

مقاله خود آموزی

بر اساس تصویب اداره کل آموزش مداوم جامعه پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به پاسخ دهندگان پرسشهای مطرح شده در این مقاله ۱/۵ امتیاز به متخصصین داخلی، کودکان، زنان و زایمان و پزشکان عمومی تعلق می گیرد

تظاهرات دهانی کودکان مبتلا به HIV

دکتر جمشید آیت اللهی*^۱، دکتر رضوان بحر العلومی^۲، دکتر فاطمه آیت اللهی

لنفای خشکی دهان نیز در این بیماران شایع است که علل مختلف دارد، از جمله اختلال کار پاروتیدها و یا گرفتاری غدد به علل مختلف و یا به علت عارضه داروهای مصرفی بین میزان تضعیف سیستم ایمنی و بروز ضایعات دهانی رابطه وجود دارد به همین علت با بروز این ضایعات می توان حدس زد که سیستم ایمنی کودک در حال مختل شدن می باشد. بررسی نشانگرهای ایمنولوژیک و ویرولوژیک برای تعیین وضعیت بیماران به کار می رود و با ادامه بررسی ها می توان علایم بالینی از جمله وجود ضایعات دهانی را نیز به آن اضافه نمود.

واژه های کلیدی: کودکان، دهان، HIV، ایدز

مقدمه

ایدز از معضلات مهم بهداشتی در کشور های در حال توسعه و توسعه یافته می باشد. اگر چه با اقدام های درمانی جدید بروز عفونت HIV نوزادان در کشورهای توسعه یافته کاهش یافته و حتی افراد HIV مثبت می توانند بچه دار شده و یا مادران به نوزادانشان شیر بدهند با این وجود آمار کودکان آلوده به HIV در سایر کشورها در حال افزایش می باشد^(۱،۲). شایع ترین راه ابتلای کودکان به این عفونت انتقال ویروس در حین زایمان

اهداف

هدف از نگارش این مقاله آشنا نمودن بیشتر پزشکان با تظاهرات دهانی کودکان مبتلا به HIV/AIDS می باشد. این مقاله مروری جهت استفاده کلیه پزشکان به خصوص پزشکان متخصص عفونی، اطفال، دندانپزشکان و پزشکان عمومی ارائه گردیده است به طوری که در پایان قادر به: تشخیص انواع تظاهرات دهانی افراد HIV/AIDS باشند. علل مختلف ضایعات دهانی در این بیماران را بدانند. با راههای پیشگیری و درمان این تظاهرات آشنا شوند.

چکیده

تظاهرات دهانی بیماری ایدز در نقاط مختلف دنیا متفاوت و بستگی به موارد مختلف از جمله دسترسی به داروهای ضد HIV و رعایت بهداشت دهان دارد. در اکثر مطالعات انجام شده سه تابلوی بالینی بارزتر است که عبارتند از: کاندیدیازیس دهانی، بزرگی غدد پاروتید و بزرگی غدد

* نویسنده مسئول: دانشیار گروه بیماریهای عفونی و گرمسیری مرکز تحقیقات بیماریهای عفونی و گرمسیری یزد،
تلفن: ۰۹-۸۲۲۴۰۰۱، نامبر: ۸۲۲۴۱۰۰۰ تلفن همراه: ۰۹۱۳۳۵۸۴۸۹۱

Email: jamshidayatollahi@yahoo.com

۲- دندانپزشک - بخش پروتز دانشکده دندانپزشکی

۳- دانشجوی دندانپزشکی - دانشکده دندانپزشکی

۱،۲،۳-دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد

اگر تعداد ویروس های HIV این کودک از ۱۰۰۰۰ عدد به یک میلیون عدد برسد شانس ابتلا به ایدز از ۳٪ به ۱۷٪ خواهد رسید. بیماریهای همراه عفونت HIV در اطفال و بالغین از خیلی جهات شبیه هم ولی بعضی تابلوهای بالینی با شیوع متفاوت دیده می شود برای مثال شایع ترین بدخیمی در بزرگسالان سارکوم کاپوسی است در حالی که شایع ترین بدخیمی در این اطفال لنفوم غیر هوجکین و لیومیوسارکوم می باشد. پنومونی بینابینی لنفوئیدی و عفونت های باکتریال عود کننده و شدید و پاروتیدیت نیز در اطفال شایع تر است.

تظاهرات دهانی

بروز ضایعات دهانی در اطفال مانند بالغین بستگی به شدت پیشرفت نقص ایمنی دارد همچنین وضعیت تغذیه بیماران و دسترسی آنها به دارو ها نیز شدت و نوع ضایعه را تعیین می کند. در یک مطالعه نشان داده شد که وضعیت اقتصادی و اجتماعی و شرایط فرهنگی، دسترسی به اطلاعات در مورد ایدز و همکاری در مصرف دارو ها همگی در تظاهرات دهانی HIV در اطفال نقش دارند.^(۹،۸)

طبقه بندی ضایعات دهانی

این طبقه بندی بر اساس احتمال همراهی ضایعات مختلف دهانی با عفونت HIV می باشد (جدول ۲). این طبقه بندی بر اساس بررسی های وسیع اپیدمیولوژیک نوشته شده است با این وجود بعضی تظاهرات دهانی از یک منطقه جغرافیایی با منطقه جغرافیایی دیگر و از یک کشور با یک کشور دیگر متفاوت و همچنین دسترسی به داروها و مصرف داروها به عنوان پیشگیری نیز در شیوع آنها اثر می گذارد.^(۱۰،۱۱)

می باشد. دوره کمون بیماری در کودکان متفاوت ولی معمولاً کوتاه تر از بالغین می باشد^(۳). علایم بالینی بیماری در کودکان و بالغین شبیه هم ولی شیوع هر تابلوی بالینی متفاوت می باشد^(۳). در مطالعات انجام شده در ایران میزان آگاهی افراد در مورد این بیماری متفاوت بوده است^(۴) به همین جهت آموزش کلیه افراد جامعه و به خصوص پرسنل بهداشتی درمانی اهمیت حیاتی دارد^(۵). در این مقاله جهت آشنایی دندانپزشکان و پزشکان با تظاهرات و بیماریهای همراه HIV در دهان به تعدادی از موارد شایع آنها اشاره می شود.

تقسیم بندی بیماری HIV اطفال

تقسیم بندی بیماری اطفال بر اساس سن و علایم آنها می باشد^(۶) در بچه های طبیعی و غیر عفونی به طور طبیعی تعداد سلولهای CD4 آنها بیشتر از بالغین می باشد ولی با افزایش سن کودک تعداد آن کاهش تا در سن شش سالگی به حد بالغین می رسد ولی درصد سلولهای CD4 نسبت به لنفوسیت های T همیشه ثابت است. بچه های آلوده به HIV هر سه ماه یکبار باید تعداد و درصد سلولهای CD4 آنها شمرده شود.

شمارش سلولهای CD4 و تعداد ویروس مارکرهای مهم برای تعیین چگونگی پیشرفت عفونت HIV می باشند. به طوری که با تعیین آنها می توان حدس زد کودک چند سال زندگی خواهد کرد^(۷). برای مثال اگر یک کودک پنج ساله در صد سلولهای CD4 وی بالای ۲۰ درصد باشد کمتر از ۵٪ احتمال دارد که طی یکسال آینده مبتلا به بیماری ایدز شود در حالی که اگر در همین کودک سلولهای CD4 به ۱۰٪ برسد با احتمال ۱۵٪ طی یکسال وارد مرحله ایدز خواهد شد. همین طور می توان حدس زد که

جدول (۱): تقسیم بندی HIV اطفال بر اساس تعداد و در صد سلولهای CD4

کاتگوری ایمنی		> ۱۲ ماه		۱-۵ سال		۶-۱۲ سال	
		تعداد CD4 در mm ³ درصد	تعداد CD4 در mm ³ درصد	تعداد CD4 در mm ³ درصد	تعداد CD4 در mm ³ درصد	تعداد CD4 در mm ³ درصد	تعداد CD4 در mm ³ درصد
۱- بدون نقص ایمنی		< ۱۵۰۰	< ۲۵	< ۱۰۰۰	< ۲۵	< ۵۰۰	< ۲۵
۲- نقص ایمنی متوسط		۷۵۰-۱۴۹۹	۱۵-۲۴	۵۰۰-۹۹۹	۱۵-۲۴	۲۰۰-۴۹۹	۱۵-۲۴
۳- نقص ایمنی شدید		> ۷۵۰	> ۱۵	> ۵۰۰	> ۱۵	> ۲۰۰	> ۱۵

به HIV و ۸٪ کودکان غیر آلوده مشاهده شد. بزرگی غدد پاروتید در ۴٪ کودکان مبتلا به HIV مشاهده، در حالیکه بچه های HIV منفی هیچکدام بزرگی غدد پاروتید نداشتند. همچنین ۳٪ کودکان آلوده به HIV مبتلا به عفونت هرپس سیمپلکس بودند، در حالیکه افراد HIV منفی هیچکدام مبتلا به عفونت هرپس سیمپلکس نبودند. در مجموع کودکانی که ضایعات دهانی داشتند رشدشان کمتر از اطفالی بود که ضایعات دهانی نداشتند.

در یک مطالعه آینده نگر بین سال های ۱۹۹۸-۱۹۹۴، ۷۳ کودک مبتلا به HIV که تحت درمان با دارو های ضد HIV بودند به مدت چهار سال پیگیری شدند^(۱۷). شایع ترین ضایعات دهانی آنها خشکی دهان (۳۶٪) و کاندیدیازیس دهانی (۳۳٪) بود و ۵۱٪ کودکان لنف آدنوپاتی گردن داشتند. سایر تظاهرات دهانی بیماران به شرح زیر بود: زخم های دهانی (۷/۶٪-۳/۴٪)، موکوزیت (۱۹/۶٪-۰٪)، بزرگی پاروتیدها (۶/۸٪-۰/۹٪) و Oral hairy leukoplakia (۱۰٪-۰٪).

در یک مطالعه همگروهی آینده نگر در آمریکا ۹۹ کودک آلوده به HIV بررسی که ۷۲٪ آنها مبتلا به کاندیدای دهانی، ۴۷٪ مبتلا به بزرگی غدد پاروتید و ۲۴٪ مبتلا به عفونت هرپس سیمپلکس شدند^(۱۸). کودکانی که مبتلا به کاندیدای دهانی بودند زودتر از کودکانی که مبتلا به این بیماری نبودند فوت کردند. در حالیکه کودکانی که مبتلا به بزرگی غدد پاروتید بودند آهسته تر بیماری آنها پیشرفت کرده بود. احتمال داده می شود که بزرگی غدد پاروتید به علت تجمع سلول های CD8 است که می توانند باعث تخریب ویروس های HIV شوند.

در یک مطالعه مشاهده ای ۲ ساله که بر روی ۱۰۴ کودک مبتلا به HIV تحت درمان در آمریکا انجام شده ضایعات دهانی این کودکان با کودکان مشابه، ولی HIV منفی مقایسه شده است^(۱۹). ضایعات دهانی در ۷۶٪ کودکان HIV مثبت و ۳۶٪ کودکان HIV منفی مشاهده شد. در کودکان HIV مثبت شایع ترین ضایعه دهانی، کاندیدا (۲۸٪) و سپس اریتم خطی لثه (۲۲٪) بود. در همین مطالعه نشان داده شد که شانس مشاهده کاندیدای دهانی در اطفالی که CD4 آنها کمتر بود بیشتر می باشد. در یک مطالعه آینده نگر دیگر نتایج جالبی به دست آمد. ۳۸ کودک

جدول ۲: طبقه بندی ضایعات دهانی در اطفال مبتلا به HIV

گروه ۱: عفونت هایی که به طور شایع همراه عفونت HIV هستند
کاندیدایزیس دهانی
عفونت هرپس سیمپلکس
اریتم خطی لثه
بزرگی غدد پاروتید
زخم های عود کننده دهانی بدون منشا میکروبی
گروه ۲: عفونت هایی که با شیوع کمتری همراه عفونت HIV اطفال مشاهده می شوند
عفونت های باکتریال دهان
بیماری نکروتایزینگ لثه و پریودنتال
استوماتیت نکروزه
درماتیت سبوره
عفونت سایتومگالوویروس
خشکی دهان
مولوسکوم کونتاژیوزا
پاپیلوم ویروس انسانی
عفونت با ویروس آبله مرغان
گروه ۳: ضایعاتی که شدیداً مطرح کننده HIV هستند ولی به ندرت در اطفال دیده میشوند
لنفوم غیر هوچکینی
سارکوم کاپوسی
ضایعات سلی
Oral hairy leukoplakia

اپیدمیولوژی

در نقاط مختلف دنیا مطالعات مشاهده ای زیادی راجع به ضایعات دهانی عفونت HIV انجام شده است. برای مثال در یک مطالعه، دهان ۲۸ کودک بررسی که ۱۷٪ آنها مبتلا به کاندیدا، ۷٪ مبتلا به زخم دهان و یک نفر آنها مبتلا به بزرگی دو طرفه غدد پاروتید بود^(۱۲). در یک بررسی دیگر ۴۷ کودک (با سنین ۳ ماهگی تا ۶/۵ سالگی) معاینه شدند که ۲۶/۷٪ آنها مبتلا به کاندیدای دهانی و یک نفر مبتلا به بزرگی غدد پاروتید بود^(۱۳). در مطالعه دیگری که در ایتالیا انجام شده ۲۸/۹٪ اطفال مبتلا به کاندیدای دهان بودند^(۱۴). در مطالعه دیگری که بر روی کودکان مبتلا به ایدز بستری در بیمارستان انجام شده است از ۴۰ کودک مبتلا به ایدز ۳۵٪ آنها کاندیدای دهانی داشتند^(۱۵).

مطالعه ای که در آمریکا بر روی ۹۱ کودک مبتلا به HIV انجام شده است وضعیت آنها با ۱۸۵ کودک HIV منفی مقایسه گردیده است^(۱۶). کاندیدای دهان و حلق در ۶۷٪ کودکان مبتلا

انجام شده، کاندیدای دهانی (۶۵/۸٪) شایع‌ترین یافته دهان بود. یک کودک مبتلا به عفونت پاپیلوما بود که مشخص شد که این کودک با برادر و مادرش که هر دو این عفونت را داشتند از یک مسواک مشترک استفاده می‌کردند.^(۲۶)

در یک مطالعه که در آفریقا انجام شده از ۶۳ کودک مبتلا به HIV، ۵۹٪ آنها دارای لنف آدنوپاتی و ۱۹٪ آنها کاندیدای دهانی داشتند.^(۲۷)

در دو مطالعه انجام شده در تایلند بر روی ۸۵ کودک نتایج مشابهی به دست آمده است. در مجموع ۴۹٪ و ۵۸٪ کودکان مبتلا به ضایعات دهانی بوده و کاندیدیازیس دهانی شایع‌ترین یافته در هر دو مطالعه بوده است.^(۲۸،۲۹)

در مطالعه دیگری که در تایلند انجام شده. کاندیدای دهانی در ۳/۳۶٪ کودکان مشاهده و هرچقدر سیستم ایمنی بیشتر ضعیف شده بود این ضایعات بزرگتر بودند.^(۳۰)

درمان ضایعات دهانی

در صورتی که سلولهای CD4 بیماران بیشتر از ۱۵٪ باشد می‌توان کاندیدای دهانی را با داروهای ضد قارچ موضعی درمان نمود^(۳۱) در صورتیکه کودک قادر به مکیدن باشد قرص‌های خوراکی کلوتریمازول ۱۰ میلی گرمی روزی سه تا پنج بار ترجیح داده می‌شود. در کودکان شیرخوار می‌توان از قرص‌های واژینال صد هزار واحدی در میلی لیتر در شیشه شیر آنها استفاده نمود. از یک تا پنج میلی لیتر قطره نیستاتین نیز می‌توان استفاده کرد ولی اثر آن کمتر از قرص کلوتریمازول می‌باشد. داروهای ضد قارچ موضعی معمولاً دارای دکستروز می‌باشند که در استفاده طولانی مدت می‌تواند باعث پوسیدگی دندان‌ها شود به خصوص در کودکانی که میزان بزاق آنها کم شده باشد.^(۳۲) اگر CD4 بیماران به کمتر از ۱۵٪ رسیده باشد باید از داروهای ضد قارچ سیستمیک استفاده نمود معمولاً فلوکونازول ۵-۲ mg/Kg و کتوکونازول ۶-۴ mg/Kg به خوبی تحمل می‌شوند^(۳۳) گرفتاری کبد از عوارض هر دوی این داروها بوده و در صورت استفاده طولانی مدت ممکن است مقاومت مشاهده شود به طور معمول این داروها ۱ تا سه روز پس از برطرف شدن علائم ادامه می‌دهند.^(۳۴)

عفونت‌های ناشی از هرپس و ویروس‌ها معمولاً وقتی شروع می‌شوند

مبتلا به HIV تعدادی از آنها تحت درمان با داروهای قوی ضد ترو ویروس قرار گرفتند در حالیکه تعدادی از آنها فقط مهارکننده‌های reverse transcriptase دریافت کردند. نوع ضایعات در هر دو گروه مشابه بود.^(۲۰) در این مطالعه تعداد ویروس HIV در افرادی که ضایعات دهانی داشتند با کودکانی که ضایعات دهانی نداشتند تفاوتی نشان نداد.

در یک مطالعه انجام شده در پایتخت ایتالیا ۸۵ کودک مبتلا به HIV تحت درمان بررسی، که تقریباً تمام کودکان مبتلا به بیماری ایدز (۹۳٪) کاندیدای دهانی داشتند در حالیکه ۵۶٪ کل این کودکان (مبتلا به عفونت HIV یا مبتلا به بیماری ایدز) مبتلا به کاندیدای دهانی بودند.^(۲۱) همچنین تعداد زیادی از این کودکان دیسفاژی داشتند که احتمالاً علت آن کاندیدای مری بوده است در مطالعه دیگری بیست و شش کودک مبتلا به HIV به مدت ۲۸/۸ ماه پیگیری شدند.^(۲۲) در این مدت ۲۸ مرتبه به دلایل مختلف لازم شد این کودکان در بیمارستان بستری که ۲۵٪ موارد آن به علت ضایعات دهانی بود.

مطالعه‌ای که در رومانی بر روی ۱۷۳ کودک مبتلا به HIV انجام شد در مجموع ۵۵٪ آنها مبتلا به ضایعات دهانی بودند.^(۲۳) سن این کودکان ۶-۱۲ سال و تقریباً نیمی از آنها دختر و نیمی از آنها پسر بودند. در این مطالعه نیز شایع‌ترین علت گرفتاری دهان، کاندیدا بود.

در یک مطالعه انجام شده در برزیل بر روی ۳۰ کودک مبتلا به ایدز که تحت درمان با داروهای ضد ترو ویروس بودند ۴۰٪ آنها مبتلا به لنف آدنوپاتی گردن، ۳۳٪ مبتلا به ژنژیویت، ۲۳٪ مبتلا به کاندیدا، ۱۳٪ مبتلا به بزرگی غدد پاروتید و ۳٪ دارای زخم دهان بودند. کودکانی که دارای سلولهای CD4 بالای ۱۰۰۰ عدد در میلی لیتر بودند ضایعات دهانی نداشتند.^(۲۴)

در مطالعه دیگری که در برزیل بر روی پنجاه و یک کودک مبتلا به ایدز انجام شد در ۲۱٪ آنها کاندیدای دهانی و ۱۹/۶٪ بزرگی غدد بزاقی داشتند. کودکانی که ضایعات دهان داشتند وضعیت ایمنی آنها بدتر از کودکانی بود که ضایعات دهان نداشتند.^(۲۵)

در مطالعه سومی که در برزیل بر روی سی و هشت کودک مبتلا

در کودکانی که میزان بزاق آنها به علت بیماری کم شده است می توان از محرک های بزاق مانند جویدن آدامس های بدون قند استفاده نمود . می توان از بزاق مصنوعی نیز برای تخفیف علائم استفاده کرد. با مشورت با پزشک بیمار . می توان در مواردی پیلوکارپین و Cevimeline نیز تجویز نمود^(۳۷) .

Oral hairy leukoplakia را می توان با آسیکلویر درمان نمود ولی معمولاً این عصاره برای بیمار مشکلی ایجاد نمی کند و باعث بدخیمی هم نمی شود و تصمیم برای درمان آن بستگی به نظر بیمار و تمایل برای برطرف کردن این ضایعه دارد.

درمان زخم های دهانی نیز بستگی به علت آن دارد^(۳۸،۳۹) در آفت دهان می توان از کورتیکواستروئید های دهانی مانند Fluocinonide ۰/۰۵٪ یا Clobetasol ۰/۰۵٪ مخلوط با orabase استفاده نمود. در ضایعات متعدد همچنین می توان از الگزیبر دگزامتازون نیز استفاده نمود. در موارد شدید نیز بسته به مورد می توان از گلوکوکورتیکواستروئیدهای سیستمیک استفاده نمود. در مواردی که زخم ها به درمان های فوق جواب ندهند می توان مقادیر کم کلشیسین (Colchicines) تجویز نمود^(۳۹) .

که بیمار دچار نقص سیستم ایمنی پیشرفته شده باشد که در این موارد می توان از قرص های آسیکلویر ۲۰۰ تا ۴۰۰ میلی گرم هر ۶ ساعت برای درمان بیماران استفاده نمود^(۳۵) . برای درمان عفونت های واریسلوزستر باید از مقادیر بیشتر این دارو استفاده نمود. وال آسیکلویر نیز برای درمان این بیماران مؤثر ولی در افرادی که دارای نقص ایمنی شدید هستند می تواند باعث سندروم اورمیک همولیتیک شود^(۳۶) این دارو را فقط پس از مشورت با پزشک کودک می توان تجویز نمود .

در صورت مشاهده ضایعات نکروزه پرئودانتال باید ضایعات نکروزه را خارج و root planing انجام داد. می توان دهان را با محلولهای آنتی بیوتیک شستشو و به صورت همزمان آنتی بیوتیک خوراکی مانند مترونیدازول (۳۵-۱۵ mg/kg) هر ۸ ساعت)، یا آموکسی سیلین + کلاوولانات (۴۰ mg/kg/d) هر ۸ ساعت) یا کلیندامایسین (۳۰-۲۰ mg/kg/d) هر ۶ ساعت) نیز تجویز نمود^(۳۷) . برای بزرگی غدد پارتوئید هنوز درمان مؤثری پیدا نشده است تجویز آنتی بیوتیک یا کورتیکواستروئید ها همراه با نتایج متناقضی بوده است.

منابع

غفوری محمد. بررسی میزان آگاهی دانش آموزان سال آخر دبیرستان های شهر یزد در مورد بیماری ایدز. مجله طلوع بهداشت. فصل نامه پژوهشی دانشکده بهداشت، سال اول، شماره دوم، زمستان ۱۳۸۱. صفحات ۳۵-۳۱.

۵- ظریف نسب مجید، جعفری زاده مجید، باقیان محمد حسین، آیت اللهی جمشید، فلاح زاده حسین. تأثیر آموزش بر میزان آگاهی پرستاران شاغل در بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد در مورد بیماری ایدز. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد. سال هفتم، ضمیمه شماره دوم، تابستان ۷۸. صفحات ۶۲-۵۷.

۱- آیت اللهی جمشید، بهجتی اردکانی مصطفی. زوج های HIV مثبت: حاملگی و شیردهی. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد. سال دوازدهم، شماره چهارم، زمستان ۱۳۸۳. صفحات ۱۰۸-۱۰۰.

۲- آیت اللهی جمشید. بچه دار شدن زن و شوهرهای HIV مثبت. اسرار. سال یازدهم، شماره یک، بهار ۱۳۸۴. صفحات ۴۰-۳۴.

۳- مهیار ابوالفضل. ایدز در کودکان. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی قزوین، شماره ۲۳، پاییز ۱۳۸۱. صفحات ۸۲-۷۰.

۴- بهجتی اردکانی مصطفی، آیت اللهی جمشید، حیدری محمد،

- 6- Centers for Disease Control. *1994 Revised Classification system for human immunodeficiency virus infection in children less than 13 years of age.* MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1994; 43: 1-10.
- 7- Dunn D. *HIV Paediatric Prognostic Markers Collaborative study Group. Short- term risk of disease progression in HIV- infected children receiving no antiretroviral therapy or zidovudine monotherapy: estimates according to CD4 percent, viral load, and age.* Lancet 2003; 326: 1605-11.
- 8- Grando LJ, Yurgel LS, Machado DC. *The association between oral manifestations and the socioeconomic and cultural characteristics of HIV- infected children in Brazil and in the United States.* Pan Am J Public Health 2003; 14: 112-8.
- 9- Ramos- Gomez FJ, Flaitz C, Catapano P. *Classification, diagnostic criteria, and treatment recommendations for orofacial manifestations in HIV- infected pediatric patients.* J Clin Pediatr Dent 1999; 23: 85-95.
- 10- Glick M, Muzyka BC, Lurie D, Salkin LM. *Oral manifestations associated with HIV disease as markers for immune suppression and AIDS.* Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1994; 77: 344-9.
- 11- Patton LL. *Sensitivity, specificity, and predictive value of oral opportunistic infections in adults with HIV/ AIDS as markers of immune suppression and viral burden.* Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2000; 90: 182-8.
- 12- Del Toro A, Berkowitz R, Meyerowitz C, Frenkel LM. *Oral findings in asymptomatic (P-1) and symptomatic (P-2) HIV- infected children.* Am Acad Paediatr Dent 1996; 18: 114-6.
- 13- Ketchem L, Berkowitz RJ, Mellveen L, Forrester D, Rakusan t. *Oral findings in HIV- seropositive children pediatr Dent* 1990;12:143-6.
- 14- Moniaci D, Cavallari M, Greco. *Oral lesions in children born to HIV-1 positive women.* J Oral Pathol Med 1993;22:8-11.
- 15- Valdez IH, Pizzo PA, Atkinson JC. *Oral health of pediatric AIDS patients: a hospital-based study.* J Dent child 1994;61:114-8
- 16- Ramos-Gomez FJ, Hilton JF, Canchola AJ, Greenspan D, Greenspan JS, Maldonado YA. *Risk factors for HIV-related orofacial soft-tissue manifestations in children.* Pediatr Dent 1996; 18: 121-6.
- 17- Kozinetz CA Carter AB, Simon C. *Oral manifestations of pediatric vertical HIV infection.* Aids Patient Care 2000;14:89-94.
- 18- Katz MH, Mastrucci MT, Leggott PJ, Westenhuse J, Greenspan JS, Scott GB. *Prognostic significance of oral lesions in children with perinatally acquired human immunodeficiency virus infection.* Am J Dis Child 1993; 147:45-8.
- 19- Barasch A, Safford MM, Catalanotto FA, Fine DH, Katz RV. *Oral soft tissue manifestations in HIV-positive vs. HIV-negative children from an inner city population: a two -year observational study.* Am Acad Pediatr Dent 2000; 22: 215-20.
- 20- Flanagan MA, Barasch A, koenigsberg SR, Fine D, Houpt M. *Prevalence of oral soft tissue lesions in HIV-infected minority children treated with highly active antiretroviral therapy.* Am Acad Pediatr Dent 2000;22:287-91.
- 21-El Hachem M, Bernardi S, Pianosi G. *Mucocutaneous*

- manifestations in children with HIV infection and AIDS.* *Pediatr Dermatol* 1998; 15: 429-34.
- 22- Hauk M, Berkowitz RJ, Moss M, Meyerowitz C, Cassman B, Weinberg GA. *Hospitalizations associated with oral lesions in perinatally HIV-infected children.* *Am Acad Pediatr Dent* 1997; 19: 484-5.
- 23- Flaiz C, Wullbrandt B, Sexton J, Bourdon T, Hicks J. *Prevalence of orodental findings in HIV-infected Romanian children.* *Pediatr Dent* 2001; 23: 44-50.
- 24- Bosco VL, Birman EG. *Oral manifestations in children with AIDS and in controls.* *Pesqui Odontol Bras* 2002; 16: 7-11.
- 25- Fonseca R, Cardoso AS, Romarico I. *Frequency of oral manifestations in children infected with human immunodeficiency virus.* *Quintessence International* 2000; 31: 419-22.
- 26- Magalhaes MG, Bueno DF, Serra E, Goncalves R. *Oral manifestations of HIV positive children.* *J Clin Pediatr Dent* 2001; 25: 103-6.
- 27- Emodi IJ, Okafor GO. *Clinical manifestations of HIV infection in children at Enugu, Nigeria.* *J Trop Pediatr* 1998; 44: 73-6.
- 28- Khongkuntian P, Grote M, Isaratanan W, Piyaworawong S, Reichart PA. *Oral manifestations in 45 HIV- positive children from Northern Thailand.* *J Oral Pathol Med* 2001; 30: 549-52.
- 29- Pongsiriwet S, Iamaroon A, Kanjanvanti S, Pattanaporn K, Krisanaprakornkit S. *Oral lesions and dental caries status in perinatally HIV- infected children in Northern Thailand.* *Int J Pediatr Dent* 2003; 13: 180-5.
- 30- Wananukul S, Thisyakorn U. *Mucocutaneous manifestations of HIV infection in 91 children born to HIV- seropositive women.* *Pediatr Dermatol* 1999; 16: 359-63.
- 31- Stellenbosch University. *Management of oral lesions of HIV infection.* Available at www.oralhivlesions.com. Accessed May 13, 2004.
- 32- Barlett JG, Gallant JE. *Medical Management of HIV. Chapter VII: Systems Review.* Available at www.hopkins-aids.edu/publications/book/. Accessed on May 02, 2004.
- 33- Sobel JD. *Practice guidelines for the treatment of fungal infections.* *Clin Infect Dis.* 2000; 30: 652-660.
- 34- Soll DR, *Candida commensalism and virulence: the evolution of phenotypic plasticity.* *Acta Trop* 2002; 81: 101-110.
- 35- Balfour HH. *Antiviral drugs.* *N Engl J Med.* 1999; 340:1255-60.
- 36- Chilukuri S, Rosen T. *Management of acyclovir-resistant herpes simplex virus.* *Dermatol Clin.* 2003; 21: 311-315.
- 37- Cohen-Brown G, Ship JA. *Diagnosis and treatment of salivary gland disorders.* *Quintessence International* 2004; 35: 108-19.
- 38- Kademani D, Glick M. *Diagnosis, management and relevance to HIV disease progression.* *Quint Inter* 1998; 29: 523-34.
- 39- Glick M, Muzyka BC. *Alternate treatment for major aphthous ulcerations in patients with AIDS.* *J Am Dent Assoc* 1992; 123: 61-5.

سؤالات مقاله خودآموزی تظاهرات دهانی کودکان مبتلا به HIV

- ۱- کدام جمله در مورد ایدز صحیح است ؟
 الف) افراد HIV مثبت نباید تحت هیچ شرایطی حامله شوند .
 ب) دوره کمون بیماری در کودکان معمولاً طولانی‌تر از بالغین است .
 ج) مادران HIV مثبت در هیچ شرایطی نباید به فرزندانشان شیر بدهند .
 د) شایع‌ترین راه ابتلای کودکان به این عفونت ، انتقال ویروس در حین زایمان است .
- ۲- تعداد CD4 در اطفال در چه سنی به اندازه بزرگسالان می‌شود ؟
 الف) بدو تولد (ب) ۳ سالگی
 ج) ۶ سالگی (د) ۱۸ سالگی
- ۳- اگر CD4 یک کودک ۱۰٪ باشد با احتمال چند درصد طی یک سال وارد مرحله ایدز می‌شود ؟
 الف) ۵ (ب) ۱۰
 ج) ۱۵ (د) ۱۰۰
- ۴- بروز ضایعات دهانی در کودکان بستگی به کدامیک از موارد زیر دارد ؟
 الف) پیشرفت نقص ایمنی (ب) وضعیت تغذیه
 ج) عدم مصرف دارو (د) تمام موارد
- ۵- کدامیک از عفونت‌های دهانی زیر با احتمال کمتری در اطفال مبتلا به HIV دیده می‌شود ؟
 الف) باکتریال (ب) هرپس سیمپلکس
 ج) اریتم خطی لته (د) کاندیدیازیس
- ۶- کدامیک از عفونت‌های زیر با وجودی که به ندرت در اطفال دیده می‌شوند با این وجود شدیداً مطرح‌کننده عفونت HIV می‌باشند ؟
 الف) سل (ب) کاندیدیازیس
 ج) مولوسکوم کونتاجیوزا (د) استوماتیت نکروزه
- ۷- در مطالعه همگروهی آینده‌نگری که در آمریکا بر روی ۹۹ کودک مبتلا به HIV انجام شد وجود کدامیک از تظاهرات بالینی همراه با سیر آهسته‌تر بیماری ایدز بود ؟
 الف) کاندیدای دهانی (ب) بزرگی غدد پاروتید
 ج) هرپس سیمپلکس (د) موکوزیت
- ۸- در مطالعه انجام شده در ایتالیا چند درصد کودکان مبتلا به ایدز ، کاندیدیازیس دهانی داشتند ؟
 الف) ۱۳ (ب) ۳۳
 ج) ۷۳ (د) ۹۳
- ۹- مصرف دراز مدت داروهای ضد قارچ موضعی موضعی دهانی در کودکان مبتلا به HIV چه عارضه‌ای برای این کودکان ایجاد می‌کند ؟
 الف) افزایش عفونت هرپس سیمپلکس (ب) کاهش بزاق
 ج) پوسیدگی دندان‌ها (د) تب
- ۱۰- در کودکانی که به علت ابتلا به HIV بزاق آنها کم شده است تمام داروهای زیر توصیه شده است به جز ؟
 الف) بزاق مصنوعی (ب) کلوتازول
 ج) پیلوکارپین (د) آدامس بدون قند

بسمه تعالی

قابل توجه شرکت کنندگان در برنامه خودآموزی:

شرکت کنندگان در برنامه خودآموزی لازم است فرم ثبت نام را بطور کامل تکمیل و به مهر نظام پزشکی ممهور نمایند و پس از مطالعه مقاله خودآموزی بعد از پاسخگویی به سؤالات پرسشنامه و اعلام نظر خود در خصوص مقاله مطالعه شده در فرم نظرخواهی نسبت به ارسال اصل هر سه فرم تکمیل شده حداکثر تا تاریخ ۱۳۸۶/۱۲/۲۰ به آدرس: یزد - میدان باهنر - سازمان مرکزی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی - دفتر مجله علمی پژوهشی اقدام نمایند تا در صورت پاسخگویی صحیح به حداقل ۷۰٪ از سؤالات مقاله، گواهینامه شرکت در برنامه خودآموزی صادر و به آدرس مندرج در فرم ثبت نام ارسال گردد.

بسمه تعالی

جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت آموزشی - اداره کل آموزش مداوم جامعه پزشکی

فرم ثبت نام در برنامه خودآموزی

عنوان مقاله: تظاهرات دهانی کودکان مبتلا به HIV نام نشریه: مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
 نام خانوادگی: نام پدر: شماره شناسنامه: صادره از:
 تاریخ تولد: جنس: مرد زن
 محل فعالیت: استان: شهرستان: بخش: روستا:
 نوع فعالیت: هیأت علمی آزاد رسمی پیمانی قراردادی طرح سایر
 مقطع آخرین مدرک تحصیلی و سال اخذ مدرک:
 رشته تحصیلی مقاطع: لیسانس: فوق لیسانس: دکتر: تخصص: فوق تخصص:
 آدرس دقیق پستی: کد پستی: شماره تلفن: تاریخ تکمیل و ارسال فرم:
 امضاء، شماره نظام پزشکی و مهر متقاضی:

امضاء و مهر مسئول ثبت نام

نظری	کاملاً	تاحدی	کاملاً	خواهشمند است نظر خود را با گذاردن علامت (x) در زیر گزینه مربوطه اعلام نمایید
ندارم	مخالقم	مخالقم	موافقم	موافقم
				۱- محتوای مقاله براساس منابع جدید علمی ارایه شده است.
				۲- محتوای مقاله با نیازهای حرفه ای من تناسب داشته است.
				۳- محتوای مقاله در جهت تحقق اهداف آموزشی نوشته شده است.
				۴- در محتوای مقاله شیوایی و سهولت بیان در انتقال مفاهیم رعایت شده است.
- سه عنوان پیشنهادی خود را برای ارایه مقالات خودآموزی ذکر نمایید				
همکار گرامی لطفاً با ارایه نظرات و پیشنهادات خود در جهت توسعه کیفی مقالات خودآموزی، برنامه ریزان و مجریان برنامه های آموزش مداوم را یاری فرمایید				

لطفاً با گذاردن علامت (x) در زیر گزینه صحیح به سؤالات پرسشنامه مقاله خودآموزی پاسخ دهید:				
سوال	الف	ب	ج	د
۱				۱۶
۲				۱۷
۳				۱۸
۴				۱۹
۵				۲۰
۶				۲۱
۷				۲۲
۸				۲۳
۹				۲۴
۱۰				۲۵
۱۱				۲۶
۱۲				۲۷
۱۳				۲۸
۱۴				۲۹
۱۵				۳۰