



دکتر فریدون سیامک نژاد

دارو درمانی زخم های دهان

ندارند. این عارضه به شکل زخمهایی سطحی و با قطر بیش از ۵ میلی متر بوده و معمولاً دردناک می باشند. زخمها به صورت تکی یا گروههای ۵ تایی روی زبان و سطح مخاط لبها و گونه ها ظاهر می گردند. این زخمها معمولاً ناگهانی ظاهر می شوند، اگرچه بعضی بیماران تجربه

زخم های دهان (آفت راجعه مخاط دهان و لته) بیماری بسیار شایع مخاط دهان به شمار می آیند. تخمین زده می شود که ۵ تا ۲۰ درصد مردم به این بیماری مبتلا باشند. در حدود ۷۵ درصد این بیماران مبتلا به آفت خفیف هستند که خودبخود بهبود یافته و نیازی به مراجعه پزشک

احساس خارش و سوزش قبل از ابتلاء به بیماری را دارند که به سرعت نیز برطرف می‌گردد. دورهٔ اخیر در بیماران مذکور معمولاً ۷ تا ۱۴ روز طول می‌کشد. هر دو گروه کودکان و بزرگسالان به بیماری مبتلا می‌شوند. بیماران که مبتلا به زخم‌های دهان هستند، اگر زخم‌هایشان بزرگتر از حد معمول بوده، مدت زمان طولانی بهبود نیابند و بدون درد باشند، نباید خودسرانه درمان شوند، بلکه باید فوراً به پزشک معرفی گردند.

اگرچه علت آفت‌های مخاط دهان و لثه ناشناخته است اما علت‌های متفاوتی با درجات مختلف را در ایجاد آن‌ها مدخل دانسته‌اند. این علت‌ها عمدتاً عبارتند از: استرس، صدمات (تروماهای) مخاط دهانی، عفونت، کمبود ویتامین B یا آهن، تغییرات هورمونی و عوامل ارثی که دخالت هیچیک از آنها بطور قطع ثابت نشده‌اند.

تعدادی دارو نیز برای غلبه بر این بیماری پیشنهاد شده است، ولی از آنجا که علت بیماری ناشناخته است، درمان‌ها نیز عمدتاً علامتی بوده و به نظر می‌رسد که داروهای ضد التهاب بخصوص کورتیکواستروئیدها در این رابطه

99 حدود ۷۵ درصد مبتلایان به آفت، بیماریشان خفیف بوده و خودبخود بهبود می‌یابد. **66**

مؤثرتر از بقیه باشند. البته ترکیبات دیگری از جمله بی‌حس‌کننده‌های موضعی، ضد عفونی‌کننده‌ها و داروهای قابض نیز در درمان بیماری مؤثر هستند.

کورتیکواستروئیدها

اگرچه تعداد زیادی از کورتیکواستروئیدها در دسترس هستند، ولی عمدتاً هیدروکورتیزون به شکل سدیم سوکسینات (بصورت Pellets) و تریامسینولون استوناید (۰/۱ درصد در Orabase) در این مورد کاربرد دارند. لازم به یادآوری است که هیدروکورتیزون اولین کورتیکواستروئید صناعی بود که به شکل موضعی مصرف شد.

طرز اثر

هیدروکورتیزون گلوکوکورتیکوئید طبیعی است که از قسمت قشری غده فوق کلیه ترشح می‌شود. از نظر شیمیایی یک استروئید ۲۱ کربنه است که حامل یک گروه ۱۷ آلفا هیدروکسی می‌باشد. استریفیکاسیون گلوکوکورتیکوئیدها در روی کربن ۱۷ یا ۲۱ بوسیله اسیدهای چرب، عموماً باعث افزایش فعالیت موضعی آنها می‌شود. هیدروکورتیزون سدیم سوکسینات در موقعیت ۲۱ استریفیه شده است. فلوئوره کردن و تشکیل استوناید‌های حلقوی در موقعیت ۱۶ و ۱۷ گلوکوکورتیکوئیدها، که هر دو آنها اشکال مختلفی از ساختمان شیمیایی تریامسینولون استوناید هستند، باعث افزایش فعالیت ضد التهابی موضعی دارو می‌شود.

کورتیکواستروئیدها بشکل گسترده‌ای به عنوان ضدالتهاب موضعی مصرف می‌شوند. تصور می‌شود که مکانیسم اثر ضد التهابی کورتیکواستروئیدهای موضعی از دو طریق باشد:

مکانیسم اول: تثبیت غشاء لیزوزومی و در نتیجه کاهش آزاد سازی آنزیم‌های التهابی.

مکانیسم دوم: مهار فسفولیپاز A که باعث کاهش آزاد سازی اسید آراشیدونیک از فسفولیپیدهای داخل غشاء سلول شده، و مهار تولید پروستاگلاندین را موجب می‌شود.

99 بیماران که مبتلا به زخم‌های دهان هستند اگر زخم‌هایشان بزرگتر از حد معمول بوده، مدت زمان طولانی بهبود نیابد و بدون درد باشد، نباید خودسرانه درمان شوند، بلکه باید فوراً به پزشک معرفی گردند. **66**

زخم دهان باعث التهاب شدید شده و کورتیکواستروئیدها در این مورد، به تخفیف بیماری کمک می‌کنند. اگرچه آزمایش‌های بالینی اندکی در این مورد صورت گرفته، ولی مقالات زیادی در طول نزدیک به چهل سال اخیر توسط متخصصین بالینی نگاشته شده که مؤید مؤثر بودن هیدروکورتیزون سدیم سوکسینات و تریامسینولون استوناید در درمان آفت‌های دهان و لته است.

شکل دارویی و مصرف

هیدروکورتیزون سدیم سوکسینات به صورت قرص‌های سفید کوچک ساخته شده است. یک قرص را در داخل دهان و در مجاورت زخم یا زخمها قرار می‌دهند تا به تدریج حل شود. این عمل چهار بار در روز و حداکثر در یک دوره پنج روزه باید انجام شود. این قرص‌ها زمانی مفید هستند که زخمها بین لته و گونه یا زیر زبان واقع شده باشند، اما نگهداری قرص‌ها در مواردی که زخمها در مناطق دیگر دهان واقع

شده‌اند احتمالاً مشکل خواهد بود. تریامسینولون استوناید بشکل خمیر ژله مانند (Orabase) و در حامل کارملوز (کاریوکسی متیل سلولز) ساخته شده است، که در بزاق دهان غیر محلول بوده و بشکل لایه نازکی به مخاط دهانی می‌چسبد. خمیر کارملوز (Carmelose) به تنهایی می‌تواند بشکل مکانیکی زخمهای دهانی را محافظت کند. خمیر ژله‌ای (Orabase) محتوی تریامسینولون استوناید را با انگشت روی زخمها قرار می‌دهند.

این عمل یکبار هنگام خواب و دو یا سه بار در روز (حداکثر چهار بار در روز) برای مدت حداکثر پنج روز انجام می‌شود. محل استفاده ژله باید خشک باشد تا از چسبیدن آن به موضع اطمینان حاصل گردد، و برای اینکه خمیر را در محل‌هایی که دسترسی به آنها مشکل است قرار دهیم، مهارت و تجربه لازم است.

موارد منع مصرف و احتیاطها

عوارض جانبی مهمی برای تریامسینولون استوناید و هیدروکورتیزون سدیم سوکسینات وجود ندارد. هر دو ترکیب در کودکان و بیماران مسن دارای حالات طبیعی قابل استفاده است، اما

99 مسکن‌ها و بی‌حس‌کننده‌های موضعی می‌توانند باعث کاهش درد ناشی از زخمهای دهان تا بهبود کامل آنها شوند. **66**

مقادیر بالای آنها در زنان باردار منع مصرف دارد، زیرا در حیوانات باعث نقص جنین شده است. بیماران که سابقه حساسیت به ترکیبات

فوق داشته‌اند، یا بیماران مبتلا به سل و مبتلایان به زخمهای ویروسی (بیماران مبتلا به زخمهای دهان و تبخال) نباید کورتیکواستروئید مصرف کنند. منع مصرف دیگر این ترکیبات در مورد بیماران مبتلا به عفونتهای قارچی و میکروبی است، کسه این گونه بیماران باید کورتیکواستروئیدها را همراه با ترکیبات ضد باکتری مصرف کنند.

سایر درمان‌های زخم دهان

ترکیبات فراوانی بشکل ژل، فرم‌های مالیدنی، فرمهای مکیدنی و دهان شویه برای درمان زخم دهان وجود دارد که اغلب آنها حاوی مجموعه‌ای از ترکیبات بی‌حس‌کننده موضعی، مسکن، ضد میکروب و قابض هستند. البته اکثر این ترکیبات بطور منطقی در درمان تبخال کاربرد دارند. مسکن‌ها و بی‌حس‌کننده‌های موضعی می‌توانند باعث کاهش درد ناشی از

مدارکی دال بر تأثیر ترکیبات ضد میکروب و قابض بر زخم‌های دهان موجود نیست، اگرچه این ترکیبات می‌توانند از عفونت ثانویه جلوگیری کنند. 66

زخمهای دهان تا بهبود کامل آنها شوندد. لازم به ذکر است که اکثر داروهای محتوی ترکیبات پیش گفته به دلیل اینکه پایه آبی یا آبی-الکلی داشته و بشکل محلول یا ژل هستند، لذا به راحتی بوسیله بزاق حل شده و روی زخم باقی نمی‌مانند، بنابراین نیاز به مصرف مداوم و تکراری دارند. ولی پاستیل‌ها (قرص‌های مکیدنی)، بخصوص آنهایی که برای تخفیف علایم گلودرد ساخته

شده‌اند، به دلیل اینکه بتدریج در دهان حل می‌شوند، لذا مدت زمان بیشتری با زخمهای دهان تماس داشته و به دلیل دارا بودن ماده بی‌حس‌کننده موضعی، بیشتر از بقیه داروها موجب تخفیف درد بیمار شده و اثر طولانی‌تری دارند. بعضی ترکیبات مکیدنی که حاوی مقادیر

بیماران مبتلا به عفونتهای قارچی و میکروبی باید کورتیکواستروئیدها را همراه با ترکیبات ضد باکتری مصرف کنند، و از مصرف کورتیکواستروئیدها به تنهایی خودداری نمایند. 66

بالای بی‌حس‌کننده موضعی هستند، برای کودکان مطبوع نیستند. کمیته بررسی سلامتی داروها در انگلیس هشدار داده است که بدلیل منع مصرف آسپیرین در کودکان زیر ۱۲ سال، ترکیبات موضعی نباید حاوی سالیسیلاتها باشند. مدارکی دال بر تأثیر ترکیبات ضد میکروب و قابض بر زخمهای دهان موجود نیست، اگرچه این ترکیبات می‌توانند از عفونت ثانویه جلوگیری کنند.

منابع:

1. Nathan A. Treatment of oral Problems - Pharmaceut. J. 1997; 258: 413 - 414.
2. Dollery C(ed). Therapeutic drugs first ed. Vol.1 London - Churchill Livingstone; 1991. H59.

