείδησης και της επικοινωνίας
- διατήρηση των προστατευτικών αντανακλαστικών της κατάποσης και του βήχα
- ύπαρξη αιμοδυναμικής σταθερότητας και μη επιβάρυνση του αναπνευστικού
- δυνατότητα χορήγησης ελαττωμένων δόσεων κατασταλτικών φαρμάκων που επιτρέπει την σύντομη έξοδο από το νοσοκομείο
- μείωση της νοσηρότητας των ασθενών εξαιτίας της ελάττωσης του φόβου και του ελέγχου του πόνου
- πολύ μικρή συχνότητα εμφάνισης επιπλοκών

Από την περιγραφή των πλεονεκτημάτων γίνεται εμφανές ότι αυτές οι τεχνικές της καταστολής σαφώς υπερέρχουν σε σχέση με την μέθοδο της γενικής αναισθησίας.

Όμως, ούτε η χρήση των διαφόρων φαρμάκων καταστολής είναι τελείως απαλλαγμένη επιπλοκών. **Οι σημαντικότερες** από τις ενδεχόμενες **επιπλοκές** είναι οι ακόλουθες:

- λαρυγγόσπασμος, βρογχόσπασμος, καταστολή των αντανακλαστικών των αεραγωγών, απόφραξη των αεροφόρων οδών, καταστολή του αναπνευστικού κέντρου
- εισρόφηση γαστρικού περιεχομένου
- καρδιαγγειακή αποσταθεροποίηση (π.χ. υπόταση, βραδυκαρδία, αρρυθμίες, ανακοπή)
- πιθανές αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα
- αλλεργικές αντιδράσεις
- αντιδράσεις δυσαναστολής (π.χ. διέγερση, σύγχυση, επιθετικότητα, διαταραχές του ύπνου)
- παράταση του χρόνου ανάνηψης

Προκειμένου, επομένως, η εφαρμογή καταστολής να είναι ασφαλής πρέπει το προσωπικό να είναι επαρκές σε αριθμό και εκπαίδευση και να υπάρχει ο απαραίτητος εξοπλισμός. Οι προϋποθέσεις αυτές συντρέχουν στην περίπτωση που η καταστολή εφαρμόζεται στο χειρουργείο.

Για τους κινδύνους από την καταστολή ενημερώνεται ο ασθενής (ή ο συνοδός του εάν αυτός πάσχει από νοητική υστέρηση) και όπως και στην περίπτωση της χορήγησης γενικής αναισθησίας λαμβάνεται έγγραφη συναίνεση.

Ενδείξεις για οδοντιατρική αντιμετώπιση υπό τοπική αναισθησία και φαρμακευτική καταστολή

Οι προαναφερθείσες τεχνικές καταστολής εφαρμόζονται σε ασθενείς φυσικής κατάστασης ASA I έως ASA IV ως ακολούθως:

- Ασθενείς ASA I ή II (π.χ. παιδιά μικρής ηλικίας, αγχώδη άτομα, άτομα με ελαφρά νοητική υστέρηση, ασθενείς με ήπια συστηματική νόσο).

- Ασθενείς ASA III (π.χ. με σταθερή στηθάγχη, υπέρταση, έμφραγμα ή αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο παλαιότερο των 6 προηγούμενων μηνών κ.ά.).
- Ασθενείς ASA IV (π.χ. με ασταθή στηθάγχη, έμφραγμα ή αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο κατά τους 6 προηγούμενους μήνες, σακχαρώδης διαβήτης μη ρυθμιζόμενος και με επιπλοκές κ.ά.) για την αντιμετώπιση μόνο του επείγοντος.

Διαδικασία στο χειρουργείο

Η διαδικασία που ακολουθείται στο χειρουργείο για να χορηγηθεί η καταστολή (ελάχιστη ή μέτρια) και να πραγματοποιηθεί η οδοντιατρική επέμβαση περιλαμβάνει:

α) Τη σύνδεση του ασθενούς υποχρεωτικά με το monitor και τη συνεχή παρακολούθηση των ζωτικών λειτουργιών του (monitoring) και συγκεκριμένα της καρδιακής λειτουργίας (Η.Κ.Γ. και καρδιακή συχνότητα), της αρτηριακής πίεσης και του κορεσμού του αίματος σε οξυγόνο, σε όλη τη διάρκεια της επέμβασης αλλά και στην φάση της ανάνηψης.

Παράλληλα με την παρακολούθηση του monitor, ο ιατρός παρακολουθεί και κλινικά τον ασθενή και εκτιμά την συχνότητα και το βάθος των αναπνευστικών κινήσεων, το χρώμα του δέρματος, των νυχιών και των βλεννογόνων, τη διατήρηση της βατότητας της αεροφόρου οδού και των αντανεκαστικών και αξιολογεί σε συχνά χρονικά διαστήματα τον βαθμό καταστολής.

Η αξιολόγηση του βαθμού καταστολής βασίζεται σε κλινικά κριτήρια, όπως το επίπεδο συνείδησης, ο προσανατολισμός, η λεκτική επικοινωνία και ο τρόπος αντίδρασης σε εξωτερικά ερεθίσματα.

Με την διαρκή αυτή παρακολούθηση εκτιμάται ο βαθμός επίδρασης των φαρμάκων της καταστολής στις φυσιολογικές λειτουργίες και αναγνωρίζονται άμεσα πιθανές επιπλοκές ώστε να γίνουν διορθωτικές παρεμβάσεις, οι οποίες με την σειρά τους και αυτές αξιολογούνται με την παρακολούθηση.

β) Την χορήγηση των φαρμάκων καταστολής. Αυτά μπορεί να χορηγηθούν:

- από το στόμα (αγχολυτικά ή ελάσσονα ηρεμιστικά – βενζοδιαζεπίνες και δη διαζεπάμη ή λοραζεπάμη),
- από τη μύτη (εισπνεόμενα αέρια π.χ. μίγμα πρωτοξειδίου του αζώτου και οξυγόνου),
- ενδοφλέβια (βενζοδιαζεπίνες και δη μιδαζολάμη ή διαζεπάμη και αναισθητικοί παράγοντες, όπως προποφόλη)
- από συνδυασμό διαφόρων οδών.

γ) Την χορήγηση των τοπικών αναισθητικών και την οδοντιατρική επέμβαση.

δ) Την ανάνηψη του ασθενούς σε αίθουσα ανάνηψης.

Η έξοδος του ασθενούς

Η έξοδος του ασθενούς από το νοσοκομείο συνήθως γίνεται το απόγευμα της ημέρας του χειρουργείου εκτός εάν υπάρχουν επιπλοκές.

Ο ασθενής προκειμένου να εξέλθει του νοσοκομείου πρέπει να είναι σε πλήρη εγρήγορση, αιμοδυναμικά σταθερός, χωρίς ναυτία ή εμέτους και με ικανότητα βάδισης. Για ένα εικοσιτετράωρο πρέπει να διαμένει μαζί του υπεύθυνος ενήλικας που να μπορεί να του προσφέρει βοήθεια εάν χρειασθεί.

B2. Οδοντιατρική επέμβαση με τοπική αναισθησία χωρίς καταστολή

Στο χειρουργείο μπορεί να γίνουν οδοντιατρικές επεμβάσεις με τοπική αναισθησία χωρίς, όμως, καταστολή.

Αυτό εφαρμόζεται σε ασθενείς στους οποίους λόγω ιδιαίτερων προβλημάτων υγείας (π.χ. καρδιαγγειακά προβλήματα) κρίνεται απαραίτητη η σύνδεση τους με το monitor και η διεγχειρητική παρακολούθηση των ζωτικών λειτουργιών τους (monitoring), όπως περιγράφηκε ανωτέρω.

Συμπεράσματα

Ο νοσοκομειακός οδοντίατρος με την αξιοποίηση του προσωπικού και της υλικοτεχνικής υποδομής του χειρουργείου μπορεί να παρέχει με ασφάλεια στο χειρουργείο οδοντιατρική περίθαλψη όχι μόνο σε υγιή άτομα αλλά και σε ειδικούς ασθενείς και να αντιμετωπίζει εκτεταμένα οδοντιατρικά προβλήματα σε μια συνεδρία.

Απαραίτητη προϋπόθεση είναι η επιλογή των ασθενών να γίνεται με συγκεκριμένα κριτήρια και στην συνολική διαχείριση να ακολουθούνται οι ενδεδειγμένοι κανόνες.

5. Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΣΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

*Δρ Φλώρα Ζερβού-Βάλβη
Διευθύντρια του Οδοντιατρικού Τμήματος
του Γενικού Νοσοκομείου Βούλας «Ασκληπιείον»*

Στο ιατρείο επειγόντων περιστατικών οι ασθενείς που αντιμετωπίζονται είναι στην συντριπτική τους πλειονότητα εξωτερικοί, οι οποίοι προσέρχονται για μία ποικιλία λόγων. Σε ένα μικρό ποσοστό αυτοί είναι εσωτερικοί, νοσηλεύόμενοι δηλ. σε κάποιο τμήμα του νοσοκομείου.

Η έκτακτη προσέλευση δεν ταυτίζεται απαραίτητα με την επείγουσα φύση του περιστατικού. Τα περισσότερα περιστατικά τα οποία αντιμετωπίζονται από τα εφημερεύοντα οδοντιατρεία των νοσοκομείων δεν αποτελούν κίνδυνο για την ζωή του ασθενούς ούτε παραπέμπονται από τους οδοντιάτρους της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Συνήθως μάλιστα ο ίδιος ο ασθενής κρίνει για το επείγον της κατάστασης και το αναγκαίο της έκτακτης προσέλευσης. Έτσι, αυτή η σε σημαντικό ποσοστό αναίτια αναζήτηση έκτακτης δευτεροβάθμιας περίθαλψης δυσχεραίνει την εξυπηρέτηση όσων πραγματικά την χρειάζονται.

Πραγματικά επείγοντα περιστατικά αποτελούν η αιμορραγία, η οδοντοφατνιακή λοίμωξη, ορισμένες νόσοι του στόματος και οι τραυματικές κακώσεις.

Γενικά, στο σύνολο των έκτακτα προσερχομένων, οι συνηθέστερες αιτίες προσέλευσης αφορούν σε νόσους του πολφού και των περιακρορριζικών ιστών. Συγκεκριμένα, περίπου 2 στους 3 έκτακτα προσερχόμενους ασθενείς προσέρχονται για συμπτώματα που προκαλούνται από αυτές. Ακολουθούν με σημαντική διαφορά και κατά φθίνουσα τάξη αυτές που αφορούν σε νόσους του περιοδοντίου, νόσους του στόματος, σε τραύματα και σε μετεξακτικά συμβάματα. Όπως, όμως, προαναφέρθηκε, σημαντικό είναι και το ποσοστό των προσερχομένων για άλλους, κυρίως μη επείγοντες λόγους.

Ειδικά στις ηλικιακές ομάδες των ηλικιωμένων, όμως, οι συχνότερες αιτίες έκτακτης προσέλευσης αφορούν σε προβλήματα από το περιοδόντιο και ακολουθούν με μικρή διαφορά εκείνες που αφορούν σε προβλήματα από τους περιακρορριζικούς ιστούς. Συνολικά, περίπου δύο στους τρεις έκτακτα προσερχόμενους ηλικιωμένους προσέρχονται για συμπτώματα που προκαλούνται από τα «κλασικά» οδοντιατρικά νοσήματα (περιοδοντίου και πολφού και περιακρορριζικών ιστών). Αξιοσημείωτο είναι ότι ιδιαίτερα οι υπερήλικες (άνω των 75 ετών) προσέρχονται πολύ συχνότερα εξαιτίας προβλημάτων από το περιοδόντιο.

Συχνά επίσης τα άτομα 3^{ης} και 4^{ης} ηλικίας προσέρχονται για την αντιμετώπιση νοσημάτων του στόματος, τα οποία αποτελούν τον τρίτο πιο συχνό λόγο έκτακτης προσέλευσης. Μεταξύ αυτών συνήθη είναι τα νοσήματα του στόματος που συνδέονται με την χρήση κινητών προσθετικών εργασιών (έλκη, υπερπλασίες, αντιδραστικοί όγκοι κ.ά).

Πρέπει να τονισθεί, όμως, ότι στους ηλικιωμένους που προσέρχονται εξαιτίας κάποιου "πόνου" στη στοματογναθική περιοχή είναι σημαντικό να διερευνηθούν τα προσωπικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά τους. Τούτο διότι στην ηλικία αυτή συχνές είναι οι διαταραχές της ψυχικής σφαίρας, οι οποίες είναι δυνατό να έχουν εκδηλώσεις από την περιοχή του προσώπου και του στόματος.

Σε κάθε περίπτωση, πάντως, στην διαχείριση των ηλικιωμένων πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπ' όψη ότι οι εφεδρείες τους είναι μειωμένες.

Αξιοσημείωτο είναι ότι το ποσοστό των ηλικιωμένων στο σύνολο των εκτάκτων περιστατικών είναι πολύ μικρότερο του ποσοστού των στον γενικό πληθυσμό. Αυτό μάλλον οφείλεται τόσο στις δυσκολίες μετακίνησης και στις γενικότερες δυσκολίες επαφής των με τις διάφορες υπηρεσίες λόγω και της συνύπαρξης διαφόρων προβλημάτων υγείας όσο και στην ύπαρξη λιγότερων δοντιών άρα και μικρότερου αριθμού πηγών οδοντιατρικών προβλημάτων.

Οι βασικοί στόχοι της διαχείρισης των επειγόντων περιστατικών είναι η αντιμετώπιση οποιασδήποτε αιτίας της περιοχής ευθύνης του οδοντιάτρου που μπορεί να εξελιχθεί σε απειλή για την γενική υγεία και η απαλλαγή από το άλγος με τέτοια, όμως, μέριμνα ώστε να διασφαλίζεται η μη μετατροπή του οδοντιατρικού επειγόντος σε ιατρικό επείγον. Έτσι και στους ασθενείς που προσέρχονται εκτάκτως λαμβάνεται σοβαρά υπ' όψη το ιατρικό ιστορικό και η φυσική κατάσταση.

Στην συνέχεια θα ασχοληθούμε με την αντιμετώπιση των ασθενών με οδοντοφατνιακές λοιμώξεις δεδομένου ότι αυτές συνιστούν την κυριότερη αιτία έκτακτης προσέλευσης ασθενών τόσο στα οδοντιατρεία όσο και στα Οδοντιατρικά Τμήματα των Νοσοκομείων.

Αντιμετώπιση των οδοντοφατνιακών λοιμώξεων

Οι οδοντοφατνιακές λοιμώξεις αποτελούν τις συχνότερες λοιμώξεις του ανθρώπινου οργανισμού.

Προκαλούνται από ποικιλία αερόβιων και αναερόβιων μικροοργανισμών που προέρχονται σχεδόν αποκλειστικά από την χλωρίδα του στόματος, του στοματοφάρυγγα και των παραρρινίων κόλπων, είναι δε συνήθως μικτές, αερόβιες και αναερόβιες.

Συχνότερες είναι οι περιακρορριζικές λοιμώξεις, στις οποίες η επέκταση των μικροβίων στους περιακρορριζικούς ιστούς γίνεται μέσω του ακρορριζίου μετά από νέκρωση του πολφού. Κύριος εκπρόσωπος των περιακρορριζικών λοιμώξεων είναι το οξύ οδοντοφατνιακό απόστημα.

Σαφώς σπανιότερες είναι οι περιοδοντικές λοιμώξεις, στις οποίες η επέκταση των μικροβίων στους παρακείμενους ιστούς γίνεται μέσω περιοδοντικών θυλάκων. Τέτοια επέκταση μπορεί επίσης να γίνει από ημιέγκλειστο τρίτο γομφίο ή να συμβεί μετεξακτικά ή να είναι απότοκος τραυματισμού.

Οι οδοντοφατνιακές λοιμώξεις είναι δυνατό να επεκταθούν όχι μόνο σε περιγναθικούς χώρους αλλά και σε αρκετά απομακρυσμένες θέσεις κατά συνέχεια συνήθως ιστών. Έτσι, μπορεί να προκαλέσουν δραματικές επιπλοκές όπως θρόμβωση του σηραγγώδους κόλπου, νέκρωση των περιτονιών της περιοχής, απόφραξη της ανώτερης αναπνευστικής οδού, μεσοθωρακίτιδα κ.ά., απειλώντας ακόμα και την ζωή.

Τα στάδια της αντιμετώπισης οδοντοφατνιακής λοίμωξης είναι:

- Καθορισμός της βαρύτητας της φλεγμονής (στάδιο εξέλιξης-μορφή, εντόπιση, επέκταση)
- Εκτίμηση της γενικής κατάστασης του ασθενούς (όπως πυρετός, ρίγη, καταβολή, αφυδάτωση)
- Εκτίμηση της αναπνευστικής οδού
- Εκτίμηση του ιατρικού ιστορικού

Με βάση τα ανωτέρω εκτιμάται η ανάγκη για νοσηλεία.

Η περαιτέρω αντιμετώπιση του ασθενούς περιλαμβάνει:

- Άρση του αιτίου (ενδοδοντική διάνοιξη, σχάση και παροχέτευση του αποστήματος, εξαγωγή του υπεύθυνου δοντιού)
- Επιλογή του κατάλληλου αντιβιοτικού και επαρκή χορήγησή του
- Συστηματική υποστήριξη του ασθενούς
- Παρακολούθηση μέχρι την πλήρη ίαση.

Κριτήρια παραπομπής για νοσοκομειακή αντιμετώπιση και νοσηλεία είναι:

- Μεγάλη βαρύτητα της φλεγμονής (μορφή της λοίμωξης: φλέγμονας, έκταση: μεγάλη με εμπλοκή πολλών ανατομικών χώρων, με πιο επικίνδυνη την υπογνάθια εντόπιση, ανάπτυξη: ταχεία)
- Κίνδυνος απόφραξης αεροφόρου οδού (δυσκαταποσία, έντονος τρισματός με διάνοιξη στόματος μικρότερη του ενός εκατοστού, βράγχος φωνής, συριγμός, οίδημα του φαρυγγικού τοιχώματος, παρεκτόπιση της σταφυλής, ανύψωση του εδάφους του στόματος, ελάττωση της κινητικότητας της γλώσσας)
- Κακή γενική κατάσταση (υψηλός πυρετός, καταβολή, ρίγη, ταχυκαρδία)
- Βεβαρημένο ιατρικό ιστορικό (ύπαρξη σοβαρών γενικών νόσων όπως καρδιολογικών, νεφρολογικών, σακχαρώδους διαβήτη, ανοσοκαταστολής)
- Εργαστηριακές εξετάσεις (γενική αίματος, βιοχημικές, απεικονιστικές): εμφανώς επηρεασμένες.

Τα πλεονεκτήματα της νοσοκομειακής νοσηλείας για την αντιμετώπιση οδοντοφατνιακής λοίμωξης είναι:

- η ενδοφλέβια χορήγηση αντιμικροβιακών
- η δυνατότητα διασωλήνωσης ή τραχειοστομίας
- η δυνατότητα χειρουργικής παρέμβασης με γενική αναισθησία
- η δυνατότητα άμεσης εκτέλεσης εργαστηριακών εξετάσεων
- η ενυδάτωση του ασθενούς
- η συστηματική υποστήριξη του ασθενούς με την συνεργασία των ιατρών διαφόρων ειδικοτήτων
- η συνεχής παρακολούθησή του.

Συνήθη αντιβιοτικά σχήματα που χορηγούνται επί οδοντοφατνιακών λοιμώξεων είναι τα ακόλουθα:

Σε λοιμώξεις **ήπιας** βαρύτητας χορηγούνται από του στόματος

- Αμοξυκιλλίνη +/- κλαβουλανικό οξύ
- Μακρολίδες σε περίπτωση αλλεργίας στην πενικιλίνη

Σε λοιμώξεις **μέτριας** βαρύτητας χορηγούνται από του στόματος

- Αμοξυκιλλίνη + μετρονιδαζόλη
- Κλινδαμυκίνη

Σε **σοβαρές** λοιμώξεις, όπου ο ασθενής είναι σε νοσηλεία, χορηγούνται ενδοφλέβια

- Κλινδαμυκίνη +/- αμινογλυκοσίδη
- Κλοξακυλλίνη ή δικλοξακυλλίνη + μετρονιδαζόλη
- Κεφαλοσπορίνες β' γενεάς + μετρονιδαζόλη
- Αμπικιλίνη + σουλμπακτάμη
- Πενικιλίνη + μετρονιδαζόλη + αμινογλυκοσίδη

Τα αντιβιοτικά χορηγούνται στις ενδεδειγμένες δοσολογίες και για διάστημα από την ημέρα έναρξης της θεραπείας έως δύο-τρεις ημέρες μετά την αποδρομή της φλεγμονής.

Η λήψη απόφασης για νοσηλεία μέσα από παραδείγματα

Τα ακόλουθα παραδείγματα βοηθούν στην επίλυση προβλημάτων που αναφέρονται κατά την καθ' ημέρα πράξη σχετικά με την αναγκαιότητα νοσηλείας ασθενών με οδοντοφατνιακή λοίμωξη.

Περίπτωση 1^η

Ασθενής, 70 ετών, με σακχαρώδη διαβήτη και στεφανιαία νόσο, προσέρχεται στο οδοντιατρείο με φλέγμονα οδοντογενούς αιτιολογίας. Το οίδημα καταλαμβάνει ολόκληρη την δεξιά παρειά και επεκτείνεται μέχρι τον σύστοιχο οφθαλμό. Ο ασθενής πυρέσσει (39° C), αναφέρει δε ότι έχει αρχίσει από τριήμερου να λαμβάνει αμοξυκιλλίνη 500 mgr 1X3 αλλά η κατάστασή του επιδεινώνεται.

Ο οδοντίατρος προβαίνει σε ενδοδοντική διάνοιξη, η οποία, όμως, δεν αποδίδει πύον. Παράλληλα, δεν εντοπίζει κανένα σημείο στον βλεννογόνο που να κλυδάζει, ώστε να προβεί σε σχάση.

Στην λήψη θετικής απόφασης για παραπομπή του ασθενούς στο νοσοκομείο για νοσηλεία οδηγείται από την συνύπαρξη των ακόλουθων στοιχείων:

- της μορφής της λοίμωξης (φλέγμονας) σε συνδυασμό με την μεγάλη έκταση,
- της ύπαρξης υψηλού πυρετού,
- του ιστορικού της παρούσας νόσου, δηλ. της αναφερόμενης επιδείνωσης της κατάστασης μετά από τριήμερη λήψη ενός συνήθως χορηγούμενου αντιβιοτικού (υποδήλωση ανάγκης προσθήκης αντιβιοτικού ή αλλαγής του και στενή παρακολούθηση),
- της μεγάλης ηλικίας (άρα των μειωμένων εφεδρειών του ασθενούς),
- του ιατρικού ιστορικού δηλ. της ύπαρξης σοβαρών γενικών νόσων (κίνδυνος απορρύθμισής τους και μετατροπής του οδοντιατρικού επειγόντος και σε ιατρικό επείγον).

Περίπτωση 2^η

Ασθενής, 38 ετών, χωρίς βεβαρημένο ιατρικό ιστορικό προσέρχεται με φλέγμονα οδοντογενούς αιτιολογίας. Πυρέσσει (38,5° C), εμφανίζει τρισμό, δυσκαταποσία και βράγχος φωνής, το δε οίδημα εντοπίζεται υπογνάθια και υπογενειδεια. Δεν έχει αρχίσει την λήψη αντιβίωσης.

Το κύριο στοιχείο το οποίο οδηγεί τον οδοντίατρο στη λήψη θετικής απόφασης για παραπομπή στο νοσοκομείο για νοσηλεία είναι ο τρισμός, η δυσκαταποσία και το βράγχος φωνής που αποτελούν σημεία εγρήγορσης για απόφραξη της αεροφόρου οδού.

Εκτός αυτού του στοιχείου, συνηγορητικά για παραπομπή στην συγκεκριμένη περίπτωση είναι και:

- η μορφή της λοίμωξης (φλέγμονας) σε συνδυασμό με την έκταση και την εντόπισή της (εμπλοκή πλέον του ενός ανατομικών χώρων, υπογνάθια εντόπιση),
- η ύπαρξη σχετικά υψηλού πυρετού.

Στην περίπτωση αυτή, εφόσον διαπιστώνεται αυξημένος κίνδυνος απόφραξης της αεροφόρου οδού, η μη ύπαρξη βεβαρημένου ιατρικού ιστορικού και η μη έναρξη λήψης αντιβίωσης δεν είναι αρκετά για να ληφθεί απόφαση περί χορήγησής της από του στόματος και αναμονής. Σκόπιμο είναι ο ασθενής να παραπεμφθεί για αντιμετώπιση σε νοσοκομειακό περιβάλλον (νοσηλεία).

Περίπτωση 3^η

Ασθενής 28 ετών χωρίς βεβαρημένο ιατρικό ιστορικό προσέρχεται με οίδημα της αριστερής παρειάς οδοντογενούς αιτιολογίας. Εμφανίζει ήπια πυρετική κίνηση (37,5° C) και αναφέρει ότι έχει αρχίσει από τριήμερο αντιβίωση (αμοξυκιλλίνη) χωρίς να εμφανίζει βελτίωση.

Σε αυτή την περίπτωση, όπου:

- η έκταση της λοίμωξης δεν είναι μεγάλη,
- ο πυρετός δεν είναι υψηλός,
- το ιατρικό ιστορικό δεν είναι βεβαρημένο,

ο ασθενής δεν χρειάζεται να παραπεμφθεί στο Νοσοκομείο αλλά παράλληλα με την προσπάθεια για άρση του αιτίου, πρέπει είτε να προστεθεί αντιβιοτικό τέτοιο ώστε να καλύπτεται μεγαλύτερο μικροβιακό φάσμα (π.χ. μετρονιδαζόλη) είτε να γίνει αλλαγή της αντιβίωσης (π.χ. να χορηγηθεί κλινδαμυκίνη) και να παρακολουθείται.

Εν κατακλείδι πρέπει να λεχθεί ότι:

Ο οδοντίατρος κατά την διαχείριση ασθενούς με οδοντοφατνιακή λοίμωξη πρέπει πάντοτε να έχει κατά νουν ότι ποσοστό περίπου 2% των ασθενών αυτών χρήζει νοσηλείας, **η δε απόφαση** για την αντιμετώπιση των **σοβαρών** περιπτώσεων **σε Νοσοκομείο μπορεί να είναι καθοριστική για την ζωή.**

Η επιτυχής έκβαση μιας οδοντοφατνιακής λοίμωξης **εξαρτάται** σημαντικά **από την ορθή εκτίμηση των σημείων, συμπτωμάτων και του ιστορικού** του ασθενούς. Αυτά, **συναξιολογούμενα**, θα οδηγήσουν στην λήψη της σωστής απόφασης για την ενδεδειγμένη αντιμετώπιση ενδο- ή εξωνοσοκομειακά.

6. ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΘΕΣΜΟΙ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ (ΚΑΠΗ)

*Δρ Βασίλειος Τσούνιας
Διευθυντής του Οδοντιατρικού Τμήματος
του Κέντρου Υγείας Αταλάντης*

Οι κοινωνικο-οικονομικές και οι βιο-ιατρικές εξελίξεις όπως διαμορφώθηκαν στο δεύτερο μισό του 20ου αιώνα, ανέδειξαν τις ανάγκες των ηλικιωμένων και τις έκαναν επιτακτικότερες.

Η βελτίωση των συνθηκών ζωής και εργασίας, παράλληλα με την αλματώδη εξέλιξη της επιστήμης και της τεχνολογίας οδηγούν σε συνεχή αύξηση του πληθυσμού των ηλικιωμένων, οι οποίοι διατηρούν τις βιολογικές τους δυνάμεις και μετά το 65ο έτος της ηλικίας. Το γεγονός αυτό δημιουργεί αυτόνομα και πολύπλευρα προβλήματα στην ηλικιακή αυτή ομάδα. Παράλληλα βεβαίως αυξάνει και ο αριθμός των καθλωμένων στο κρεβάτι και μη αυτοεξυπηρετούμενων ηλικιωμένων.

Για την σφαιρική αντιμετώπιση των δύο αυτών υποομάδων ηλικιωμένων δημιουργήθηκαν δύο νέοι θεσμοί: τα Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.) και η «Νοσηλεία στο σπίτι».

A. Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.)

Είναι γενικά παραδεκτό σήμερα ότι τα γηρατειά είναι πρωταρχικά κοινωνικό φαινόμενο και μετά βιολογικό, με την έννοια ότι η κοινωνική περιθωριοποίηση και απομόνωση επιδρούν σημαντικά στην επιτάχυνση των βιολογικών φαινομένων του γήρατος. Επίσης στην ομάδα των μη εργαζομένων (κυρίως ανδρών) εισέρχεται και προστίθεται και ο γυναικείος πληθυσμός, ο οποίος πρόσφερε τον δυναμισμό του μέσα στην οικογένεια και σε κάποια φάση, παράλληλη με την συνταξιοδότηση, περνά σε παροπλισμό για διάφορους λόγους, κυρίως λόγω ανεξαρτητοποίησης και απομάκρυνσης των παιδιών.

Τα Κ.Α.Π.Η. προσφέρουν λύσεις σε τρία βασικά προβλήματα των ηλικιωμένων: α) την κοινωνική απομόνωση, β) την ανησυχία για την υγεία και γ) την αδράνεια στην οποία οδηγεί ο απεριόριστος ελεύθερος χρόνος.

Οι σκοποί των Κ.Α.Π.Η. είναι:

A) η πρόληψη κοινωνικών, ψυχολογικών και ιατρικών προβλημάτων των ηλικιωμένων ώστε να παραμείνουν αυτόνομα, ισότιμα και ενεργά μέλη της κοινωνίας

B) η διαφώτιση και συνεργασία με το ευρύτερο κοινό και τους ειδικούς φορείς για τις ανάγκες και τα προβλήματα των ηλικιωμένων και

Γ) η έρευνα πάνω σε θέματα που αφορούν τους ηλικιωμένους.

Οι υπηρεσίες που προσφέρουν τα Κ.Α.Π.Η. είναι:

- A) Οργανωμένη ψυχαγωγία: εκδρομές, γιορτές, κατασκηνώσεις κλπ.
- B) Επιμόρφωση με διαλέξεις, συζητήσεις και ομαδικές εργασίες
- Γ) Προληπτική ιατρική με εμβολιασμούς (αντιγριππικό), εξετάσεις αίματος, καρδιολογικές εξετάσεις, test-παρ κλπ.
- Δ) Συνταγογραφία
- E) Κοινωνική εργασία, όπως κατ'οίκον φροντίδα μελών κ.α.
- Z) Φυσικοθεραπεία
- H) Εντευκτήριο με αναψυκτικά, ροφήματα κλπ.

Τα Κ.Α.Π.Η. λειτουργούν ως αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, με Διοικητικά Συμβούλια, στα οποία προεδρεύει ο Δήμαρχος, ή Αντιδήμαρχος ή κάποιος εντεταλμένος Δημοτικός Σύμβουλος και συμμετέχουν εκπρόσωποι των εγγεγραμμένων μελών του Κ.Α.Π.Η. και εκπρόσωποι άλλων φορέων της τοπικής κοινωνίας. Ως θεσμός τα Κ.Α.Π.Η. ανταποκρίθηκαν σε ένα μεγάλο ποσοστό στις πραγματικές ανάγκες του ηλικιωμένου πληθυσμού και έτυχαν ευρείας αποδοχής, τόσο από τους ηλικιωμένους, όσο και από τους παράγοντες της Τοπικής Αυτοδιοίκησης.

Παρατηρήσεις από την κοινωνιολογική μελέτη των Κ.Α.Π.Η.:

Κοινωνικοί δεσμοί που αναπτύσσονται στα πλαίσια των Κ.Α.Π.Η. είναι ανάλογοι με αυτούς που εμφανίζονται στο επίπεδο της γειτονιάς. Πρόκειται δηλαδή για δεσμούς που λειτουργούν και παραμένουν στο δημόσιο χώρο και αναπτύσσονται στα πλαίσια των προγραμμάτων των Κ.Α.Π.Η.

Τα Κ.Α.Π.Η. παρουσιάζουν μικρή κοινωνική προσπελασιμότητα στις περιπτώσεις ατόμων με επαρκή ιδιωτικό χώρο κοινωνικότητας και επομένως περιορισμένο ενδιαφέρον συμμετοχής στα προγράμματά τους.

Τα Κ.Α.Π.Η. επίσης παρουσιάζουν μικρή προσπελασιμότητα και σε περιπτώσεις ατόμων με εμφανή την ανάγκη συμμετοχής, αλλά μειωμένη δυνατότητα προσέγγισης του δημόσιου χώρου, όπως π.χ. οι μοναχικές γυναίκες.

Οι ηλικιωμένοι διατηρούν μειωμένες απαιτήσεις από τα Κ.Α.Π.Η. και θεωρούν ως εκδήλωση «αγνωμοσύνης» και «απληστίας» τη διεκδίκηση συνθηκών και προγραμμάτων διαφορετικών από εκείνα που προσφέρονται.

Η ψυχαγωγία τείνει να καταστεί συχνά η κύρια, αν όχι η αποκλειστική προσφορά των Κ.Α.Π.Η. προς τα μέλη τους και να μετατρέψει την ανοιχτή περίθαλψη των ηλικιωμένων σε χώρο προνοιακής παροχής διασκέδασης.

Τα Κ.Α.Π.Η. εξυπηρετούν περισσότερο άτομα σχετικά νέα και σε καλή σωματική κατάσταση.

Είναι αναγκαίος ο προγραμματισμός για την εξασφάλιση μιας κανονικής εισροής νέων μελών στο Κ.Α.Π.Η. με τον σχεδιασμό της ικανοποίησης των αναγκών του.

Πρέπει να βρεθούν τρόποι διατήρησης των δεσμών μεταξύ των μελών που παραμένουν ενεργά και εκείνων, που αναγκάζονται να αποσυρθούν από τα Κ.Α.Π.Η. λόγω επιβάρυνσης της υγείας τους ή άλλων οικογενειακών προβλημάτων. Η εξασφάλιση της κατ' οίκον επαφής και παρακολούθησης συμβάλει στο να αποφευχθεί η σταδιακή κοινωνική απομόνωση αυτών των ατόμων.

Προκειμένου τα Κ.Α.Π.Η. να λειτουργήσουν αποτελεσματικά ως χώροι και δομές ουσιαστικής ανοικτής προστασίας προς τα άτομα της τρίτης ηλικίας είναι απαραίτητη η συνεχής επαφή με τους ηλικιωμένους της περιοχής ευθύνης του.

Είναι απαραίτητη η λειτουργία συντονιστικών – γνωμοδοτικών οργάνων τα οποία θα αξιολογήσουν τη δράση των Κ.Α.Π.Η. και θα δώσουν νέες κατευθυντήριες οδηγίες.

B. Νοσηλεία στο σπίτι

Ως «νοσηλεία στο σπίτι» ορίζεται το σύνολο των υπηρεσιών υγείας, ο οποίες προσφέρονται στα άτομα μέσα στο χώρο όπου ζουν. Η σύγχρονη τεχνολογία των ιατρικών συσκευών επιτρέπει την εφαρμογή νοσηλευτικών και θεραπευτικών φροντίδων στο σπίτι από μια απλή ενδομυϊκή ένεση και αλλαγή ενός τραύματος έως τη χημειοθεραπεία, τη χορήγηση οξυγόνου, τη περιτοναϊκή κάθαρση, την παρεντερική διατροφή, το ηλεκτροκαρδιογράφημα και τις βιοχημικές και αιματολογικές εξετάσεις. Οι υπηρεσίες αυτές είναι ιδιαίτερα χρήσιμες και αναγκαίες για τους ηλικιωμένους με κινητικά προβλήματα, οι οποίοι δεν έχουν οικογενειακό περιβάλλον ή τα άτομα της οικογένειάς τους δεν είναι ικανοί ώστε να τους φροντίζουν.

Η νοσηλεία στο σπίτι είναι από τις σημαντικότερες υπηρεσίες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Οι λόγοι που επιβάλλουν στις μέρες μας την οργάνωση και ανάπτυξη της νοσηλείας στο σπίτι είναι:

A) Η έλλειψη νοσοκομειακών κλινών. Η νοσηλεία ασθενών με χρόνια προβλήματα για μεγάλο χρονικό διάστημα δημιουργεί προβλήματα στη διακίνηση των ασθενών

B) Η αύξηση του κόστους νοσηλείας αποτελεί δυσβάστακτη υποχρέωση του κοινωνικοασφαλιστικού συστήματος. Η νοσηλεία στο σπίτι, όταν έχει οργανωθεί σωστά εξασφαλίζει άριστη περίθαλψη με μικρότερο κόστος.

Γ) Οι αλλαγές στη δομή της οικογένειας οδηγούν στην απομάκρυνση των

παιδιών από την πατρική εστία και οι περισσότεροι ηλικιωμένοι ιδιαίτερα στα αστικά κέντρα ζουν ξεχωριστά από τα παιδιά τους.

Δ) Η αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων άνω των 65 ετών αλλά και αυτών άνω των 80 ετών οδηγεί σε μεγάλο πληθυσμό με χρόνια προβλήματα υγείας.

Ε) Η ψυχολογική κατάσταση των ηλικιωμένων είναι σαφώς καλύτερη όταν νοσηλεύονται στο περιβάλλον τους, σε σχέση με το απρόσωπο νοσοκομείο.

Στ) Βοηθά στην ευκολότερη επίλυση και των ενδοοικογενειακών προβλημάτων που δημιουργούνται από μια χρόνια νοσηλεία.

Η ομάδα υγείας η οποία πλαισιώνει την υπηρεσία νοσηλείας στο σπίτι, αποτελείται κατά περίπτωση από νοσηλευτές, επισκέπτες υγείας, φυσιοθεραπευτή, γιατρό, οδοντίατρο, βοηθητικό προσωπικό κλπ. Οι ανάγκες έχουν καταγραφεί και έχουν ταξινομηθεί από την διοικητική υπηρεσία και εκδίδεται ημερήσιο ή εβδομαδιαίο πρόγραμμα επισκέψεων.

Μέσα στο θεσμικό πλαίσιο της «νοσηλείας στο σπίτι» περιλαμβάνονται και οι οδοντιατρικές υπηρεσίες, οι οποίες αναφέρονται με τον γενικότερο όρο: «οδοντιατρική έξω από το οδοντιατρείο» (out of office dentistry ή dentistry beyond the dental office).

ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αγγελόπουλος ΑΠ, Παπανικολάου Σ, Αγγελοπούλου Ε: Σύγχρονη Στοματική και Γναθοπροσωπική Παθολογία. 3η Έκδ. Αθήνα. Ιατρ. Εκδ. Λίτσας. 2000.

Berkey D, Berg R, Ettinger RL, Mersel A, Mann J: The old-old dental patient: the challenge of clinical decision-making. J Am Dent Assoc 1996; 127:321-332.

Γιαμαρέλος Γ: Η αντιμετώπιση των οδοντογενών φλεγμονών. Ελλ Στομ Χρον 2003; 47:195-199.

Ettinger RL: Rational Dental Care: Part 1. Has the concept changed in 20 years? J Can Dent Assoc 2006; 72:441-445.

Ettinger RL: Rational Dental Care: Part 2. A case History. J Can Dent Assoc 2006; 72:447-452.

Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών: Γήρανση και Κοινωνία. Πρακτικά Πανελληνίου Συνεδρίου. Αθήνα. 1996.

Ελευθεριάδης Ε, Παπαδήμας Χ, Λεβέντης Μ: Ο ρόλος των αντιβιοτικών στην πρόληψη τοπικής ή συστηματικής φλεγμονής κατά την χειρουργική αφαίρεση των εγκλείστων τρίτων γομφίων. Ελλ Στομ Χρον 2004; 48:73-78.

Ελευθεριάδης Ε, Λεβέντης Μ, Γιαννουλάκη Ε, Παπαδήμας Χ: Η αντιμετώπιση του διαβητικού ασθενή στη στοματογναθοπροσωπική χειρουργική. Ελλ Στομ Χρον 2004; 48:85-91.

Ελληνική Εταιρεία Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής: Ειδικά Θέματα της Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής. Αθήνα. Ειδική έκδοση. 2006.

Ελληνική Εταιρεία Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής: Πρόταση για την εξειδίκευση στο αντικείμενο της Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής. Αθήνα. Ειδική έκδοση. 1999.

Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία: Στοιχεία για τους υπηρετούντες στο ΕΣΥ οδοντιάτρους. Αθήνα. Αύγουστος 2006.

Έμκε-Πουλοπούλου Η: Έλληνες ηλικιωμένοι πολίτες. Αθήνα. Εκδ. «Ελλην». 1999.

Φραγκάκης Μ, Μικρούλης Σ: Η αναβάθμιση του ρόλου της νοσοκομειακής οδοντιατρικής στο Ε.Σ.Υ. Ελλ Στομ Χρον 1995; 39:154-158.

Φραγκάκης Μ, Ζουριδάκη Θ, Μπογοσιάν Ε, Λεφάκη Τ, Μακατουνάκη Κ, Μικρούλης Σ, Ζερβού-Βάβλη Φ: Διαχείριση οδοντιατρικών ασθενών με γενική αναισθησία. Ελλ Στομ Χρον 2000; 44:33-56.

Φρατζέσκος Γ: Ενδοφλέβια Καταστολή: Παρακολούθηση – Αντιμετώπιση Επιπλοκών. Τόμος πρακτικών 4^{ου} Κλινικού Σεμιναρίου Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής. Ηράκλειο. Ειδική έκδοση. 2003:73-77.

Gould FK, Elliott TSJ, Foweraker J, Fulford M, Perry JD, Roberts GJ, Sandoc JAT, Watkin RW: Guidelines for the prevention of endocarditis: report of the Working Party of the British Society for Antimicrobial Chemotherapy. JAC 2006; 57:1035-1042.

Herman WW, Konzelman JL, Prizant ML: New national guidelines on hypertension. A summary for dentistry. JADA 2004; 135:576-84.

Hooyman N, Kiyak HA: Social Gerontology. Allyn and Bacon. Boston. 1991.

Καλαϊτζή Β: Οδηγός φροντίδας ηλικιωμένων γονιών. Αθήνα. Εκδ. Mendor. 2004.

- Καρκαζής ΗΧ, Πολυζώης ΓΛ: Γηροδοντιατρική και Γναθοπροσωπική Προσθετική. Αθήνα. Εκδόσεις Μπρονισέλ. 1998.
- Little JW, Falace DA, Miller CS, Rhodus NL: Dental management of the medically compromised patient. 6th ed. St Louis. Mosby. 2002.
- Λαζαρίδης Κ: Χημειοπροφύλαξη και αντιμικροβιακή θεραπεία στις οδοντογενείς λοιμώξεις. Στοματολογία 2003; 60:55-64.
- McCarthy FM, Malamed SF: Physical evaluation system to determine medical risk and indicated dental therapy modifications. JADA 1979; 99:181-184.
- McCarthy FM, Pallasch TJ, Gates R: Documenting safe treatment of the medical-risk patient. JADA 1989; 119:383-389.
- McCleary-Jones V: The Americans with Disabilities Act of 1990 and its impact on higher education and nursing education. Review. ABNF J 2005 Mar-Apr; 16:24-27.
- Miyatake Y, Kazama M, Isoda M, Nejima J: Internal medicine education in dentistry: knowledge required varies according to dental specialty. Eur J Dent Educ 2004; 8:18-23.
- Μπογοσιάν Ε: Σύγχρονοι προβληματισμοί για την οδοντιατρική αντιμετώπιση ασθενών υπό αντιπηκτική αγωγή. Τόμος πρακτικών κατευθυνόμενου προγράμματος 25ου Πανελληνίου Οδοντιατρικού Συνεδρίου. Λάρισα. 2005: 79-82.
- Nunn J: Special Care Dentistry - a new specialty. British Dental Health Foundation, Word of Mouth. Dental health and practice. 2006.
- Ουλής ΚΙ, Μπερδούσης ΗΔ, Λυγιδάκης Ν: Οδοντιατρική ανάταξη παιδιών με γενική αναισθησία – Μίας ημέρας νοσηλεία. Παιδοδοντία 1995; 9: 9-18.
- Ουλής Κ, Τσακίρη Ι, Νούτσιος Γ, Μπερδούσης Η, Λυγιδάκης Ν: Οδοντιατρική αποκατάσταση παιδιών με γενική αναισθησία. Παιδοδοντία 1999; 13:159-175.
- Παπαδημητρίου-Δελαντώνη Π: Αιμορραγικός ασθενής υψηλού κινδύνου. Οδοντιατρική περίθαλψη. Τόμος πρακτικών κατευθυνόμενου προγράμματος 25ου Πανελληνίου Οδοντιατρικού Συνεδρίου. Λάρισα. 2005: 83-89.
- Πουλόπουλος ΑΚ, Τσατσούλη-Λινκ Ι, Παπαναγιώτου Π: Η αξιολόγηση του ιατρικού ιστορικού οδοντιατρικών ασθενών με τη χρήση του ευρωπαϊκού ιατρικού ερωτηματολογίου (MRRH). Ελλ Π Στομ Γναθοπροσωπ Χειρ 2001; 16:133-143.
- Schadte G: Ενδοφλέβια Καταστολή: Εξοπλισμός – Τεχνικές. Τόμος πρακτικών 4^{ου} Κλινικού Σεμιναρίου Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής. Ηράκλειο. Ειδική έκδοση. 2003:67-71.
- Smeets EC, De Jong KJM, Abraham-Inpijn L: Detecting the medically compromised patient in dentistry by means of the medical risk-related history. Preventive Medicine 1998; 27:530-535.
- Σακελλάρη Δ: Αντιβιοτική χημειοπροφύλαξη στην οδοντιατρική: Είναι επιστημονικά τεκμηριωμένη; Οδηγίες για ασθενείς υψηλού κινδύνου. Ελλ Στομ Χρον 2003; 47:557-566.
- Σπαθαράκης Γ: Γηριατρική πολύ – παθολογία. ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΑ 1999; 3, 3: 127-132.
- Στεφανίδης Σ, Κασίναλη Β, Γκανίδου Μ, Χατζηπαναγιώτου Κ, Θανούλης Π, Καρνούτσος Κ: Η αντιμετώπιση επειγόντων οδοντιατρικών περιστατικών στο Νοσοκομείο. Ελλ Στομ Χρον 1994; 38:221-226.
- Στεφανίδης Σ, Χειράκης Σ, Γκινάλης Α, Θανούλης Π, Χατζηπαναγιώτου Κ, Κασίναλη Β: Οδοντιατρική θεραπεία ασθενών υπό αντιπηκτική αγωγή. Ελλ Στομ Χρον 1995; 39:113-119.

Tejani A, Epstein JB, Gibson G, Le N: A survey assessing the impact of a hospital-based general practice residency program on dentists and dental practice. *Spec Care Dentist* 2002; 22:16-22.

Τεπέρογλου Α: Αξιολόγηση της προσφοράς των ΚΑΠΗ. Αθήνα. Εκδ. Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών. 1990.

Τρίμη Κ, Ζερβού-Βάλβη Φ, Ντόκος Ε, Μίχος Ν: Τα άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών ως έκτακτα περιστατικά κατά τις εφημερίες Οδοντιατρικού Τμήματος Γενικού Νοσοκομείου. *Κλινικά Χρονικά* 1993; 16:73-78.

Τσαούσης Δ, Χατζηγιάννη Α: Κοινωνικές και χωροταξικές προϋποθέσεις λειτουργίας των ΚΑΠΗ ως θεσμών σύνδεσης των ηλικιωμένων με την κοινότητα. Αθήνα. Εκδοση: Πάντειο Πανεπιστήμιο & Υπουργείο Υγείας. 1990.

Τσούνιας Β: Στοιχεία Γεροντολογίας και Γηριατρικής. Ιατρ. Αθήνα. Εκδ. Ζήτα. 1993.

Τσούνιας Β: Εισαγωγή στην οδοντιατρική αντιμετώπιση ασθενών με γενικά νοσήματα. Αθήνα. Εκδόσεις Ζήτα. 1989.

Τσούνιας Β, Ζερβού-Βάλβη Φ: Νοσοκομειακή Οδοντιατρική και Τρίτη Ηλικία. *Ελλ Στομ Χρον* 2004; 48:265-273.

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Γενική Διεύθυνση Υγείας, Διεύθυνση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Τμήμα Α': Στοιχεία για τα Οδοντιατρικά Τμήματα των Νοσοκομείων και τον αριθμό των προβλεπομένων σε αυτά θέσεων οδοντιάτρων. Αθήνα. Ιούλιος 2006(απάντηση σε αίτηση).

Zambito R, Black H, Tesch, eds: *Hospital Dentistry*. St Louis. Mosby. 1997.

Ζερβού-Βάλβη Φ, Αρτέμη Α, Κουνέλης Ι, Πηλαλητός Π, Μητσόπουλος Α: Τα έκτακτα περιστατικά Οδοντιατρικού Τμήματος Γενικού Νοσοκομείου: Κατανομή κατά φύλο, ηλικία και αιτία προσέλευσης. *Κλινικά Χρονικά* 1996; 19:37-43.

Ζερβού-Βάλβη Φ, Κουτούλας Δ, Πηλαλητός Π, Μητσόπουλος Α: Οι ασθενείς με γενικά νοσήματα σε Οδοντιατρικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου. *Κλινικά Χρονικά* 1995; 18:224-230.

Ζερβού-Βάλβη Φ, Πηλαλητός Π, Κουτούλας Δ: Στοματολογικά περιστατικά του Οδοντιατρικού Τμήματος του ΠΓΝΝΠ. *Κλινικά Χρονικά* 1996; 19:206-214.

Ζουριδάκη Θ, Μπογοσιάν Ε, Φραγκάκης Μ: Διαχείριση οδοντιατρικών ασθενών με βαλβιδοπάθεια υπό αντιπηκτική αγωγή. *Κλινικά Χρονικά* 2001; 24:233-237.

Ζουριδάκη Θ: Εκτίμηση - οδοντιατρική διαχείριση ασθενή με σακχαρώδη διαβήτη. Τόμος πρακτικών κατευθυνόμενου προγράμματος 25ου Πανελληνίου Οδοντιατρικού Συνεδρίου. Λάρισα. 2005: 73-77.

