

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 عفونی و پزشکان عمومی، دندانپزشکان عمومی، متخصصین دندانپزشکی، متخصصین دندانپزشکی اطفال تعلق می‌گیرد.

عفونتهای بافت نرم دهان اطفال

دکتر جمشید آیت‌اللهی^{۱*}، دکتر زهرا بحرالعلومی^۲، دکتر فاطمه عزالدینی اردکانی^۳، دکتر رضوان بحرالعلومی^۴، محمد افخمی^۵، فاطمه آیت‌اللهی^۶

بعضی از آنها احتیاج به درمان داشته و در صورت عدم تشخیص و عدم درمان به موقع می‌توانند ضایعات جبران ناپذیری را ایجاد کنند. در این مقاله در مورد عوامل متعدد عفونی ایجاد کننده این ضایعات و روش‌های تشخیصی که می‌توان برای شناسایی این عوامل به کار برد و همینطور به صورت مختصر در مورد درمان و راه‌های پیشگیری از آنها صحبت خواهد شد.

عفونتهای باکتریال

ژنژیویت حاد اولسراتیونکروزه (Acute necrotizing ulcerative gingivitis)

این بیماری یک عفونت اورژانسی اطفال می‌باشد (۱) که علت آنرا افزایش اسپیروکت‌ها و *Prevotella intermedia* در دهان می‌دانند. شرایط متعددی ممکن است بروز این بیماری را تسریع کنند، ولی مهمتر از همه سو تغذیه و نقص ایمنی می‌باشد (۱). از علائم این بیماری زخم‌های دردناک در تمام قسمت‌های لثه‌ها، نکروز فوکال در ناحیه پاپیل بین دندان‌ها و خونریزی است. به علت شدت ضایعات بهداشت دهان کاهش یافته و بوی بد دهان همراه با ذرات نکروزه مشاهده می‌شود. در تعدادی از کودکان به صورت همزمان عفونت‌های ویروسی نیز ممکن است اتفاق بیفتد، مانند ژنژیواستوماتیت هرپسی که باعث مشکل شدن تشخیص می‌شود.

برای کنترل این ژنژیویت ضایعات باید دبرید شده و آنتی‌بیوتیک

اهداف

هدف این مقاله آشنا نمودن پزشکان و دندان پزشکان با عفونتهای بافت نرم دهان اطفال می‌باشد. این عفونت‌ها می‌توانند فقط موضعی بوده و یا بخشی از یک عفونت منتشر باشند. با مطالعه این مقاله انتظار می‌رود پزشکان و دندانپزشکان آشنایی بیشتری با این عفونت‌ها پیدا کرده به طوری که در پایان:
۱- انواع عوامل عفونی که به صورت موضعی دهان را گرفتار می‌کنند را بشناسند.
۲- با انواع تابلوهای بالینی گرفتاری دهان در جریان عفونت‌های منتشر آشنا شده باشند.
۳- با انواع راه‌های پیشگیری و درمان این بیماری‌ها آشنا شده باشند.

مقدمه

عوامل عفونی که می‌توانند حفره دهان را گرفتار سازند بسیار زیادند و برای مثال می‌توان از انواع ویروس‌ها، باکتری‌ها، مایکوباکتریوم‌ها، قارچ‌ها و غیره نام برد. بعضی از این عوامل عفونی خود محدود شونده بوده و بدون هیچ درمانی خوب می‌شوند ولی

* نویسنده مسئول: دانشیار گروه بیماریهای عفونی و گرمسیری
نمابر: ۰۳۵۱-۸۲۲۴۱۰۰ Email: jamshidaytollahi@yahoo.com
۲- استادیار گروه دندانپزشکی اطفال
۳- دانشیار گروه رادیولوژی فک و صورت
۴- دندانپزشک بخش دندانپزشکی جامعه نگر
۵- کارشناس ارشد تکنولوژی آموزشی
۶- دانشجوی دندانپزشکی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد

جراحی لازم می‌شود.

سل دهان (Oral tuberculosis)

بروز سل در تمام دنیا در حال افزایش که علل زیادی برای آن ذکر شده است از جمله مقاومت دارویی و افزایش موارد HIV (۱۱). همزمانی HIV و سل باعث افزایش موارد سل خارج ریوی از جمله سل دهان می‌شود. گرفتاری تمام نقاط دهان از جمله لب، ناحیه باکال، لثه‌ها، غدد بزاقی، زبان و لوزه‌ها گزارش شده است (۱۲). ولی شایع‌ترین محل آن زبان می‌باشد (۱۳). تابلوی بالینی بیماری متفاوت و از جمله به شکل بزرگی زبان و یا زخم‌های طول کشنده و یا پاروتیدیت ممکن است تظاهر کند. تشخیص معمولاً پس از گرفتن نمونه بیوپسی و ارسال نمونه‌ها به پاتولوژی و با رنگ آمیزی ذیل نلسون و کشت میسر می‌باشد. درمان ضایعات سلی دهان مانند سل ریه چهار دارویی و به مدت شش ماه با داروهای ایزونیاژید، ریفامپین، پیرازینامید و اتامبوتول انجام می‌شود (۱۳).

ژنژیواستوماتیت اولیه هرپسی (Primary acute herpetic gingivostomatitis)

این بیماری به طور شایع در شیرخواران و بچه‌های کم سن و سال دیده می‌شود. عامل این بیماری بیشتر هرپس سیمپلکس تیپ یک و با شیوع کمتر هرپس سیمپلکس تیپ دو می‌باشد. بروز این عفونت از ۶ ماهگی به بعد افزایش و در سن دو تا چهار سالگی به حداکثر می‌رسد (۱۴). شروع بیماری حاد و ناگهانی و شامل علائم احساس کوفتگی، بیقراری، تب و سپس ضایعات منتشر دهانی می‌باشد. معمولاً قبل از ظهور ضایعات دهانی بیماران ۳-۱ روز احساس ناراحتی می‌کنند. در معاینه بیماران دچار تب، زخم‌های منتشر لثه همراه با خونریزی و بزرگی غدد لنفاوی گردن می‌باشند. تعداد کمی از بیماران ممکن است ضایعات اطراف دهان نیز داشته باشند.

این بیماری خود محدود شونده بوده و احتیاج به درمان اختصاصی ندارد. در مرحله حاد بیماری می‌توان بیحس کننده‌های موضعی و شستشوی دهان با ضد عفونی کننده‌ها را توصیه نمود. پوشش دهنده‌های مخاط مانند شیر منیزی و کائوپکتات به صورت موقتی باعث تسکین ناراحتی کودک شده

مناسب نیز تجویز شود. برای این منظور می‌توان پنی‌سیلین ۲۵-۵۰ mg/kg/d V تجویز نمود. جهت جلوگیری از سو تغذیه بیمار، باید از بی حس کننده‌های موضعی استفاده نمود تا کودک قادر به خوردن و آشامیدن باشد (۱).



شکل ۱: بیماریهای تکرور زخمی شونده: ژنژیویت و پریودونتیت

عفونت باکتریال غدد بزاقی

شایع‌ترین عارضه غدد بزاقی، عفونت حاد باکتریال می‌باشد (۲)، که معمولاً علت آن دهیدره شدن کودک و یا انسداد مجرای بزاقی است (۳، ۴، ۵). به علت موقعیت آناتومیک و مجرای پیچ و خم دار، بیشتر غدد بزاقی ساب ماندیبولر و ساب لینگوآل گرفتار می‌شود (۶، ۷). به دنبال دهیدره شدن کودک و یا به علت بیماریهای سیستمیک ممکن است سنگ تولید و غدد پاروتید هم گرفتار شود. همراه التهاب غدد بزاقی ممکن است تورم در سطح دهان مشاهده و بیماران دچار لنف آدنوپاتی دردناک نیز باشند. یک علامت پاتوگنومونیک برای تشخیص این بیماری خروج ترشحات چرکی از مجرای بزاقی است (۸). درمان این بیماران شامل رساندن مایعات به حد کافی و تجویز آنتی‌بیوتیک‌هایی که بر ضد استافیلوکوک‌ها و استرپتوکوک‌ها موثر هستند، می‌باشد. جهت تأیید یا رد وجود سنگ می‌توان از رادیوگرافی و سونوگرافی کمک گرفت ولی باید توجه داشت که تا ۷۰-۶۰٪ سنگ‌ها کلسیفیه نشوند، گرافی‌های معمولی قادر به تشخیص آن نخواهند بود. اگر احتمال انسداد مطرح باشد CT و سونوگرافی کمک کننده می‌باشد (۹، ۱۰، ۸). انسداد شدید وقتی مطرح می‌شود که در لمس درد شدید وجود داشته و با وجود فشار دادن روی غده بزاقی، بزاق خارج نشود که در این موارد معمولاً عمل

و می توان آنرا بارها تکرار نمود و مهمتر از همه رساندن مایعات کافی به کودکان می باشد. در صورتی که کودک دچار نقص سیستم ایمنی باشد باید داروهای ضد ویروس مانند آسیکلویر را تجویز کرد (۱۴).

هرپانژین (Herpangina)

هرپانژین یک بیماری حاد ویروسی است که از خصوصیات آن زخم های دهانی در ناحیه کام نرم، یوولا، لوزه ها و فووا می باشد. عامل این بیماری خانواده کوکساکسی ها به خصوص ساب تیپ A6 می باشد. این بیماری بیشتر در فصول تابستان و پاییز مشاهده می شود (۱۵). شروع بیماری حاد و علایم بالینی شامل تب، درد گلو، سردرد، دیسفاژی و پس از یک تا دو روز بثورات قرمز رنگ و وزیکول ها آشکار می شوند که سرانجام پاره شده و زخم های کم عمق و دردناک از خود باقی می گذارند که پس از هفت تا ده روز بهبودی می یابند. این بیماری نیز به درمان اختصاصی احتیاج ندارد (۱۶).

فارنژیت لنفوندولر حاد

فارنژیت لنفوندولر حاد یک بیماری حاد تب دار با تظاهرات دهانی می باشد. عامل اصلی این بیماری کوکساکسی ویروس ساب تایپ A10 می باشد (۱۵). ضایعات دهانی محدود به خلف حلق، کام نرم، یوولا و فووا و معمولاً منتشرتر از هرپانژین و از خصوصیات آن ندولر بودن ضایعات می باشد. در ابتدا بیماران احساس خستگی کرده و سپس دچار تب، سردرد و سرانجام دچار ضایعات پاپولر و قرمزی اطراف آن می شوند. درمان این بیماری نیز حفاظتی بوده و می توان بیحس کننده های موضعی و پوشش دهنده های مخاط تجویز نمود.

آبله مرغان

آبله مرغان یک عفونت معمولاً خوش خیم است که تقریباً تمام موارد آن در اطفال دیده می شود (۱۶). عامل این بیماری ویروس واریسلازوستر و از خانواده هرپس ویروس ها می باشد. این بیماری شدیداً مسری و با تب و سردرد شروع و سپس بثورات پوستی و ضایعات دهانی آشکار می شوند. ضایعات پوستی بیشتر در سر، صورت و تنه آشکار شده که ابتدا به شکل ماکولوپاپولر و سپس به وزیکول و پوستول تبدیل و سرانجام پاره می گردد. ضایعات دهانی

بیشتر در کام نرم و سخت و لب ها و مخاط بوکال مشاهده می شود. ضایعات دهانی به شکل وزیکول های کوچک ظاهر که پاره شده و زخم های گرد کم عمق از خود باقی می گذارد. کلیه بیماران با یا بدون نقص ایمنی بلافاصله باید تحت درمان با داروهای ضد ویروس از جمله آسیکلویر به مدت ۷-۵ روز قرار گیرند (۱۷). واکسن این بیماری موجود و در سنین ۱۲ تا ۱۸ ماهگی می توان تزریق نمود (۱۸، ۱۹). از عوارض این بیماری عفونی ابتلای افراد به بیماری زونا در سال های آینده می باشد (۱۹).

سرخک

سرخک نیز یک عفونت حاد و شدیداً مسری است که بیشتر در اطفال دیده می شود. دوره کمون بیماری ۱۲-۸ روز و از طریق ذرات آلوده تنفسی منتقل می شود (۲۰). از علایم بیماری تب، لرز، سرفه، درد عضلات و گرفتاری چشم ها می باشد. ضایعات پوستی به شکل ماکولوپاپولر هستند که ابتدا از صورت شروع و سپس به گردن، تنه و اندام ها گسترش می یابند. ضایعات دهانی کلاسیک این بیماری که یک علامت تشخیصی نیز می باشد به نام نقاط کوپلیک به طور شایع از ناحیه مخاط باکال در محاذات دندان های مولر آشکار و مانند نمک پاشیده بر روی یک ناحیه قرمز است (۲۱، ۲۲). سایر تظاهرات دهانی عبارتند از: پتشی، قرمزی و زخم های متعدد گرد کم عمق. ضایعات دهانی احتیاج به درمان نداشته و معمولاً مشکلی برای بیماران ایجاد نمی کنند. واکسن این بیماری همراه با واکسن سرخجه و اوربون تزریق می شود که معمولاً اولین دوز آن ۱۲ ماهگی و سپس در سن ۴ تا شش سالگی دوز یادآور تزریق می شود (۲۳).

اوربون

اوربون یک عفونت حاد ویروسی است که دوره کمون آن دو تا سه هفته و علایم بالینی آن عبارتند از تب، لرز، سردرد و از مهمترین خصوصیات آن گرفتاری غدد بزاقی و به خصوص بزرگی پاروتیدها می باشد. غدد پاروتید بزرگ و در لمس حساس و ممکن است یکی یا هر دو آنها گرفتار شوند. در پسران بالای سن بلوغ ممکن است بیضه ها و اپیدیدیم نیز گرفتار شود. پانکراتیت و در موارد نادری دیابت نیز عارضه این بیماری

از خصوصیات این بیماری تب بیش از ۵ روز که به آنتی‌بیوتیک و استامینوفن جواب نمی‌دهد، کتیکوتیت دو طرفه غیر چرکی، گرفتاری حفره دهان، بشورات پلی مورف، ادم یا پوسته ریزی انتهای اندام‌ها و آدنوپاتی حاد گردنی می‌باشد (۲۸، ۲۹). ضایعات دهانی نیز به شکل زخم لب، زبان توت فرنگی و ادم مخاط می‌باشد. عوامل عفونی متعدد همراه با فاکتورهای ژنتیک را در ایجاد این بیماری دخیل می‌دانند (۳۰). درمان این بیماری تجویز ایمونوگلوبولین وریدی و آسپیرین می‌باشد که اکثر بیماران به اولین دوره درمان جواب می‌دهند هر چند گاهی لازم می‌شود درمان را چندین نوبت تکرار کرد. مرطوب نگه داشتن لب‌ها و استفاده از بی‌حس کننده‌های موضعی و استروئیدها می‌تواند باعث تخفیف علائم شود (۲۸).

لیشمانیوز مخاطی

عامل بیماری لیشمانیوز جلدی یا سالک یک نوع تک یاخته تک سلولی به نام لیشمانیا می‌باشد که انواع مختلف دارد (۳۱). در آمریکای جنوبی و آفریقا به طور شایع این انگل باعث گرفتاری مخاط می‌شود ولی خوشبختانه فرم پوستی این بیماری در ایران به ندرت باعث گرفتاری مخاط می‌شود. با این وجود گزارشات کمی وجود دارد که این انگل در ایران باعث گرفتاری لب و حفره دهان شده است. در صورت گرفتاری لته تشخیص افتراقی آن با هیپرپلازی لته ناشی از التهاب، دیلاتتین، لوسمی و لنفوم مطرح می‌باشد (۳۲، ۳۳).

نتیجه‌گیری

دندانپزشکان مانند پزشکان، باید با تظاهرات دهانی بیماری‌های عفونی آشنا شوند، تا در موارد لازم بتوانند تشخیص افتراقی آنها را با ضایعات دهانی بیماری‌های اتوایمون، بدخیمی‌ها، و یا تظاهرات دهانی مصرف داروها از جمله آنتی‌بیوتیک‌ها (۳۴) مطرح کرده و در نتیجه تشخیص بیماری را سریع‌تر و درمان بیمار را هر چه زودتر آغاز کنند.

می‌باشد (۲۴). پیشگیری از ابتلا به این بیماری با واکسن MMR امکان‌پذیر می‌باشد و درمان اختصاصی ندارد (۲۳).

بیماری هک

بیماری هک (Hecks disease) یا هیپرپلازی اپیتلیال موضعی یک بیماری خوش‌خیم ویروسی به شکل ضایعات هیپرپلاستیک مخاط دهان تظاهر می‌کند (۲۵). عامل این بیماری پاپیلوما ویروس انسانی ۱۳ و ۳۲ می‌باشد. ضایعات به شکل پاپول یا ندول‌های متعدد بدون درد و کمی برجسته به طول یک تا ده میلی‌متر می‌باشند که رنگ آنها سفید یا کمی صورتی است. برطرف شدن ضایعات ممکن است ماه‌ها تا سال‌ها وقت لازم داشته باشد. اگر ضایعات از نظر زیبایی برای بیمار مشکل‌ساز باشد می‌توان با عمل جراحی آنها را خارج نمود.

بیماری دست- پا و دهان

بیماری دست- پا و دهان (hand-foot and mouth disease) یک بیماری ویروسی است که به شکل اپیدمی در مهد کودک‌ها و مدارس دیده می‌شود (۱۵). دوره کمون بیماری ۳ روز تا یک هفته است و پوست و مخاط هر دو گرفتار می‌شوند. ضایعات پوستی به شکل وزیکول بیشتر دست و پا و به خصوص قسمت لاترال و دورسال انگشتان دست و پا و کف دست و پا را گرفتار می‌سازد. ضایعات دهانی به شکل وزیکول‌های کوچک کم عمق هستند که در سقف دهان و حلق به هم پیوسته و ضایعات بزرگی را تشکیل می‌دهند. تشخیص افتراقی زیادی برای ضایعات دهانی وجود دارد ولی وجود ضایعات روی اندام‌ها پاتوگنومونیک این بیماری می‌باشد. درمان اختصاصی برای این بیماری وجود ندارد (۲۶، ۲۷).

بیماری کاوازاکی

بیماری کاوازاکی (acute infantile febrile mucocutaneous lymph node syndrome) وازکولیت شرانین کوچک و متوسط سیستم‌های مختلف بدن می‌باشد که بیشتر بچه‌های زیر ۵ سال و به خصوص ۱ تا ۲ سال را گرفتار می‌سازد.

References

- 1- Delaney JE, Keels MA. *Pediatric oral pathology, Soft tissue and periodontal conditions*. Pediatr Clin North Am 2000; 47(5): 1125-47.
- 2- White AK. *Salivary gland disease in infancy and childhood: non- malignant lesions*. J Otolaryngol 1992; 21(6): 422-8.
- 3- Brook I. *Aerobic and anaerobic microbiology of suppurative sialadenitis*. J Med Microbiol 2002; 51(6): 526-9.
- 4- Ericson S, Zetterlund B, Ohman J. *Recurrent parotitis and sialectasis in childhood, Clinical, radiologic, immunologic, bacteriologic, and histologic study*. Ann Otol Rhinol Laryngol 1991; 100(7): 527-35.
- 5- Karengera D, Yousefpour A, Sadeghi HMS, Reyhler H. *Sialolithiasis in children as a diagnostic dilemma*. Eur Arch Otorhinolaryngol 2000; 257: 161-3.
- 6- Shinohara Y, Hiromatsu T, Nagata Y, Uchida A, Nakashima T, Kikuta T. *Sialolithiasis in children: report of four cases*. Dentomaxillofac Radiol 1996; 25(1): 48-50.
- 7- Ziegler CM, Hedemark A, Brevik B, Idris M, Isaksen R. *Endoscopy as minimal invasive routine treatment for sialolithiasis*. Acta Odontol Scand 2003; 61(3): 137-40.
- 8- McQuone SJ. *Acute viral and bacterial infections of the salivary glands*. Otolaryngol Clin North Am 1999; 32(5): 793-811.
- 9- Gritzmann N, Rettenbacher T, Hollerweger A, Macheiner P, Hubner E. *Sonography of the salivary glands*. Eur Radiol 2003; 13:964-75.
- 10- Sumi M, Takagi Y, Uetani M. *Diffusion-Weighted Echoplanar MR Imaging of the Salivary Glands*. AJR 2002; 178:959-65.
- 11- Miziara ID. *Tuberculosis affecting the oral cavity in Brazilian HIV- infected patients*. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2005; 100: 179-82.
- 12- Von Arx DP, Husain A. *Oral tuberculosis*. British Dentol Journal 2001; 190(8): 420-1.
- ۱۳- آیت اللهی جمشید. *درمان سل (راهنمای برنامه کشوری)*. انتشارات طب گستر با همکاری معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد. چاپ اول ۱۳۷۹: ۲۵-۱۸.
- 14- Stoopler ET, Greenberg MS. *Update on herpes virus infections*. Dent Clin North Am 2003; 47(3): 517-32.
- 15- Lopez- Sanchez A, Guijarro B, Hernandez Vallejo G. *Human repercussions of foot and mouth disease and other similar viral diseases*. Med Oral 2003; 8(1): 26-32.
- 16- Vazquez M. *Varicella zoster virus infections in children after the introduction of live attenuated varicella vaccine*. Curr Opin Pediatr 2004; 16(1): 80-4.
- 17- Whitley RJ. *Varicella -Zoster Virus*. In :Mandel GL, Douglas RG, Bennet JE, Editors. *Principles and Practice of infectious Diseases*. Edinburg: Churchill Livingstone 2005; 1780-6.
- ۱۸- آیت اللهی جمشید. *ایمن سازی بر علیه بیماری های عفونی*. پیوند، شماره ۳۲۷، دی ماه ۱۳۸۵: ۶-۵۴.
- ۱۹- آیت اللهی جمشید. *بررسی بیماری زونا در بیماران مراجعه کننده به درمانگاه بیماری های عفونی و گرمسیری یزد در سال های ۱۳۸۳-۱۳۷۸*. فصلنامه بیماری های پوست، دوره ۱۸، شماره ۳، سال ۱۳۸۴: ۷-۳۸۴.
- ۲۰- آیت اللهی جمشید، بحرالعلومی رضوان، آیت اللهی فاطمه. *واکسیناسیون دندانپزشکان و مراقبین بهداشت دهان و دندان*. مجله دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران. دوره ۱۸ شماره ۳، سال ۱۳۸۴: ۱۴-۵.
- 21- Katz J, Guelmann M, Stavropolous F, Heft M. *Gingival and other oral manifestations in measles virus infection*. J Clin Periodontol 2003; 30(7): 665-8.

- 22- Maldonado Y. *Viral infections*. In: *Behrman R, editor*. Nelson textbook of pediatrics. Philadelphia: W.B Saunders; 2004; 1027-8.
- ۲۳- بهجتی اردکانی مصطفی، آیت‌اللهی جمشید، کریمی مهران. *سیمای اپیدمیولوژیک سرخک در استان یزد*. مجله حکیم. دوره ششم شماره سوم. پاییز ۱۳۸۲: ۳۴-۲۹.
- 24- Cebria L, Perez Roldan F, Sanchez E, Rodriguez- Laiz JM, Casado M, Robles J, et al. *Acute pancreatitis caused by parotiditis vaccine*. *Pancreas* 1994; 9(3): 390-1.
- 25- Eversole LR. *Papillary lesions of the oral cavity: relationship to human papillomaviruses*. *Calif Dent Assoc* 2000; 28(12): 922-7.
- 26- Chan KP, Goh KT, Chong CY. *Epidemic hand, foot and mouth disease caused by enterovirus 71, Singapore*. *Emerg Infect Dis* 2003; 9: 78-80.
- 27- Shimizu H, Okuyama K, Hirai Y. *Epidemic of hand and mouth disease in Kawasaki city, Japan*. *Jpn J Infect Dis* 2005; 58: 330-1.
- 28- Yoskovitch A, Tewfik TL, Duffy CM, Moroz B. *Head and neck manifestations of Kawasaki disease*. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2000; 52(2): 123-9.
- 29- Fan PC, Chiu CH, Yen MH, Huang YC, Li CC, Lin TY. *School-aged children with Kawasaki disease: high incidence of cervical lymphadenopathy and coronary artery involvement*. *J Paediatr Child Health* 2003; 39(1): 55-7.
- 30- Sneller MC, Langford CA, Fauci AS. The vasculitis syndrome. Kawasaki disease. In: Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS, et al. *Harrison's principles of internal medicine*. 16 ed. New York: Mc Graw- Hill; 2005; 304-5, 2012.
- ۳۱- آیت‌اللهی جمشید. *لیشمانیوز جلدی (ساک)*. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد. دوره سیزدهم، شماره پنجم، زمستان ۱۳۸۴: ۱۰۴-۹۶.
- 32- Azizi T, Sadeghipour A, Roohi A, Nilipour Y. *A 33-year-old male farmer with progressive gingival swelling and bleeding*. *Ann Saudi Med* 2005; 25(3): 262.
- 33- Yaghoobi R, Hoghooghi- Rad. *Mucosal Leishmaniasis: Report of three cases*. *Archives of Iranian Medicine* 2001; 4(3): 138-40.
- ۳۴- آیت‌اللهی جمشید، عزالدینی اردکانی فاطمه، بحرالعلومی رضوان، آیت‌اللهی فاطمه. *عوارض دهانی آنتی بیوتیک ها*. مجله دندانپزشکی اصفهان، دوره ۲، شماره یک، بهار ۱۳۸۵: ۷-۵۳.

سؤالات خودآموزی عقونتهای بافت نرم دهان اطفال

- ۱- کدامیک از عقونتهای بافت نرم دهان اطفال اورژانس محسوب می شود؟
 الف) ژنژیویت حاد اولسراتیو نکروزه
 ب) سل دهان
 ج) ژنژیواستوماتیت اولیه هرپسی
 د) هرپانژین
- ۲- شایعترین عارضه غدد بزاقی کدامیک از موارد زیر است؟
 الف) سل
 ب) عفونت حاد باکتریال
 ج) لیشمانیوز
 د) بیماری هک
- ۳- بیماری سل دهان با کدام تابلوی بالینی ممکن است تظاهر کند؟
 الف) - بزرگی زبان
 ب) زخمهای طول کشنده
 ج) پاروتیدیت
 د) تمام موارد
- ۴- شایعترین محل سل دهان کدامیک از محل های زیر می باشد؟
 الف) لب
 ب) ناحیه بوکال
 ج) لثه ها
 د) زبان
- ۵- بیماری باشکایت بزرگ شدن زبان مراجعه و در نمونه بیوپسی برای بیمار سل زبان مطرح شده است، طول مدت درمان این بیماری چند ماه می باشد؟
 الف) ۲
 ب) ۴
 ج) ۶
 د) ۸
- ۶- کودک چهارساله ای که نقص ایمنی ندارد دچار بیماری ژنژیواستوماتیت اولیه هرپسی شده است، کدامیک از داروهای زیر اندیکاسیون ندارد؟
 الف) آسیکلوویر
 ب) شیر منیزی
 ج) کائوپکتات
 د) بیحس کننده موضعی
- ۷- درمان اختصاصی هرپانژین کدامیک از موارد زیر است؟
 الف) آسیکلوویر
 ب) ریباورین
 ج) ریفامپین
 د) هیچکدام
- ۸- زونا از عوارض دیررس کدام بیماری می باشد؟
 الف) آبله مرغان
 ب) هرپانژین
 ج) سرخک
 د) اریون
- ۹- نقاط کوپلیک که در ناحیه بوکال مشاهده می شود، علامت اختصاصی کدام بیماری می باشد؟
 الف) آبله مرغان
 ب) هرپانژین
 ج) سرخک
 د) اریون
- ۱۰- عامل بیماری هک کدامیک از ویروس های زیر می باشد؟
 الف) واریسلا زوستر
 ب) پاپیلوما
 ج) هرپس
 د) کوکساکسی

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 ۱۳۸۸/۵/۱۵ 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: عفونتهای بافت نرم دهان 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:

نوع فعالیت: هیأت علمی آزاد رسمی پیمانی قراردادی طرح سایر

مقطع آخرین مدرک تحصیلی و سال اخذ مدرک:

رشته تحصیلی مقاطع: لیسانس: فوق لیسانس: دکترا: تخصص: فوق تخصص:

آدرس دقیق پستی: کدپستی: شماره تلفن: تاریخ تکمیل و ارسال فرم:

امضاء، شماره نظام پزشکی و مهر متقاضی:

امضاء و مهر مسئول ثبت نام

نظری	کاملاً	تاحدی	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	سوال
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