

## مروری بر درمانهای دارویی متداول در ضایعات شایع مخاط دهان

دکتر صدیقه بختیاری\*، دکتر صدیقه عظیمی حسینی\*\*، دکتر احمد قائم مقامی\*\*\*

### چکیده

سابقه و هدف: با توجه به شیوع ضایعات مخاط دهان و نامشخص بودن پاتوژنز دقیق برخی از آنها، به علاوه در دسترس نبودن پروتکل درمانی واحد یا موجود نبودن کلیه داروهای مطرح شده در بازار دارویی ایران، این مطالعه با هدف تعیین درمان‌های متداول و در دسترس برای ضایعات شایع مخاط دهان انجام پذیرفت.

مطالب تحقیق مروری حاضر با استفاده از کتب، مقالات موجود در مجلات داخلی و خارجی، استفاده از مدلاین و استفاده از پایان‌نامه‌های دانشجویی استخراج شد. مقالات بخصوص، قسمت درمان بطور کامل مورد بررسی قرار گرفتند. ضایعات مطرح شده عبارت بودند از: تبخال اولیه و ثانویه، زخم‌های آفتی عودکننده، لیکن پلان، کاندیدوزیس، سوزش دهان، خشکی دهان و اختلالات چشایی. نتیجه‌گیری: با توجه به اینکه درمان‌های مختلفی برای هر کدام از ضایعات قید شده ولی بسیاری از داروها در بازار دارویی ایران موجود نیست و با در نظر داشتن عوارض جانبی بعضی از داروها، در این مقاله برای هر یک از ضایعات شایع مخاط دهان با توجه به تحقیقات دیگر محققین و در دسترس بودن داروها، درمان مناسب پیشنهاد شده است.

کلید واژگان: درمان‌های دارویی، تبخال، ضایعات مخاط دهان

تاریخ تأیید مقاله: ۱۳۸۵/۵/۳

تاریخ اصلاح نهایی: ۱۳۸۵/۴/۷

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۴/۱۱/۲

مجله دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دوره ۲۵، شماره ۴، زمستان ۱۳۸۶، ۳۵۶-۳۴۸

### مقدمه

علائم، نشانه‌ها و بررسی میکروسکوپی و آزمایشگاهی تشخیص قاطعی را مطرح نمی‌سازند، درمان تجربی (empirical) به عنوان جنبه تشخیصی آغاز می‌شود. همچنین زمانی که پاسخ مناسب به درمان یا بهبودی ضایعه در دوره زمانی مورد نظر حاصل نشود بیوپسی توصیه می‌گردد (۲). درمان ضایعات مخاط دهان با توجه به عمل جویدن و اهمیت آن در سلامت عمومی افراد از اهمیت بالایی برخوردار است. هدف از تحقیق حاضر ذکر دارودرمانی مناسب و قابل دسترس در ضایعات شایع مخاط دهان براساس داروهای موجود در بازار دارویی ایران برای کلیه دندانپزشکان می‌باشد.

درمان علامتی (Supportive Care)

در تمام حالات زخمی و التهابی علامت دار مخاط دهان به منظور برقراری تغذیه و هیدراسیون و امکان رعایت بهداشت، درمان علامتی صورت می‌گیرد. این درمان‌ها همان

ضایعات مخاط دهان معمولاً با گرفتن تاریخچه و بررسی کلینیکی، قابل تشخیص می‌باشند اما گاهی به علت تشابه کلینیکی ضایعات، تشخیص و درمان نامناسب صورت می‌گیرد. دندانپزشک باید به خاطر داشته باشد که تشخیص صحیح، اساس موفقیت کلینیکی است. بنابراین قبل از شروع درمان، باید هر گونه تلاشی برای دستیابی به تشخیص درست، صورت گیرد. در تشخیص ضایعات زخمی و وزیکولوبولوز دهان، بررسی تاریخچه دقیق ضایعات موجود همراه با مرور کاملی بر سیستم‌های مختلف بدن بخصوص وجود تغییراتی در پوست، چشم و دستگاه تناسلی و پرسش در مورد علائمی چون درد مفاصل، ضعف عضلانی و تنگی نفس به مراتب اطلاعات بیشتری نسبت به بررسی کلینیکی ضایعات دهانی (به دلیل تشابه کلینیکی این موارد) در اختیار دندانپزشک قرار می‌دهد (۱). احتمال عفونت و بدخیمی همراه باید در نظر گرفته شود (۲) و زمانی که

\* نویسنده مسئول: استادیار گروه بیماری‌های دهان و تشخیص، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.

E-mail: sbakhtiari2007@yahoo.com

\*\* استادیار گروه بیماری‌های دهان و تشخیص، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.

\*\*\* استاد گروه بیماری‌های دهان و تشخیص، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.

استراحت، مصرف زیاد مایعات، پروتئین و ویتامین توصیه می‌شود. نوزادانی که به علت درد شدید دهان قادر به غذا خوردن نیستند جهت حفظ تعادل آب و الکترولیت باید به متخصص ارجاع داده شوند. به منظور جلوگیری از خودتلقیحی (self inoculation) باید به بیمار یادآور شد که از آلوده نمودن قسمت‌های دیگر بخصوص چشم و ناحیه ژنیتال توسط تماس با ضایعات آلوده خودداری نماید(۲،۵).

علاوه بر درمان علامتی در دهان (استفاده از بی‌حس‌کننده‌های موضعی)، جهت کنترل تب و یا درد متوسط تا شدید، قرص استامینوفن هر ۴ ساعت ۲ عدد و یا استامینوفن کدئین هر ۴ ساعت یک عدد تجویز می‌شود(۲). در کودکان از الگزیراستامینوفن استفاده می‌شود. کودکان ۶-۱ سال ۲۴۰-۱۲۰ mg (۲-۱ قاشق چایخوری) هر ۶-۴ ساعت و در کودکان ۱۲-۶ ساله ۴۸۰-۲۴۰ mg (۲-۱ قاشق مرباخوری) هر ۶-۴ ساعت یک‌بار(۶).

جهت جلوگیری از عفونت باکتریال ثانویه در بیماران مستعد از قرص پنی‌سیلین V (Penicilin V 500mg) هر ۶ ساعت یک عدد به مدت ۱۰ روز استفاده می‌شود. در بیمارانی که به پنی‌سیلین حساسیت دارند قرص اریترومايسين اتیل سوکسینات (Erythromycin Ethylsuccinate 400 mg) هر ۶ ساعت یک عدد به مدت ۱۰ روز تجویز می‌شود(۲،۶).

بنا به توصیه FDA، تنها در بیماران دچار اختلال سیستم ایمنی، داروهای ضدویروسی به صورت خوراکی توصیه می‌شوند. برای مثال، قرص آسیکلوویر (Acyclovir 200mg) پنج بار در روز و هر بار یک قرص به مدت ۱۰ روز (۵۰ قرص) و یا سه بار در روز هر بار دو قرص به مدت ۱۰ روز (۶۰ قرص)(۲). استفاده از استروئیدهای موضعی باعث گسترش عفونت ویروسی می‌شود. بنابراین در مورد تبخال باید از مصرف آنها اجتناب شود.

#### تبخال عود کننده (ثانویه)

تبخال ثانویه ناشی از دوباره فعال شدن ویروس هرپس سیمپلکس است که تحت اثر عوامل مستعد کننده مانند استرس، ضعف و خستگی، تب، شیمی درمانی، رادیوتراپی، قاعدگی، تراما و آفتاب زدگی فعال می‌شود. این نوع تبخال با علائم سیستمیک همراه نیست که دلیل آن وجود آنتی بادی در خون است. تبخال ثانویه به دو شکل تبخال لیبی و تبخال

طور که از نام آنها مشخص است تا برطرف شدن علائمی چون درد و سوزش ادامه می‌یابند. داروهای مورد استفاده بدین منظور عبارتند از:

- دیکلونین هیدروکلراید ۰/۵٪ که بهترین بی‌حس‌کننده موضعی مخاط دهان است(۲) اما در ایران موجود نمی‌باشد.  
- ۲% Viscous solution lidocain hydrochloride: در بزرگسالان به صورت دهانشویه قبل از صرف غذا تجویز می‌شود و در کودکان محلول توسط سواپ به ناحیه مورد نظر مالیده می‌شود.

از بلع دهانشویه‌های حاوی بی‌حس‌کننده در مورد زخم‌های دهانی باید اجتناب کرد چون باعث بی‌حسی حلق و مختل شدن رفلکس gag می‌گردد(۲).

- Elixir Diphenhydramin HCL 12/5 mg/5ml + Sus - Magnesium Hydroxide 8%: ترکیبی از سوسپانسیون منیزیم هیدروکساید (شیر منیزی) با الگزیر دیفن هیدرامین هیدروکلراید به نسبت مساوی به صورت دهانشویه در بی‌حسی مخاط دهان و کاهش درد موثر است(۲).

- Sucralfate suspension: این دارو در محل زخم به پروتئین‌ها چسبیده و یک لایه محافظ تشکیل می‌دهد که به منظور فراهم نمودن شرایط مناسب، قبل از غذا خوردن استفاده می‌شود(۲،۳).

توجه: برای استفاده از انواع پمادها و orabase در داخل دهان، ابتدا باید مخاط را توسط گاز خشک کرد، دارو را در موضع قرار داد سپس دهان چند دقیقه باز باشد.

#### ژنژیواستوماتیت هرپتیک اولیه (تبخال اولیه)

عفونت تبخالی که در اثر آلودگی با ویروس Herpes Simplex ایجاد می‌شود به دو شکل بروز می‌کند: تبخال اولیه و تبخال ثانویه. نوع اولیه در افرادی ایجاد می‌شود که سابقه عفونت قبلی با ویروس نداشته، اغلب در کودکی بروز می‌کند. علائم این بیماری شامل زیکول‌ها و زخم‌های دردناک کم عمق ناشی از ترکیدن زیکول‌ها در دهان یا حتی خارج دهان همچنین ژنژیویت مارجینال حاد و منتشر همراه با علائم سیستمیک مانند تب، ضعف و لنفادنیت ناحیه‌ای می‌باشد(۴،۲،۱). بیماری خود به خود محدود شونده (self limited) بوده بنابراین هدف از درمان، تسکین علائم و جلوگیری از عفونت ثانویه است. بدین منظور به بیمار

داخل دهانی بروز می‌کند (۱،۲،۴).

درمان این حالت با هدف کاهش دوره و علائم ضایعه باید هر چه سریع‌تر در مراحل پیش درآمدی (Prodromal) آغاز گردد (بیمار ابتدا در ناحیه احساس سوزش و خارش می‌کند سپس التهاب و اریتم و بعد از آن وزیکول ایجاد می‌شود). درمان ضایعه استفاده از کرم موضعی آسیکلوویر است (cream acyclovir 5%) است که ۳-۶ بار در روز به مدت یک هفته بر روی ضایعه مالیده شود (۸،۷،۲). آسیکلوویر خوراکی فقط زمانی به عنوان درمان پروفیلاکتیک توصیه می‌شود که حملات دوره‌ای تبخال مکرر اتفاق افتاده و شدیداً در تغذیه و اعمال روزانه فرد اختلال ایجاد کنند. طبق توصیه FDA نیز تنها در بیماران ایمنوساپرس تجویز این دارو مجاز می‌باشد (۱،۲،۷).

برای جلوگیری از تبخال ثانویه استفاده از لوسیون ضدآفتاب با قدرت SPF ۱۵ یک ساعت قبل از اکسپوزر نور آفتاب سپس تجدید آن هر یک ساعت یک بار توصیه می‌گردد. استفاده از وازلین بر روی ضایعه به منظور جلوگیری از self inoculation توصیه شده و تأثیر آن معادل عوامل ضدویروسی است. همچنین استعمال یخ به صورت مداوم یا منقطع در موضع به مدت ۹۰ دقیقه در مرحله پیش درآمدی، از وقوع ضایعه جلوگیری می‌کند (۲).

#### آفت دهانی عود کننده Recurrent Aphthous Stomatitis (RAS)

آفت از زخم‌های عودکننده‌ای است که به سه شکل مینور، ماژور و هرپتی دیده می‌شود. آفت‌ها از نظر اندازه، تعداد زخم و دوره بیماری با یکدیگر متفاوت هستند (۹-۱۱). زخم‌های آفتی فوق‌العاده دردناک هستند، بنابراین باید در این مورد درمان صورت گیرد (۱۲،۱۳). از آنجا که اتیولوژی آفت کاملاً مشخص نشده، بنابراین درمان آن نیز نقش حمایتی داشته، در کاهش درد، طول مدت و عود آن موثر است (۱۴-۱۷). درمان باید هر چه سریع‌تر در ساعات اولیه شروع شود. شناسایی و حذف عوامل مستعد کننده، دفعات عود را کاهش می‌دهد.

درمان شامل پانسمان کننده‌های مخاطی، کورتیکواستروئید موضعی یا سیستمیک، داروهای تضعیف کننده ایمنی یا در صورت لزوم درمان ترکیبی است. دهانشویه کلرهگزیدین، همچنین داروی گیاهی مورد نیز با توجه به اثر باکتریسیدال

توصیه شده‌اند (۱۸،۱۹،۲۰،۲۱).

داروهای تجویز شده بسته به شدت ضایعه متفاوت می‌باشند. در حالت‌های خفیف و با ۳-۲ ضایعه کوچک در نواحی قدامی و قابل دسترس، استفاده از مواد محافظ مانند orabase مفید خواهد بود. خمیر Adcortyle نیز باید هر ۶ ساعت یک بار در موضع مالیده شود (۱). در مورد زخم‌های متعدد آفتی بهتر است از دهانشویه استفاده شود (۹). دهانشویه بنزید آمین (mouth wash Benzyd Amine) 0/15% باید هر ۳-۱/۵ ساعت به میزان یک پیمانه به مدت ۲۰ ثانیه داخل دهان نگه داشته شده، سپس خارج شود.

هیدروکورتیزون (Hydrocortisone 1%) و تریامسینولون استوناید (Triamcinolone Acetonid 0.1%) و بتامتازون والرات (Betamethasone Valerate 0.1%) دارای قدرت کم تا متوسط هستند در صورتی که دگزامتازون (Dexamethasone) قدرت زیاد و کلوتازول پروپیونات (Clobetasol Propionate 0.05%) دارای قدرت بسیار زیاد می‌باشد (۲). تمامی داروهای فوق به صورت کرم یا پماد موجود هستند.

استروئیدهای موضعی را می‌توان به صورت مستقیم یا در ترکیب با اورابیس بعد از غذا و هنگام خواب روی زخم مالید. در مورد ضایعات بزرگ می‌توان گاز را به استروئید موضعی آغشته کرده، به مدت ۳۰-۱۵ دقیقه در محل زخم قرار داد (۱).

از استروئیدها به اشکال زیر می‌توان استفاده کرد:

- مالیدن کرم یا پماد تریامسینولون استوناید ۰/۱٪ بعد از هر غذا و قبل از خواب در موضع.

- استفاده از الگزیر دگزامتازون (Elixir Dexamethasone 0.5 mg/5ml) به صورت دهانشویه. یک قاشق مرباخوری ۴ بار در روز به مدت ۲ دقیقه در دهان نگهداشته و سپس دور ریخته شود (۲). در حالات شدید آفت یا زمانی که به درمان‌های موضعی جواب نمی‌دهد از درمان سیستمیک استفاده می‌شود. الگزیر دگزامتازون برای درمان سیستمیک به صورت زیر تجویز می‌شود (۲):

شوند. هدف از درمان این ضایعه رفع علائم دردناک و طولانی کردن فواصل بدون علامت در این ضایعات است. تجویز استروئیدهای موضعی درمان اصلی این ضایعه است (۲۵،۲۶). البته در بعضی موارد شدید (منظور از شدید یا شدیدتر بیماری، شدت علائم اظهار شده توسط بیمار و پاسخ یا عدم پاسخ به درمان‌های قبلی است. مثلاً اگر علائم بیمار با استفاده از پمادهای کورتیکوسترئید برطرف نشد، از الگزیر دگزامتازون و باز در صورت عدم پاسخ مناسب (حالت شدیدتر) از تزریق کورتون داخل ضایعه استفاده می‌شود.) از تجویز استروئید داخل ضایعه یا تجویز به طور سیستمیک بهره برده می‌شود. قابل ذکر است درمان‌ها تا زمان رفع علائم بیمار ادامه می‌یابند. البته بهتر است قبل از درمان ضایعات سفید و قرمز به مدت ۱۰-۷ روز از داروهای ضدقارچ موضعی استفاده شود.

انواع استروئیدهای در دسترس عبارتند از (۶):

- بتامتازون والرات (Betamethasone Valerate %0.1) به صورت لوسیون و پماد که لوسیون آن دوبار در روز و پماد آن سه بار در روز توصیه می‌شود (۸).

- قرص بتامتازون که قرص ۰/۵ میلی‌گرمی آن را در ۱۵-۱۰ میلی‌لیتر آب حل کرده به صورت دهانشویه، ۴-۳ بار در روز هر بار به مدت یک دقیقه در دهان غرغره می‌شود.

- پماد فلوسینولون (Flucinolone %0.025)، پماد کلوتازول (Clobetasol %0.05) و کرم و پماد تریامسینولون استوناید (Triamcinolone Acetonid %0.1) سه تا چهار بار در روز و پماد هیدروکورتیزون استات (Hydrocortisone Acetate %1) دو بار در روز (۲).

- اسپری بکلومتازون (Beclomethasone) دوبار در روز هر بار یک پاف در محل ضایعه (۸).

- الگزیر دگزامتازون (Elixir Dexamethasone 0.5 mg/5ml) در فرم‌های متوسط بیماری به میزان یک قاشق مرباخوری چهار بار در روز و هر بار به مدت ۲ دقیقه غرغره و سپس از دهان خارج شود. در فرم‌های شدید، ۱۰ روز غرغره و بلع دارو و پس از چند روز غرغره کردن دارو و دور ریختن آن (۲).

- مخلوط نمودن ۴ آمپول بتامتازون (Betamethasone 4 mg/ml) در یک شیشه از شربت آلومینیوم (Susp. Mg)

۱- شستو با یک قاشق غذاخوری (۱۵ml) ۴ بار در روز به مدت ۳ روز و سپس بلع آن

۲- شستشو با یک قاشق مرباخوری (۵ml) ۴ بار در روز به مدت ۳ روز و سپس بلع آن

۳- شستشو با یک قاشق مرباخوری (۵ml) ۴ بار در روز و یک بار در میان بلع آن

۴- شستشو با یک قاشق مرباخوری ۴ بار در روز و دور ریختن آن. درمان تا زمان بهبود ضایعات ادامه می‌یابد.

- در موارد شدیدتر آفت، ۴۰ عدد قرص پرودینیزون (Prednisone 5mg) استفاده می‌شود. ۵ قرص در صبح به مدت ۵ روز و سپس ۵ قرص در صبح یک روز در میان تجویز می‌شود. در موارد بسیار شدید ۲۶ عدد از قرص پردنیزون ۱۰۰ میلی‌گرمی استفاده می‌شود. ۴ قرص در صبح به مدت ۵ روز سپس هر روز یک قرص کم می‌شود (۲).

در زخم آفت ماژور تزریق تریامسینولون استوناید (۱۰mg/ml) داخل ضایعه موثر است (۱۰).

در موارد شدید بیماری که به درمان‌های بالا جواب نمی‌دهد از کلشی سین، داپسون و تالیدومید استفاده می‌شود (۱۵-۲۲).

استفاده از محلول تتراسایکلین یا کلرهگزیدین ۰/۱۲٪ در محل زخم نیز باعث تخفیف سریع درد شده، مانع از آلودگی می‌گردد (۹). محتوی کپسول ۲۵۰ میلی‌گرمی تتراسایکلین را در ۱ تا ۲ قاشق چایخوری آب گرم حل نموده، به مدت ۳ روز، روزی سه بار و هر بار سه دقیقه در دهان نگهداشته، سپس خارج کنید (۱۷). از دهانشویه تتراسایکلین به دلیل بالا رفتن مقاومت میکروبی و احتمال ایجاد کاندیدوزیس، کمتر استفاده می‌شود.

#### لیکن پلان

لیکن پلان بیماری اتوایمیون پوستی مخاطی است که در محیط دهان به اشکال رتیکولر (دارای خطوط و یکپام)، فرم اریتماتو (آتروفیک) و فرم زخمی بروز می‌کند. لیکن پلان رتیکولر تا زمانی که برای بیمار ایجاد ناراحتی نکند نیاز به درمان ندارد ولی اشکال علامت‌دار باید تحت درمان قرار گیرند (۱،۲،۴،۲۳،۲۴،۲۵). از آنجا که ضایعات LP در موارد کمی به بدخیمی تمایل دارند، بنابراین بیماران باید پیگیری

داروهای ضدقارچ موضعی در دسترس عبارتند از  
(۲،۶،۸،۳۲،۳۴،۳۵):

- قرص دهانی نیستاتین (Nystatin 500/000 lu): ۴ بار در روز به مدت ۲ هفته مکیده شود.

- شیاف واژینال نیستاتین (Vaginal Tab Nystatin 100/000 lu): ۴ قرص ۴ بار در روز و به مدت ۱۰ روز تجویز می‌شود. قرص باید به آرامی در دهان حل شود (حدود ۳۰ دقیقه).

- Suspension Drop Nystatin سوسپانسیون ۱۰۰/۰۰۰ واحد در میلی لیتر نیستاتین برای بزرگسالان روزی ۴ بار و هر بار یک میلی لیتر معادل ۲۰-۱۵ قطره و در کودکان روزی ۴ بار هر بار ۱۰ قطره به مدت ۲ دقیقه در دهان نگه داشته شده، سپس بلعیده یا خارج می‌شود.

- پماد نیستاتین (Oint. Nystatin 100/000 lu) بعد از هر وعده در موضع یا سطح داخلی دنچر قرار داده می‌شود.

- کرم کلوتریمازول (1% Clotrimazole) ۴ بار در روز به مقدار کافی در موضع یا داخل دنچر قرار داده می‌شود.

- کرم کتوکونازول (2% Ketoconazole) بعد از هر وعده غذا در موضع یا داخل دنچر قرار داده می‌شود.

- کرم واژینال میکونازول (2% Miconazole) ۴ بار در روز در موضع یا داخل دنچر قرار داده می‌شود.

نکته ۱: هنگام استفاده از داروهای ضدقارچ موضعی به صورت قرص یا دهانشویه باید به بیمار متذکر شد که پروتز را از دهان خارج کند تا دارو در تماس کامل با مخاط قرار گیرد. در ضمن برای استفاده موضعی از داروهای ضدقارچ، دارو باید مدت زمان کافی در تماس با ضایعه باشد بنابراین مواد جامد (Solid Agent) که باید در دهان حل شوند مدت بیشتری در مقایسه با دهانشویه در تماس با ضایعه هستند ولی در افراد مبتلا به خشکی دهان، استفاده از قرص مشکل است چون بزاق برای حل شدن آنها به اندازه کافی وجود ندارد، پس بهتر است در کسانی که خشکی دهان دارند از دهانشویه یا کرم استفاده شود (۹).

نکته ۲: بخاطر جلوگیری از عود، درمان با داروهای ضد قارچ موضعی بهتر است ۲ روز (۱ و ۶) تا ۷ روز (۹) پس از بهبودی ضایعات، ادامه یابد. برای عفونتهای قارچی عمقی و مواردی که نسبت به درمان‌های موضعی مقاومند از درمان

(Aluminum Mgs) و غرغره این مخلوط به میزان یک قاشق غذاخوری دو بار در روز و هر بار ۵ دقیقه (۸).

- استفاده از مشتقات ویتامین A نیز در درمان لیکن پلان دهانی توصیه شده است. می‌توان از انواع موضعی آن چون کرم ترتینوئین (0.05% Tretinoin) ۳ تا ۴ بار در روز بر سطح ضایعه استفاده کرد (۲۷).

در موارد شدید بیماری علاوه بر استفاده از الگزیر دگزامتازون می‌توان از قرص پردنیزولون (Prednisolone) نیز استفاده کرد. ۵ قرص ۵ میلی‌گرمی به مدت ۵ روز و بعد به مدت یک هفته یک روز در میان و هر بار ۵ قرص توصیه شده است (۸).

در موارد شدیدتر می‌توان از تزریق کورتیکواستروئید داخل ضایعه به شکل زیر استفاده کرد. آمپول (Triamcinolone Acetonide 40mg/ml) را با استفاده از آب مقطر به غلظت ۵mg/ml رسانده یعنی آنرا ۸ برابر رقیق می‌کنیم و به میلی‌لیتر داخل ضایعه تزریق می‌کنیم که ضایعه رنگ پریده و برجسته شود. در صورت لزوم می‌توان ۳-۴ هفته بعد این درمان را تکرار کرد (۸).

در صورتی که نتوان از انواع استروئید به هر دلیلی استفاده نمود داروهای چون قرص گزیروفولون داپسون، آزاتیوپرین و محلول دهانی سیکلوسپورین استفاده می‌شود (۳۰-۲۸، ۲، ۱).

#### کاندیدیازیس

عفونتی قارچی است که توسط کاندیدا آلبیکانس ایجاد می‌شود. به اشکال پسودوما برانوز (برفک)، آتروفیک (اریتماتو) و هیپرتروفیک (سفیدرنگ) دیده می‌شود. کاندیدا عفونتی فرصت‌طلب است که متعاقب استفاده از آنتی‌بیوتیک‌های وسیع‌الطیف، کورتیکواستروئیدها، داروهای کاهش دهنده بزاق و داروهای سیتوتوکسیک ایجاد می‌شود. خشکی دهان، دیابت، بهداشت ضعیف، استفاده از پروتز متحرک و تضعیف سیستم ایمنی از عوامل مستعد کننده کاندیدوزیس هستند بنابراین قبل از درمان باید علل یا عوامل ایجاد کننده آن را برطرف کرد (۳۳-۳۱، ۲، ۹، ۱).

برای درمان از داروهای ضدقارچ به دو شکل موضعی و سیستمیک استفاده می‌شود.

خوراکی در سه دوز منقسم. دوز مصرفی ممکن است به مقدار ۱-۰/۵ mg در فواصل سه روز تا کنترل حملات افزایش یابد. دوز نگهدارنده از ۲۰ میلی‌گرم در روز نباید تجاوز نماید (۶). این درمان احتمالاً مناسب‌ترین درمان است (۲).

- قرص آمی‌تریپتیلین (Amitriptyline HCL 25 mg): یک قرص هنگام خواب به مدت یک هفته، سپس ۲ قرص هنگام خواب و افزایش به ۳ قرص هنگام خواب پس از ۲ هفته. سپس در دوز یا تیترا مناسب نگه داشته می‌شود.

- قرص کلردیازپوکساید (Chlordiazepoxide 5 mg) ۵۰ عدد یک تا ۲ قرص، سه بار در روز.

- قرص آلپرازولام (Alprazolam 0.5mg)، ۵۰ عدد، نصف قرص، ۳ بار در روز.

- قرص دیازپام (Diazepam 2mg) ۵۰ عدد روزی یک یا دو قرص

دوز باید مطابق واکنش بیمار تنظیم شود.

#### خشکی دهان Xerostomia

کاهش جریان بزاق به علل مختلف از جمله دهیدراتاسیون، استرس، عفونت و انسداد غدد بزاقی، داروها، جراحی موضعی، آویتامینوز، دیابت، آنمی، بیماری‌های بافت همبند، سندرم شوگرن، رادیوتراپی و... ایجاد می‌شود که در این حالت بافت حالت خشک، قرمز و آتروفیک پیدا کرده، زبان ممکن است عاری از پاپیلا، شکافدار، آتروفیک و ملتهب باشد. همچنین پوسیدگی‌های متعدد بخصوص در ناحیه مارژین لثه و سطوح اکسپوز ریشه ایجاد می‌شوند (۴۱، ۴۰، ۲). درمان خشکی دهان تا حد زیادی حمایتی است. برای تسکین عوارض و ناراحتی ناشی از خشکی دهان می‌توان آب را در تمام طول روز مزمه کرد یا اینکه یخ در دهان قرار داد تا کم کم آب شود. مصرف کافئین محدود شده، از مصرف دهانشویه‌های حاوی الکل خودداری شود. در ضمن استفاده از وازلین بر روی سطح لب‌ها مناسب است (۲).

درمان کلی خشکی دهان استفاده از جانشین‌های بزاق یا محرک‌های بزاق است (۴۲) و چون جانشین‌های بزاق در ایران موجود نمی‌باشند دهانشویه ساختگی توصیه می‌شود. همچنین می‌توان از محلول‌های قابل دسترس در بازار ایران با عنوان oral balance استفاده کرد.

سیستمیک استفاده می‌شود. در موارد بسیار شدید از هر دو درمان سیستمیک و موضعی با هم استفاده می‌شود (۹).

داروهای ضدقارچ سیستمیک به این شکل تجویز می‌شوند:  
- قرص فلوکونازول (Fluconazole 100 mg) ۲۰ قرص در ابتدا روزانه ۲ قرص سپس یک قرص (۳۴).

- قرص کتوکونازول (Ketoconazole 200 mg) ۲۰ قرص روزی یک عدد. باید توجه داشت که این داروها دارای عوارض زیادی مانند عوارض کبدی، خونی، افزایش حساسیت و... هستند که باید در تجویز آنها دقت کرد.

استفاده از دهانشویه کلرهگزیدین (Mouthwash Chlorohexidine %0.2) نیز در درمان کاندیدوزیس موثر است (۹، ۳۵).

سندرم سوزش دهان *Burning Mouth Syndrome (BMS)* سندرم سوزش دهان عبارت است از یک اختلال دردناک داخل دهانی که فاقد هرگونه علائم کلینیکی است.

بیان این علائم در بیماران مختلف متفاوت است. بعضی از بیماران احساس سوزش دهان یا زبان داشته، عده ای از بیماران نوعی بی‌حسی در عضو، حس خارش و تیر کشیدن، وجود شن در دهان و درد را بیان می‌کنند.

اتیولوژی آن اختلالات عروقی، نورولوژیک، خشکی دهان، کاندیدوزیس، عفونت مزمن، داروها، دیسکرازی‌های خونی، اختلالات تغذیه‌ای، آلرژی، التهاب حاد، ریفلاکس معده و بیماری دیابت است (۳۸-۳۶، ۲).

گاهی سوزش زبان همراه با تغییرات مخاطی قابل مشاهده مانند آتروفی زبان، زبان جغرافیایی و MRG (Median Rhomboid Glossitis) است ولی اکثراً بدون تغییر مخاطی می‌باشد. در بیماران دارای ضایعه مخاطی، درمان ضایعات احتمالاً باعث برطرف شدن سندرم سوزش دهان می‌شود. مثلاً در بیمارانی که دارای زبان جغرافیایی هستند استفاده از دیفن‌هیدرامین هیدروکلراید، و در بیماران دارای MRG استفاده از داروهای ضدقارچ، ضایعه را بهبود می‌بخشند.

از آنجا که در مطالعات مختلف شایع‌ترین علت BMS، اضطراب عنوان شده است (۲۵، ۳۹)، بنابراین استفاده از بنزودیازپین‌ها یا سه حلقه‌ای‌ها در دوز پایین به صورت زیر توصیه می‌شود (۲):

قرص کلونازپام (Clonazepam 2 mg) روزانه ۱/۰ mg از راه

روی، مسمومیت با فلزات، اختلالات بویایی، شیمی درمانی و وجود خشکی دهان تغییر می کند. کاهش جریان بزاق موجب تمرکز الکترولیت‌ها در بزاق و طعم فلزی یا نمکی آن می‌شود. از طرفی در افراد مسن به علت کاهش تعداد جوانه‌های چشایی کاهش احساس مزه وجود دارد.

اختلالات چشایی ممکن است ناشی از وجود مواد غیرطبیعی در دهان مثل ترشحات مربوط به آبسه، زخم، پاکت پریودنتال و پلاک دندانی، تغییر فلور میکروبی دهان همراه با عفونت‌های اندوژن مثل کاندیدوزیس، ANUG و یا ناشی از ضایعات مختلف سطح دورسال زبان (آتروفیک، تکاملی سفید و مودار) باشد. بنابراین در درمان خشکی دهان ابتدا باید علت آن کشف و برطرف شود. در ضمن در این بیماران باید آزمایش‌های CBC، قند و چربی خون، میزان روی (Zn) در خون، همچنین آزمایش‌های فانکشن تیروئید، انجام پذیرد. در افرادی که اختلال چشایی بدون علت است، استفاده از کپسول روی (Zinc Sulfate 220 mg) ۱۰۰ کپسول حداقل یک ماه و ۳ بار در روز تجویز می‌شود (۲).

## References

- Greenberg M, Click M: Burket's oral medicine. Diagnosis and treatment. 10th Ed. Philadelphia Hamilton, BC Decker Inc. 2003;Chaps4,5:50-125.
- Little JW, Falace DN: Dental management of the medically compromised patients. 6th Ed. St Louis: The CV Mosby CO. 2002;Appendix B:548-564.
- جاویدان نژاد- ص، حاج بابایی- م: اطلاعات دارویی بالینی - داروهای ژنریک ایران. چاپ چهارم: تهران نشر علوم دانشگاهی تهران، ۱۳۸۰؛ ۲۸، ۱۶۵، ۷۳۶-۲۷.
- Scully C: Orofacial herpes simplex virus infections. Current concepts in the epidemiology, pathogenesis and treatment. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1989;68:701-710.
- Amir J, Harel, Smetana Z, Varson L: Treatment of herpes simplex gingivostomatitis with acyclovir in children: a randomized double blind placebo controlled study. J Pediatr 1998;132:185.
- آبگون - م: داروهای ژنریک ایران همراه با اقدامات پرستاری. چاپ دوم. تهران. موسسه فرهنگی نور دانش. ۱۳۷۸؛ ۸۱۸-۷۲۶، ۴۴۱-۸۱۲.
- Perna J, Eskinazi DP: Treatment of orofacial herpes simplex infections with acyclovir: a review. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1988;65:689-692.
- طوسی- پ، احمدی- ف، شهیدی دادرس- م، ملک‌زاده- ف، مانی قلم- ش، نصیری- س: تظاهرات اصلی و درمان بیماریهای پوست. چاپ دوم. تهران انتشارات سماط. ۱۳۷۵؛ فصل ۲۸ و ۳۷: ۱۵۱-۱۶۹، ۱۹۴-۱۹۰.
- Wood N, Goaz P: Differential diagnosis of oral and maxillofacial lesions. 5th Ed. St. Louis: The CV Mosby Co. 1997;Chaps5,6,8,11:60-64,71-81,122-125,162-170.

- استفاده از دهانشویه حاوی ۹۵ درصد آب، ۴٪ گلیسرین، ۱٪ اسانس لیمو و کاربرد آن چهار بار در روز در درمان خشکی موثر است (۱۷).

جویدن انواع آدامس‌های بدون قند (Sugarless Gum) (۴۲، ۴۳)، مواد ترش و مکیدن قرص نعنا بدون قند باعث تحریک موقت جریان بزاق در مبتلایان به خشکی دهان می‌گردد. علاوه بر این استفاده از داروها نیز در درمان مفید است:

- قرص‌های پیلوکارپین هیدروکلراید ( Pilocarpine Hcl 5mg)، ۱۰۰ قرص، ۳ بار در روز و هر بار یک قرص (۲).

- قرص بتانکول (Bethanchol) ۲۵ میلی‌گرمی، ۲۱ عدد، یک قرص سه بار در روز، در ایران قرص ۱۰ میلی‌گرمی موجود است.

## اختلالات چشایی

درک چشایی در شرایط فیزیولوژیک و عصبی مختلف، استفاده از داروها، اختلالات متابولیک (هیپروهیپو تیروئیدیسم، هیپوپاراتیروئیدیسم و دیابت)، آنمی، کمبود

10. Binwo S, Sonis S: Recurrent Aphthous ulcers: A review of diagnosis and treatment. *J Am Dent Assoc* 1996;127: 1202-1212.
11. Brown RS, Bottomley WK: Combination immunosuppressant and topical steroid therapy for treatment of recurrent major aphtae. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1990;69:42-44.
12. Nolan A, Lamey PJ, Milligan KA, Forsyth A: Recurrent aphthous ulceration and food sensitivity. *J Oral Pathol Med* 1991;20:473-475.
13. Saxen MR, Ambrosius WT: Sustained relief of oral aphthous ulceration and food topical diclofenac in hyaluronan: a randomized, double – blind clinical trial. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997;84:356-361.
14. Bagan Jr, Sanchis JM: Recurrent aphthous stomatitis. A study of the clinical characteristics of lesions in 93 cases. *J Oral Pathol Med* 1991;20:395-397.
15. Chahine L, Sempson N, Wagoner C: The effect of sodium lauryl sulfate on recurrent aphthous ulcers. A clinical study. *Compend Contin Educ Dent* 1997;18:1238-1240.
16. Tananis R, Derossi S, Sollectio TP, Greenberg MS: Management of recurrent aphthous stomatitis with colchicines and pentoxifylline. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2000;89:449.
17. Kay LW: Drugs in dentistry. *Dental Practitioner Handbook*. No 9. 2nd Ed. Bristol: John Wright, Sons LTD 1972; Chap3:96-115, 244.
۱۸. عظیمی حسینی-ص، بدیعی-ب: بررسی تأثیر داروی گیاهی مورد (myrtle) در درمان ضایعات آفتی مخاط دهان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قزوین*. سال ۱۳۷۷؛ ۶ و ۷: ۳-۹.
۱۹. طاهری-ج، توکلی-م، شاهرخی-م: بررسی مقایسه تأثیر داروی گیاهی مورد و Adcortyle در درمان ضایعات آفتی مخاط دهان. *مجله دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی* ۱۳۸۱؛ ۲۰: ۶۱۶-۶۰۸.
۲۰. صهبا-س، سیدمنیر-ا، قائم مقامی-ا: اثرات دهانشویه ۰/۱ درصد کلرهگزیدین گلوکونات بر زخم‌های آفتی دهان. *مجله دانشکده دندانپزشکی دانشگاه شهید بهشتی* ۱۳۷۰؛ ۱۳: ۲۶-۲۰.
۲۱. محمدعلی پور-ش، صهبا-س: بررسی اثرات درمانی دهانشویه بابونه بر ضایعات آفتی مخاط دهان. *پایان‌نامه دکترای دندانپزشکی، دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، سال تحصیلی ۷۹-۱۳۷۸*.
۲۲. صاحب جمعی-م، ثبوتی-ز: بررسی اثر فنی‌توئین بر روی آفت عود کننده دهان. *مجله دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی* ۱۳۷۱؛ ۱۶: ۲۱-۱۴.
23. Mollaogl N: Oral Lichen planus: a review. *Br J of Oral and Maxillofacial Surgery* 2000;38:370-377.
24. Hegarty AM, Hodgson TA, Lewsey JD, Porter SR: Fluticasone Propionate spray and betamethasone sodium phosphate mouthrinse: A randomized cross-over study for the treatment of symptomatic oral lichen planus. *J of the American Academy of Dermatology Online* 2002;47:271-279.
۲۵. قائم مقامی-ا، دربندی-آ، ملکی-ز: بررسی مقایسه‌ای اثر فلوسینولون استوناید و تریامسینولون استوناید بر لیکن پلان دهانی علامت‌دار. *مجله دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی* ۱۳۷۵؛ ۲۷: ۱۸-۱۴.
۲۶. یونس پور-ا، عظیمی حسینی-ص: تأثیر مشتقات ویتامین A در درمان لیکن پلان دهانی. *پایان‌نامه دکترای تخصصی، دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، سال تحصیلی ۸۰-۱۳۷۹*.
۲۷. نجفی-ش، صهبا-س: بررسی مقایسه اثر رتینوئیک اسید ۰/۰۵٪ در orabase با تریامسینولون استوناید ۰/۱٪ در orabase بر لیکن پلان دهانی علامت‌دار. *پایان‌نامه دکترای تخصصی، دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، سال تحصیلی ۸۳-۱۳۸۲*.



۲۸. طاهری-ج، قائم مقامی-ا: بررسی دهانشویه سیکلوسپورین (Neoral) در درمان لیکن پلان دهانی علامت دار. مجله جامعه اسلامی دندانپزشکان ایران ۱۳۷۷؛ ۳ و ۴: ۴۷-۵۳.
29. Aaarwal R, Sraswat A: Oral lichen planus. An Update Oral Surg 2002;38:533-547.
30. Colquhoun A, Ferguson M: An association between oral lichen planus and a persistently dry mouth. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2004;98:60-68.
۳۱. بختیاری-ص، صهبا-س: بررسی اثر لاک میکونازول فرموله شده در ایران بر دنچر استوماتیت. پایان نامه دکترای تخصصی، دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، سال تحصیلی ۱۳۷۸.
32. Bud FZ, Jorgensen E, Mojan P: Effect of an oral health program on the occurrence of oral candidiasis in a long-term care facility. Community Dent Oral Epidemiol 2000;28:141-149.
33. Kulak Y, Arıkan A, Kazazoglu F: Existence of candida albicans and microorganisms in denture stomatitis patients. J Oral Rehabil 1997;24:780-790.
34. Lucatorto FM, Franker C, Hardy WD, Chafey S: Treatment of refractory oral candidiasis with fluconazole. A case report. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1991;71:42-44.
۳۵. شفیع-م، طاهری-ج: درمان ضایعات دهانی شایع در دندانپزشکی. پایان نامه دکترای دندانپزشکی، دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، سال تحصیلی ۱۳۷۸.
36. Al-Quran F: Psychological profile in burning mouth syndrome. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2004;97:339-344.
37. Basker RM, Main DM: The cause and management of burning mouth condition. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1991;11:89-96.
38. Rojo L, Silverstre FJ, Bagan Jr, Vicente T: Prevalence of psychopathology in burning mouth syndrome. A comparative study among patient with and without psychiatric disorders and controls. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1994;78:312-316.
39. Paterson AJ, Lamb AB: Burning mouth syndrome. The relationship between the HAD scale and parafunctional habits. J Oral Pathol Med 1995;24:289-292.
40. Greenberg M: Double-Blind randomized, placebo-controlled study of pilocarpine to salvage salivary gland function during radiotherapy of patient with head and neck cancer. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2004;98:45:52.
41. Atkinson JC, Baum BJ: Salivary enhancement: current status and future therapies. J Dent Educ 2001;65:1096-1101.
۴۲. ارفع-م، بختیاری-ص: مقایسه اثر آدامس بدون قند اربیت و سقز طبیعی بر میزان بزاق و pH آن. پایان نامه دکترای دندانپزشکی، دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، سال تحصیلی ۱۳۸۳.
۴۳. فیاض-ا، عطار-م: مقایسه اثرات کلینیکی جایگزین بزاق (بزاق مصنوعی) و ترکیب موسینوزن طبیعی در بیماران با خشکی دهان. مجله دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ۱۳۸۲؛ ۲۱: ۶۵-۷۵.
۴۴. طلایی پور-ا، جلایر-ت: بررسی اثرات بزاق مصنوعی VA - Oralube در کاهش عوارض ناشی از رادیوتراپی سر و گردن. مجله دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران ۱۳۷۷؛ ۱۱: ۷۸-۸۴.