

اورژانس های دندانپزشکی (مالامد)

مترجمین

دکتر کامران دوامی
دکتر علی ضیائی
دکتر مریم شمسایی
ویرایش: دکتر ایمان محمدی



مالمده، استنلی، ۱۹۴۴ - م.
اورژانس‌های دندانپزشکی / [استنلی مالمده، کنت رابینز] مترجمین
کامران دوامی، علی ضیائی، مریم شمسایی، ویرایش ایمان محمدی.
تهران: تیمورزاده: طبیب، ۱۳۸۴.
ص. ۲۵۲

ISBN: 964-456-792-7

Medical emergencies in the dental office 5th ed : عنوان اصلی:
2000.

ویرایش قبلی کتاب حاضر تحت عنوان 'فوریتهای پزشکی در مطب
دندانپزشکی' منتشر شده است.
فهرست نویسی براساس اطلاعات فیپا.

۱. اورژانس - - دستنامه ها. ۲. دندانپزشکی اورژانس - - دستنامه ها.
الف. رابینز، کنت، S. Robbins, Kenneth. ب. دوامی، کامران، مترجم.
ج. ضیائی، علی، مترجم. د. شمسایی، مریم، مترجم. ه. عنوان. و. عنوان:
فوریتهای پزشکی در مطب دندانپزشکی.
۹۶۴ / ۰۲۵۰۳۴۶۱۷۶ RC ۸۶/۸ / م۲۹ / ۱۳۸۴

۸۴-۱۵۱۷۹

کتابخانه ملی ایران

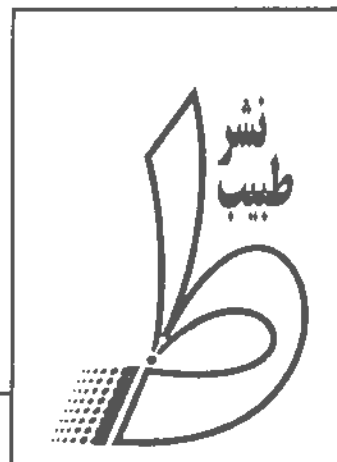
نام کتاب:	اورژانس‌های دندانپزشکی (مالمده)
تألیف:	Stanley F. Malamed - Kenneth S. Robbins
ترجمه:	دکتر کامران دوامی - دکتر علی ضیائی - دکتر مریم شمسایی
ناشر:	مؤسسه فرهنگی انتشاراتی تیمورزاده - نشر طبیب
طرح جلد:	فهیمة بشری
حروف نگاری و صفحه‌آرایی:	خسرو محمودزاده
شمارگان:	۱۱۰۰ جلد
نوبت چاپ:	اول - پاییز ۱۳۸۴
لیتوگرافی:	سعید دانش
چاپ:	سازمان فرهنگی سیاحتی کوثر
صحافی:	اخوان طباطبائی
بها:	۱۲۸۰۰ تومان

تلاش برای بهترین

دفتر مرکزی (اداری): خیابان کریم خان زند - لبش میرزای شیرازی - شماره ۱۶۵
طبقه سوم شرقی - کدپستی ۱۵۹۷۹ - تلفن: ۸۸۸۰۹۰۹۰ (خط) - دورنگار: ۸۸۸۰۹۸۹۸
کتابفروشی مرکزی: میدان ۷ تیر - ابتدای خیابان قائم مقام قزاقی - شماره ۵
تلفن: ۸۸۳۲۹۰۹۰ (خط) - دورنگار: ۸۸۳۲۸۲۸۲
کتابفروشی شماره ۱: بولوار کشاورز - خیابان ۱۶ آذر (۵۰ متر پایین تر از بولوار کشاورز)
ساختمان کتاب ۱۱۲ - کدپستی ۱۴۱۷۹ - تلفن: ۸۸۹۵۱۱۱۲ (خط) - دورنگار: ۸۸۹۷۱۱۱۲
مرکز پخش: میدان انقلاب - پیش کارگر شمالی - ساختمان ۱۱۳۵ - طبقه همکف
کدپستی ۱۴۱۷۹ - تلفن: ۶۶۹۵۲۵۲۵ (خط) - دورنگار: ۶۶۹۵۲۲۷۷

WWW.teimourzadeh.com
e-mail: info@teimourzadeh.com

شابک ۹۶۴-۴۵۶-۷۹۲-۷
ISBN 964-456-792-7



مقدمه استاد

هم به قدر تشنگی باید چشید

آب دریا را اگر نتوان کشید

حمد و ستایش خداوند را که توانایی انجام تألیفات علمی و ترجمه آثار ارزشمند بزرگان عالم دندانپزشکی را به دانش‌پژوهان ما عطا فرموده است.

خلاء وجود کتاب‌های معتبر و مفید به زبان فارسی در زمینه‌های مختلف دندانپزشکی امروزه تا حد زیادی مرتفع شده و این چیزی جز نتیجه تلاش‌های شپانه‌روزی همکاران ارجمندم نیست. از جمله کتب معتبر و مفید دندانپزشکی که در سراسر دنیا به عنوان کتاب مرجع مطرح است، کتاب اورژانس‌های پزشکی در مطب دندانپزشکی است که به وسیله دکتر استنلی مالامد به رشته تحریر درآمده است. کتاب مذکور در هر فصل به معرفی یکی از بیماری‌های سیستمیک و خطرات همراه آن در مطب دندانپزشکی می‌پردازد و در آخر نحوه کنترل هر یک از این شرایط نامساعد و خطرناک را توضیح می‌دهد. از این رو کتاب اورژانس‌های پزشکی مالامد، نه تنها به عنوان یک مرجع امتحان ورودی دوره دستیاری و نه تنها به عنوان یک مرجع تدریس در دوره دندانپزشکی عمومی بلکه به عنوان یک راهنمای مفید و جامع در هر مطب دندانپزشکی مطرح می‌باشد. لازم می‌دانم از مترجمان محترم، آقایان دکتر کامران دوامی و دکتر علی ضیائی و سرکار خانم دکتر مریم شمسایی که به ترجمه این اثر همت گماشته‌اند، کمال قدردانی و تشکر را داشته باشم. با آرزوی موفقیت برای تمامی پویندگان جامعه دندانپزشکی.

دکتر عباس حقیقت

استادیار بخش جراحی فک و صورت

دانشکده دندانپزشکی اصفهان

مقدمه مترجم

به نام خدا

امروزه وضعیت‌های اورژانسی در مراکز دندانپزشکی یکی از نگرانی‌های دائمی بسیاری از دندانپزشکان است. ترس از اعمال دندانپزشکی، روش‌های درمانی و تزریقات دهانی از یک سو و شیوع مشکلات سیستمیک از سوی دیگر، همه از عوامل مهم مسبب این چنین شرایطی در مراکز درمانی می‌باشد و آشنایی دندانپزشکان با وضعیت‌های اورژانسی مختلف و روش‌های برخورد با آنها، همیشه از نیازهای مهم یک اعمالگر دندانپزشکی است.

کتاب «وضعیت‌های اورژانسی در مطب دندانپزشکی» یکی از معتبرترین کتاب‌های مرجع در زمینه اورژانس‌های دندانپزشکی است که نتیجه هزاران هزار تحقیق و مورد نگاری صدها متخصص این رشته می‌باشد.

هر فصل از کتاب به معرفی یکی از وضعیت‌های اورژانسی، علائم و نشانه‌ها و نحوه کنترل آن می‌پردازد و در آخر کتاب خلاصه‌ای از این وضعیت‌ها به صورت نموداری ارائه شده است.

در اینجا لازم می‌دانیم از همکاری دوستان ارجمند، جناب آقای دکتر علی موسوی‌زاده، سرکار خانم دکتر فرناز دهقان، سرکار خانم دکتر هاجر عطارزاده، جناب آقای مجتبی جعفری و سرکار خانم زهرا صفوی کمال قدردانی و تشکر را داشته باشیم و ترجمه کتاب مذکور را به حضور جامعه دندانپزشکی فارسی زبان تقدیم می‌نماییم.

دکتر کامران دوامی

دکتر علی ضیائی

دکتر مریم شمسایی

www.ketaboo.com

فهرست

۷	بخش ۱: پیشگیری
۸	فصل ۱: مقدمه
۱۵	فصل ۲: پیشگیری
۴۵	فصل ۳: آمادگی
۷۶	فصل ۴: ملاحظات پزشکی - قانونی
۸۵	بخش ۲: از دست دادن هوشیاری
۸۶	فصل ۵: از دست دادن هوشیاری، ملاحظات کلی
۹۹	فصل ۶: سنکوپ وازودپرسور
۱۰۵	فصل ۷: افت فشار خون وضعیتی
۱۱۱	فصل ۸: نارسایی حاد غده فوق کلیوی
۱۲۲	فصل ۹: از دست دادن هوشیاری، تشخیص افتراقی
۱۲۵	بخش ۳: اختلالات تنفسی
۱۲۶	فصل ۱۰: اختلالات تنفسی، ملاحظات کلی
۱۲۹	فصل ۱۱: انسداد راه‌های هوایی
۱۴۷	فصل ۱۲: هیپرونتیلیاسیون
۱۵۲	فصل ۱۳: آسم
۱۶۲	فصل ۱۴: نازشایی قلبی و ادم حاد ریوی
۱۷۴	فصل ۱۵: اختلالات تنفسی، تشخیص افتراقی
۱۷۷	بخش ۴: تغییر سطح هوشیاری
۱۷۸	فصل ۱۶: تغییر سطح هوشیاری، ملاحظات کلی
۱۸۱	فصل ۱۷: دیابت ملیتوس
۱۹۷	فصل ۱۸: اختلال در عملکرد غده تیروئید
۲۰۶	فصل ۱۹: حمله مغزی - عروقی
۲۱۶	فصل ۲۰: تغییر سطح هوشیاری، تشخیص افتراقی
۲۱۹	بخش ۵: تشنج
۲۲۰	فصل ۲۱: تشنج
۲۳۵	بخش ۶: وضعیت‌های اورژانسی مرتبط با دارو
۲۳۶	فصل ۲۲: ملاحظات عمومی
۲۴۴	فصل ۲۳: واکنش‌های مسمومیت دارویی
۲۶۹	فصل ۲۴: آلرژی
۲۸۹	فصل ۲۵: تشخیص افتراقی
۲۹۳	بخش ۷: درد قفسه سینه
۲۹۴	فصل ۲۶: درد قفسه سینه، ملاحظات کلی
۳۰۱	فصل ۲۷: آنژین صدری
۳۱۱	فصل ۲۸: انفارکتوس حاد میوکارد
۳۲۱	فصل ۲۹: درد قفسه سینه، تشخیص افتراقی
۳۲۵	بخش ۸: ایست قلبی
۳۲۶	فصل ۳۰: ایست قلبی و احیای قلبی - ریوی
۳۴۷	پیوست: بخش دسترسی سریع به وضعیت‌های تهدید کننده حیات
۳۵۵	واژه‌یاب

فهرست شکل‌ها

- شکل ۱-۱. دندانپزشک و بیمار هر دو در معرض حمله قلبی قرار دارند. ۱۰
- شکل ۱-۲. بزرگترین رشد جمعیتی ایالات متحده آمریکا افراد بالاتر از ۶۵ سال هستند و این به علت رشد جمعیت بعد از جنگ جهانی دوم است. ۱۰
- شکل ۲-۱. پرسشنامه تاریخچه پزشکی. ۱۷
- شکل ۲-۲. پرسشنامه تاریخچه پزشکی در USC (دانشگاه کالیفرنیا شمالی). ۱۸
- شکل ۲-۳. گوشی‌های استسکوپ از مقابل در گوش‌ها قرار می‌گیرند. ۲۸
- شکل ۲-۴. مانومتر آنروید. ۲۹
- شکل ۲-۵. مانومتر نوع جیوه‌ای. ۲۹
- شکل ۲-۶. وسیله اتوماتیک اندازه‌گیری فشار خون. ۲۹
- شکل ۲-۷. مانیتور علائم حیاتی. ۲۹
- شکل ۲-۸. روش صحیح قرار دادن بازوبند فشار خون. ۳۰
- شکل ۲-۹. محل شریان براکیال و شریان رادیال. ۳۱
- شکل ۲-۱۰. صداهای کروتکوف. ۳۱
- شکل ۲-۱۱. به دست آوردن اندازه صحیح بازوبند فشار خون. ۳۱
- شکل ۲-۱۲. صداهایی که فاصله شنوایی را نشان می‌دهد. ۳۲
- شکل ۲-۱۳. بهترین روش برای تعیین ضریب نوزادان. ۳۳
- شکل ۲-۱۴. آهنگ ضریب سینوسی نرمال. ۳۴
- شکل ۲-۱۷. دماسنج یکبار مصرف. ۳۵
- شکل ۲-۱۸. دماسنج دیجیتالی. ۳۵
- شکل ۲-۱۹. دماسنج پیشانی. ۳۵
- شکل ۲-۲۰. محلی برای ثبت خلاصه‌ای از مشکلات پزشکی. ۳۹
- شکل ۲-۲۱. تغییرات در درمان بیمار دارای مشکلات پزشکی. ۴۳
- شکل ۳-۱. مهر نشان اورژانس مراقبت‌های قلبی از انجمن قلب آمریکا. B، مهر نشان اورژانس مراقبت‌های اطفال. ۴۸
- شکل ۳-۲. کیت Banyan STAT 600. ۴۹
- شکل ۳-۳. کیت اورژانس Health first. ۴۹
- شکل ۳-۴. کیت اورژانس دست‌ساز برای مطب با پرسنل خوب تعلیم داده شده در داروهای اورژانسی. ۵۰
- شکل ۳-۵. کیت اورژانس داروهای پایه و دست‌ساز. ۵۰
- شکل ۳-۶. تزریق داخل زبانی - دسترسی داخل دهانی. B) تزریق داخل زبانی - دسترسی خارج دهانی. ۵۲
- شکل ۳-۷. آمپول، بین انگشتان نگه داشته شده و از محل علامت‌گذاری شده روی گردن آن شکسته می‌شود. ۵۲
- شکل ۳-۸. سرنگ با دارو پر می‌شود. ۵۲
- شکل ۳-۹. تزریق داخل عضلانی (IM). ۵۲
- شکل ۳-۱۰. تزریق داخل عضلانی. ۵۳
- شکل ۳-۱۱. تزریق IM در عضله واستوس لئرالیس. ۵۳
- شکل ۳-۱۲. تورنیکه داخل وریدی بالای فضای antecubital (مقابل آرنج) قرار می‌گیرد. ۵۳

فهرست شکل‌ها

- شکل ۱۳-۳. از بیمار خواسته می‌شود برای کمک به باز شدن وریدها مشت خود را باز و بسته کند. ۵۳
- شکل ۱۴-۳. می‌توان ورید را با گرفتن بازو پایین‌تر از سطح قلب باز کرد. ۵۴
- شکل ۱۵-۳. سوزن وریدی اسکالپ، کاتتر indwelling و سرنگ (از بالا به پایین). ۵۴
- شکل ۱۶-۳. سوزن برای نفوذ به داخل پوست با زاویه ۳۰ درجه نگه داشته می‌شود. ۵۴
- شکل ۱۷-۳. برگشت خون به داخل سوزن علامت گرفتن موفقیت‌آمیز ورید است. ۵۴
- شکل ۱۸-۳. مجموعه سرم برای تزریق داخل وریدی مداوم. ۵۴
- شکل ۱۹-۳. سوزن / سرنگ در ورید. دارو تزریق و به داخل ورید فرستاده می‌شود. ۵۵
- شکل ۲۰-۳. انفوزیون دائمی توسط نوار نگه داشته می‌شود. ۵۵
- شکل ۲۱-۳. سرنگ ایپی‌نفرین دارای ۲ دوز که هر دوز ۰/۳mg تزریق می‌کند. ۵۶
- شکل ۲۲-۳. وازودیلاتورها. ۵۸
- شکل ۲۳-۳. برونکودیلاتور به وسیله خود بیمار آسمی مصرف می‌شود. ۵۹
- شکل ۲۴-۳. (A) خمیر قند تغلیظ شده به صورت مخاطی به کار می‌رود. (B) قند مخاطی به صورت لایه‌ای نازک در مخاط گونه‌ای به کار می‌رود. ۶۰
- شکل ۲۵-۳. تجهیزات اولیه (ضروری) اورژانس: تورنیکه، سرنگ‌ها، ساکشن و سر ساکشن. ۶۰
- شکل ۲۶-۳. (A) فورسپس لوله‌گذاری Magill (B) فورسپس لوله‌گذاری Magill قادر است اجسام کوچک را به راحتی از حفره دهان خارج کند. ۶۱
- شکل ۲۷-۳. سیستم اکسیژن فشار مثبت. ۶۱
- شکل ۲۸-۳. محفظه - دریچه - ماسک خود پر شونده. ۶۲
- شکل ۲۹-۳. موقعیت دست در دستگاه محفظه - دریچه - ماسک. ۶۲
- شکل ۳۰-۳. ماسک اکسیژن. ۶۳
- شکل ۳۱-۳. ماسک اکسیژن برای اطفال. ۶۳
- شکل ۳۲-۳. (A) آمونیاک اروماتیک تبخیر شونده در پشت صندلی دندانپزشکی. (B) آمونیاک اروماتیک تبخیر شونده وقتی استفاده شود تیره می‌گردد (پایین). ۶۸
- شکل ۳۳-۳. (A) (چپ به راست)، تیغ جراحی (Stylet: شبیه نیزه؛ سوزن و واحد ذخیره؛ راه هوایی؛ آبجوراتور؛ راه‌های هوایی (۲)؛ نخ. (B) راه هوایی در محل خود قرار گرفته است. (C) نمای آناتومیک راه هوایی که در محل خود قرار داده شده است. (D) سوزن کریکوتیروتومی اطفال. ۶۹
- شکل ۳۴-۳. ابزار راه هوایی (بالا به پایین): لوله داخل نایی، راه هوایی بینی - حلقی و راه هوایی دهانی - حلقی. ۷۰
- شکل ۳۵-۳. لارنگوسکوپ (چپ)، فورسپس لوله‌گذاری Magill (راست)، لوله داخل نایی (پایین). ۷۰
- شکل ۱-۴. تاریخچه پزشکی. ۷۷-۷۸
- شکل ۱-۵. در یک بیمار بی‌هوش، زبان به سمت عقب و به طرف دیوار خلفی می‌افتد. ۸۸
- شکل ۲-۵. بی‌هوشی را می‌توان با روش "تکان و فریاد" تشخیص داد. ۸۹
- شکل ۳-۵. بیمار بی‌هوش باید در وضعیتی قرار گیرد که... ۹۰
- شکل ۴-۵. در هنگام بی‌هوشی، هرگونه تکیه‌گاه سر مثل بالش، باید از زیر سر بیمار روی صندلی برداشته شود. ۹۰
- شکل ۵-۵. انجام روش خم کردن سر. ۹۱
- شکل ۶-۵. انجام مانور فشار بر فک. ۹۱
- شکل ۷-۵. انجام تکنیک خم کردن سر - بالا آوردن چانه. ۹۲
- شکل ۸-۵. انجام تکنیک خم کردن سر به بالا آوردن گردن. ۹۲

فهرست شکل‌ها

- شکل ۹-۵. خم کردن سر بافت‌های نرم گردن را می‌کشد و زبان بیمار را از حلق بیرون کشیده و راه هوایی را باز می‌کند. ۹۲
- شکل ۱۰-۵. هنگامی که سر رویه بالا کشیده نشده باشد، چانه، مندیبل و زبان به سمت راه هوایی فشار وارد کرده و انسداد ایجاد می‌کنند. ۹۳
- شکل ۱۱-۵. هنگامی که سر بیمار به اندازه کافی خم شده باشد. ۹۳
- شکل ۱۲-۵. تکنیک دیدن، شنیدن، لمس کردن. ۹۴
- شکل ۱۳-۵. ۹۴
- شکل ۱۴-۵. روش خروج اجسام خارجی از دهان. ۹۵
- شکل ۱۵-۵. انجام تنفس دهان به دهان. ۹۵
- شکل ۱۶-۵. تنفس دهان به بینی. ۹۶
- شکل ۱۷-۵. کاری که نجات دهنده برای تهویه توسط هوای موجود باید انجام دهد. ۹۶
- شکل ۱۸-۵. داخل کردن راه هوایی دهانی - حلقی. ۹۷
- شکل ۱۹-۵. تهویه با هوای اشباع شده از اکسیژن. ۹۷
- شکل ۲۰-۵. تعیین محل نبض کاروتید. ۹۸
- شکل ۱-۶. A، یک محرک تنفسی ماده تبخیر شونده آمونیاک آروماتیک، B، آمونیاک آروماتیک تبخیر شونده بین انگشتان امدادگر خرد شده و به منظور تحریک کردن حرکت (تنفسی) نزدیک بینی بیمار نگه داشته می‌شود. ۱۰۳
- شکل ۲-۶ وضعیت بیمار ناهوشیار. ۱۰۳
- شکل ۳-۶ راه هوایی را می‌توان با استفاده از روش خم کردن سر - بالا بردن چانه باز نگه داشت. ۱۰۴
- شکل ۴-۶ کافی بودن راه هوایی را می‌توان با استفاده از روش "دیدن، شنیدن، احساس کردن" تعیین کرد. ۱۰۴
- شکل ۱-۷. اثر جاذبه بر روی فشار خون. ۱۰۸
- شکل ۱-۸ نمونه‌ای از پروتکل پوشش کورتیکواستروئید برای بیماری که درمان برون‌زاد گلوکوکورتیکواستروئید دریافت می‌کند. ۱۱۵
- شکل ۲-۸ مکانیسم‌های ترشح گلوکوکورتیکواستروئیدها. ۱۱۶
- شکل ۳-۸ سطوح کورتیکواستروئیدها در بیماری که دچار نارسایی اولیه آدرنال (آدیسون) شده است. ۱۱۸
- شکل ۴-۸ سطوح گلوکوکورتیکواستروئید در فردی که نارسایی ثانویه ناشی از درمان برون‌زاد دارد. ۱۱۸
- شکل ۵-۸ قشر آدرنال کم کار که در اثر کورتیزول برون‌زاد کم کار شده است. ۱۱۹
- شکل ۶-۸ A، کورتیکواستروئید، B، آماده‌سازی کورتیکواستروئید برای استفاده. ۱۲۰
- شکل ۱-۱۰. محل‌های مختلف درگیری در اختلالات تنفسی. ۱۲۸
- شکل ۱-۱۱. عکس رادیوگرافی یک بچه با جک فلزی در مری. ۱۳۰
- شکل ۲-۱۱. استفاده از رابر دم از ورود اجسام خارجی به راه هوایی جلوگیری می‌کند. ۱۳۰
- شکل ۳-۱۱. یک پرده خلقی. ۱۳۰
- شکل ۴-۱۱. بیمار باید به پهلو بچرخد و سر را به پایین خم کرده و تنه را بر روی لبه صندلی دندانپزشکی قرار دهد. ۱۳۱
- شکل ۵-۱۱. فورسپس مگیل باید در جعبه اورژانس مطب دندانپزشکی موجود باشد. ۱۳۱
- شکل ۶-۱۱. طرز استفاده درست از فورسپس مگیل. ۱۳۱
- شکل ۷-۱۱. هموستات و کتان پلایر برای استفاده سریع در خارج کردن اجسام طراحی نشده‌اند. ۱۳۲
- شکل ۸-۱۱. نخ دندان به اجسام گره زده می‌شود تا بتوان در صورت لزوم آنها را به سرعت خارج کرد. ۱۳۲

فهرست شکل‌ها

- شکل ۱۰-۱۱. ا، نمای قدامی خلفی قفسه سینه، نشان دهنده رابر کاپ پروفیلاکسی (نشانه)؛ B، کرون طلا که به داخل شش چپ بیمار آسپیره شده است. ۱۳۳
- شکل ۱۱-۱۱. وقتی جسمی وارد نای می‌شود بیمار باید به پهلو چپ با سر رو به پایین قرار بگیرد. ۱۳۳
- شکل ۹-۱۱. ا، رُل پنبه بدون نخ دندان؛ B، رُل پنبه با اتصال نخ دندان. ۱۳۳
- شکل ۱۲-۱۱. بیمار گلوئی خود را می‌گیرد که از تظاهرات عمومی پیشنهاد شده در انسداد راه هوایی است. ۱۳۵
- شکل ۱۳-۱۱. بیماری که هوشیاری خود را از دست می‌دهد باید در وضعیت تاق باز قرار گیرد و پاهای او اندکی بالاتر قرار گیرد. ۱۳۵
- شکل ۱۴-۱۱. تکنیک "خم کردن سر - بلند کردن چانه". ۱۳۶
- شکل ۱۵-۱۱. تکنیک "دیدن، شنیدن، حس کردن". ۱۳۶
- شکل ۱۶-۱۱. مانور فشار به فک. ا، از زاویه کناری؛ B، از زاویه مقابل، متدبیل به سمت جلو جابجا می‌شود (نشانه). ۱۳۶
- شکل ۱۷-۱۱. ناجی از برآمدگی دست خود برای وارد کردن چهار ضربه قدرتمند بین دو لبه کتف شیرخوار استفاده می‌کند. ۱۳۷
- شکل ۱۸-۱۱. تکنیک مناسب برای "فشار به شکم". ۱۳۸
- شکل ۱۹-۱۱. مانور "فشار به شکم" در یک بیمار هوشیار. ۱۳۸
- شکل ۲۰-۱۱. هنگام انجام مانور هملیک بر روی زمین، نجات‌دهنده باید دو طرف پاهای بیمار قرار بگیرد. ۱۳۸
- شکل ۲۱-۱۱. یک روش جایگزین در مانور فشار به شکم. ۱۳۸
- شکل ۲۲-۱۱. ا، ناجی مانور فشار به شکم را بر روی بیماری که بر روی صندلی دندانپزشکی قرار گرفته است با پاهای باز و ایستاده در کنار صندلی انجام می‌دهد؛ B، نیروی فشار باید به سمت بالا باشد نه به سمت اطراف، سر بیمار در وضعیت رو به بالا قرار دارد. ۱۳۹
- شکل ۲۳-۱۱. تکنیک "فشار به قفسه سینه" در یک بیمار هوشیار. ۱۴۰
- شکل ۲۴-۱۱. تکنیک "فشار به قفسه سینه" در یک بیمار بیهوش. ۱۴۰
- شکل ۲۵-۱۱. استفاده بالینی از فورسپس مگیل. ۱۴۰
- شکل ۲۷-۱۱. تکنیک مورد استفاده در شیرخوار با انسداد راه هوایی. ۱۴۳
- شکل ۲۶-۱۱. استفاده از تکنیک انگشتان ضربدری برای باز کردن دهان یک شخص بیهوش کاربرد دارد. ۱۴۳
- شکل ۲۹-۱۱. در کریکوتیروتومی یک برش در پایین غضروف تیروئید و بالای غضروف کریکوتیوئید زده می‌شود. ۱۴۴
- شکل ۳۰-۱۱. از سمت چپ، وسیله کریکوتیروتومی شامل ریسمان جهت ایمن‌سازی راه هوایی، یک تیغه چاقو، راه‌های هوایی با اندازه‌های مختلف (۳ عدد)، مکانیزم سوراخ کننده، سرنگ می‌شود. ۱۴۴
- شکل ۳۱-۱۱. برای ثابت نگه داشتن حنجره، انگشت شست و میانه غضروف را ثابت نگه می‌دارند و انگشت اشاره بر روی غشاء کریکوتیروتومی قرار می‌گیرد. ۱۴۵
- شکل ۳۲-۱۱. دسته تیغ جراحی وارد شکاف شده و ۹۰ درجه می‌چرخد تا راه هوایی بزرگ‌تر شود. ۱۴۵
- شکل ۳۳-۱۱. سوزن و قسمت نگهدارنده با حرکت رو به پایین و قفسه سینه داخل غشاء کریکوتیروئید می‌شوند. ۱۴۵
- شکل ۳۴-۱۱. اجزاء دستگاه مورد استفاده در کریکوتیروتومی. ۱۴۶
- شکل ۳۵-۱۱. قسمت مسدود کننده و راه هوایی داخل دستگاه سوزن و قسمت نگهدارنده می‌شوند تا راه هوایی را باز کنند. ۱۴۶
- شکل ۱-۱۲. بیمار دچار هایپرونتیلیسیون دو دست خود را با هم جلوی دهان و بینی قرار می‌دهد که به این وسیله مقدار PaCO_2 افزایش می‌یابد، PaCO_2 فشار دی‌اکسید کربن شریانی است. ۱۵۰
- شکل ۱-۱۳. عوامل مستعد کننده آسم. ۱۵۳
- شکل ۲-۱۳. وضعیت بیماری که دچار یک حمله آسمی حاد شده است. ۱۵۸
- شکل ۳-۱۳. بیماری که در حال استفاده از یک اسپری استنشاقی است. ۱۵۹

فهرست شکل‌ها

- شکل ۴-۱۳. اسپری استنشاقی (سمت چپ) و گشاد کننده برونش تریقی (آمینوفیلین)، B، یک گشاد کننده برونش تریقی. اپی نفرین (آدرنالین) می تواند به صورت داخل وریدی یا روش داخل عضلانی تجویز شود. ۱۵۹
- شکل ۱-۱۴. طبقه بندی ASA برای نارسایی احتقانی قلب. ۱۶۵
- شکل ۲-۱۴. A، وریدهای ژوگولار برجسته. B، هنگامی که بیمار در حالت قائم قرار می گیرد، ورید ژوگولار محو می شود. ۱۶۶
- شکل ۳-۱۴. مچ پا با ادم وابسته. ۱۶۷
- شکل ۴-۱۴. بیمار CHF می تواند اکسیژن مکمل را از طریق اکسیژن بینی (A) یا ماسک صورت متعلق به یک واحد آرام بخشی استنشاقی (B) دریافت نماید. CHF، نارسایی احتقانی قلب. ۱۶۷
- شکل ۵-۱۴. فشار خون متوسط در اجزاء مختلف سیستم گردش خون. A، دهلیز چپ - LV؛ بطن چپ - PA؛ شریان های ریوی. ۱۶۹
- شکل ۱-۱۷. دستگاه One Touch که برای سوراخ کردن [نوک] انگشت جهت به دست آوردن یک قطره از خون مویرگی برای آزمایش گلوکز، استفاده می شود. ۱۸۶
- شکل ۲-۱۷. سپس نمونه خون بر روی نوار آزمایش قرار داده شده و در زمان مناسب برداشته می شود. ۱۸۶
- شکل ۳-۱۷. نمونه ای از کارت شناسایی که بسیاری از دیابتی ها آن را همراه دارند. ۱۹۲
- شکل ۴-۱۷. داروهای ضد هایپوگلیسمی. ۱۹۵
- شکل ۱-۱۸. تصویر کلینیکی فرد مبتلا به کرتینیسم. ۲۰۱
- شکل ۲-۱۸. بیمار هایپر تیروئید، اگزوفتالمی را بروز می دهد. ۲۰۲
- شکل ۲-۱۹. CT اسکن از جمجمه در حین انفارکتوس عروقی مغز (بالا). تفسیر CT اسکن (پایین). CAT، توموگرافی کامپیوتری اغزیال. ۲۱۳
- شکل ۳-۱۹. CT اسکن از CVA هموراژیک (بالا). تفسیر CT اسکن (پایین). CAT، توموگرافی اغزیال کامپیوتری؛ CVA، حمله عروقی مغز. ۲۱۳
- شکل ۱-۲۱. یک بیمار در حین فاز تونیک از حمله تونیک - کلونیک ژنرالیزه (گراندمال). ۲۲۷
- شکل ۲-۲۱. یک بیمار در حین فاز کلونیک از حمله تونیک - کلونیک ژنرالیزه (گراندمال). ۲۲۷
- شکل ۳-۲۱. مجموعه ساکشن باید بین سطح باکال دندان ها و گونه قرار بگیرد. ۲۳۰
- شکل ۴-۲۱. A، جایگاه سر صندلی دندان پزشکی دارای جسم نرم یا بالش؛ سر به جلو افتاده و منجر به انسداد نسبی یا کامل راه هوایی می شود. B، یک جایگاه سر برهنه. C، سر به سمت عقب خم می شود؛ باز بودن راه هوایی افزایش می یابد. ۲۳۱
- شکل ۵-۲۱. حفاظت بیمار از ایجاد صدمات. ۲۳۱
- شکل ۱-۲۳. داروی بی حسی موضعی در شرایط عادی. ۲۴۵
- شکل ۲-۲۳. منحنی زنگوله ای شکل توزیع نرمال. ۲۴۵
- شکل ۳-۲۳. سطح خون داروهای بی حسی موضعی بعد از تجویز. ۲۴۷
- شکل ۴-۲۳. اسپری سطحی با میزان اندازه گیری شده مشخص از دارو. ۲۵۰
- شکل ۵-۲۳. تزریق داخل عروقی داروهای بی حسی موضعی. ۲۵۱
- شکل ۶-۲۳. سطح داروهای بی حسی موضعی در خون و اثرات آن بر روی سیستم قلبی - عروقی و سیستم مرکزی اعصاب. ۲۵۵
- شکل ۷-۲۳. بیمار بیهوش باید در وضعیت سوپاین قرار گیرد و پاهای کمی بالاتر قرار گیرد. ۲۶۴
- شکل ۸-۲۳. تکنیک های خم کردن سر - بالا آوردن چانه و نگاه کردن، گوش کردن و لمس کردن. ۲۶۴
- شکل ۱-۲۴. دستبند هشدار دهنده حالات پزشکی. ۲۷۳
- شکل ۲-۲۴. اسپری برونکودیلاتور که برای درمان برونکواسپاسم به کار می رود. ۲۸۴
- شکل ۳-۲۴. تزریق زیر زبانی اپی نفرین. ۲۸۶

فهرست شکل‌ها

شکل ۱-۲۶. عوامل اصلی مرگ در مردان و زنان	۲۹۵
شکل ۲-۲۶. چگونگی مرگ ناشی از بیماری‌های کرونر قلب	۲۹۷
شکل ۳-۲۶. به وجود آمدن اترواسکلروز	۲۹۹
شکل ۴-۲۶. به وجود آمدن اترواسکلروز	۳۰۰
شکل ۵-۲۶. تأمین خون میوکارد	۳۰۰
شکل ۱-۲۷. علامت لواین، یک نشانه آنژین صدری	۳۰۴
شکل ۲-۲۷. الگوهای انتشار درد قفسه سینه	۳۰۴
شکل ۳-۲۷. اسپری نیتروگلیسرین	۳۰۹
شکل ۱-۲۸. تجویز ۳۵٪ نیتروس اکساید / ۶۵٪ اکسیژن	۳۱۹
شکل ۱-۳۰. دیس ریتمی منجر به ایست قلبی می‌شود	۳۲۸
شکل ۲-۳۰. خلاصه حمایت‌های ابتدایی حیات برای بیمار بالغ	۳۳۱
شکل ۳-۳۰. تخته CPR برای حمایت از پشت بیمار و نخاع در خلال ماساژ خارجی سینه	۳۳۳
شکل ۴-۳۰. ارزیابی عدم هوشیاری: تکان و فریاد	۳۳۳
شکل ۵-۳۰. تیلت سر و بالا کشیدن چانه	۳۳۴
شکل ۶-۳۰. ارزیابی تنفس	۳۳۴
شکل ۷-۳۰. A، تنفس دهان به دهان؛ B، تنفس دهان به ماسک	۳۳۵
شکل ۸-۳۰. تعیین محل شریان کاروتید در شیار بین تراشه و مفصل استرنوکلوئید و ماستروئید. تیلت سر باید نگه داشته شود	۳۳۵
شکل ۹-۳۰. موقعیت مناسب برای ماساژ خارجی سینه در بالغین	۳۳۶
شکل ۱۰-۳۰. موقعیت مناسب برای ماساژ خارجی سینه در نوزادان	۳۳۶
شکل ۱۱-۳۰. موقعیت دست برای ماساژ خارجی سینه در بالغین	۳۳۷
شکل ۱۲-۳۰. موقعیت نامناسب آرنج نجات دهنده	۳۳۷
شکل ۱۳-۳۰. موقعیت یونیت دندانپزشکی	۳۳۸
شکل ۱۴-۳۰. موقعیت دست برای ماساژ خارجی سینه در بچه‌ها	۳۳۸
شکل ۱۵-۳۰. صفحه انجام ECG و CPR	۳۳۹-۳۴۰-۳۴۱-۳۴۲
شکل ۱۶-۳۰. موقعیت نجات دهنده برای CPR دو نفره	۳۴۳
کادر ۴-۳۰. حمایت احیایی اصلی	۳۴۴
شکل ۱۷-۳۰. ارزیابی مسیر هوایی (نگاه کردن، شنیدن، احساس کردن) در بیمار نوزاد	۳۴۴
شکل ۱۸-۳۰. شریان براکیال در بالای ساعد برای وجود نبض بررسی می‌شود (۵ تا ۱۰ ثانیه)	۳۴۴
شکل ۱۹-۳۰. ضربه روی قلب فقط در ایست قلبی آشکار و تحت مراقبت استفاده می‌شود	۳۴۵

فهرست کادرها و جدول‌ها

- جدول ۱-۱. وضعیت‌های اضطراری در اعمال اختصاصی دندانپزشکی..... ۹
- جدول ۱-۲. وضعیت‌های اضطراری در دانشگاه کالیفرنیا جنوبی - دانشکده دندانپزشکی..... ۹
- جدول ۱-۳. شیوع عوارض پزشکی..... ۹
- جدول ۱-۴. روش‌های درمانی که با عوارض روبرو می‌شوند..... ۹
- جدول ۱-۵. امید به زندگی در ایالات متحده آمریکا..... ۱۱
- کادر ۱-۱. پنج دلیل عمده مرگ در گروه‌های سنی در سال ۱۹۹۵..... ۱۱
- کادر ۱-۲. تغییرات بیماران مسن و سالخورده..... ۱۲
- جدول ۱-۶. تغییرات ریوی در بیماران ۶۵ سال و مسن‌تر..... ۱۲
- کادر ۱-۳. فاکتورهایی که موجب افزایش خطر حین درمان‌های دندانپزشکی می‌شوند..... ۱۲
- کادر ۱-۴. طبقه‌بندی براساس سیستم‌های بدن..... ۱۳
- کادر ۱-۵. طبقه‌بندی براساس وضعیت قلبی..... ۱۳
- کادر ۱-۶. وضعیت‌های اضطراری شایع در مطب دندانپزشکی..... ۱۴
- کادر ۲-۱. اهداف ارزیابی جسمانی..... ۱۵
- جدول ۲-۱. تداخلات دارویی در دندانپزشکی..... ۱۹-۲۰
- جدول ۲-۲. رژیم پروفیلاکسی در طرح درمان دندان، دهانی، تنفسی و مروی..... ۲۱
- کادر ۲-۲. شرایط قلبی مرتبط با اندوکاردیت..... ۲۲
- کادر ۲-۳. طرح درمان دندانپزشکی و پروفیلاکسی اندوکاردیت..... ۲۲
- کادر ۲-۴. بیمارانی که در معرض ابتلا به عفونت‌های خونی مفصل هستند..... ۲۳
- کادر ۲-۵. یک نامه ارجاع دندانپزشکی..... ۲۳
- جدول ۲-۳. راهنمایی‌هایی در مورد فشار خون در بالغین..... ۳۲
- جدول ۲-۴. میزان فشار خون نرمال..... ۳۳
- جدول ۲-۵. میانگین سرعت ضربان قلب [نبض] در کودکان..... ۳۴
- جدول ۲-۶. سرعت تنفس بر اساس سن..... ۳۵
- کادر ۲-۶. پرسشنامه اضطراب..... ۳۶
- کادر ۲-۷. علائم کلینیکی اضطراب متوسط..... ۳۸
- کادر ۲-۸. مشاوره پزشکی..... ۴۱
- کادر ۲-۹. دستورالعمل [پروتکل م.] ضد اضطراب..... ۴۲
- جدول ۳-۱. دوزهای داروهای قابل تزریق..... ۵۱
- کادر ۳-۱. تجویز دارو بر مبنای سرعت شروع اثر..... ۵۲
- جدول ۳-۲. قسمت اول - تجهیزات و داروهای ضروری اورژانس..... ۵۶
- جدول ۳-۳. مقایسه روش‌های ونتیلاسیون..... ۶۱
- جدول ۳-۴. مدل دوم - دارو و تجهیزات ثانویه (غیر ضروری)..... ۶۵
- جدول ۳-۵. قسمت سوم - احیاء حیات قلبی پیشرفته - داروهای ضروری..... ۷۱

فهرست کادرها و جدول‌ها

۷۳	■ جدول ۳-۶. مدل چهارم - داروهای ضد سم
۸۷	■ کادر ۵-۱. تشخیص افتراقی‌های سنکوپ
۸۷	■ کادر ۵-۲
۸۷	■ جدول ۵-۱. علل احتمالی از دست دادن هوشیاری در مطب دندانپزشکی
۸۸	■ جدول ۵-۲. طبقه‌بندی علل عدم هوشیاری بر اساس مکانیزم
۹۲	■ جدول ۵-۳. تفاوت آناتومیک بین راه هوایی بالین و شیرخواران
۹۳	■ جدول ۵-۴. تشخیص باز بودن راه هوایی و تنفس
۹۴	■ جدول ۵-۵. علل انسداد نسبی راه هوایی
۹۸	■ کادر ۵-۳. کنترل و درمان بیمار با از دست دادن هوشیاری
۱۰۰	■ کادر ۶-۱. علائم سنکوپ
۱۰۰	■ کادر ۶-۲. عوامل مستعد کننده سنکوپ وازودپرسور
۱۰۱	■ کادر ۶-۳. علائم و نشانه‌های پیش از سنکوپ
۱۰۴	■ کادر ۶-۴. درمان سنکوپ وازودپرسور
۱۰۶	■ کادر ۷-۱. داروها و گروه‌های دارویی که موجب کم فشاری وضعیتی می‌شوند
۱۰۷	■ کادر ۷-۲. معیارهای بالینی برای کم فشاری وضعیتی
۱۰۹	■ جدول ۷-۱. پاسخ سیستم قلبی - عروقی به تغییرات وضعیت
۱۱۰	■ کادر ۷-۳. درمان کم فشاری وضعیتی
۱۱۲	■ کادر ۸-۱. بایستگی‌های (اندیکاسیون‌های) بالینی برای استفاده از گلوکوکورتیکواستروئیدها
۱۱۲	■ کادر ۸-۲. عوامل مؤثر در بازگشت عملکرد قشر آدرنال، پس از درمان برون‌زاد با گلوکوکورتیکواستروئید
۱۱۳	■ جدول ۸-۱. کورتیکواستروئیدهای سیستمیک
۱۱۴	■ جدول ۸-۲. دوزهای معادل گلوکوکورتیکواستروئیدها
۱۱۴	■ کادر ۸-۳. قانون ۲ها
۱۱۵	■ جدول ۸-۳. تظاهرات بالینی نارسائی آدرنال
۱۱۹	■ کادر ۸-۴. معیارهای تعیین نارسایی آدرنال
۱۲۱	■ کادر ۸-۵. درمان نارسایی آدرنال
۱۲۳	■ کادر ۹-۱. کنترل از دست دادن هوشیاری
۱۲۳	■ جدول ۹-۱. علل از دست دادن هوشیاری
۱۲۳	■ جدول ۹-۲. وضعیت‌هایی که با از دست دادن هوشیاری همراه است
۱۲۳	■ جدول ۹-۳. وضعیت بیمار در زمانی که سنکوپ اتفاق می‌افتد
۱۲۴	■ جدول ۹-۴. علائم حیاتی در زمان بروز از دست دادن هوشیاری
۱۲۴	■ جدول ۹-۵. طول زمان سنکوپ با حمایت‌های اولیه حیات
۱۲۷	■ کادر ۱۰-۱. اصطلاحات مربوط به اختلالات تنفسی
۱۲۷	■ جدول ۱۰-۱. علل احتمالی اختلالات تنفسی

فهرست کادرها و جدول‌ها

۱۲۸	■ کادر ۱۰-۲. درمان اختلالات تنفسی.....
۱۳۰	■ کادر ۱۱-۱. وسایل و تکنیک‌هایی که برای جلوگیری از آسیب‌رسانی و بلع اجسام خارجی استفاده می‌شود.....
۱۳۲	■ کادر ۱۱-۲.....
۱۳۲	■ کادر ۱۱-۳. اداره کردن بیماری که جسم خارجی بلعیده است.....
۱۳۴	■ کادر ۱۱-۴. کنترل و درمان یک جسم آسیب‌رسان شده.....
۱۳۴	■ جدول ۱۱-۱. ارزیابی بیمار با انسداد کامل راه هوایی.....
۱۳۵	■ کادر ۱۱-۵. علائم در انسداد کامل راه هوایی.....
۱۳۵	■ کادر ۱۱-۶. علائم در انسداد نسبی راه هوایی.....
۱۳۹	■ جدول ۱۱-۲. فشار به قفسه سینه.....
۱۴۱	■ کادر ۱۱-۷. اقدامات متوالی پیشنهادی برای رفع انسداد راه هوایی.....
۱۴۲	■ کادر ۱۱-۸. عملیات نجات برای شیرخواران و اطفال.....
۱۴۸	■ جدول ۱۲-۱. تظاهرات بالینی هایپرونتیلیاسیون.....
۱۴۹	■ کادر ۱۲-۱. گزارش مورد.....
۱۵۱	■ کادر ۱۲-۲. درمان هایپرونتیلیاسیون.....
۱۵۳	■ کادر ۱۳-۱. عوامل مستعد کننده برای آسم حاد.....
۱۵۴	■ جدول ۱۳-۱. داروهای تجویزی معمول برای درمان بیماری انسدادی مجاری هوایی.....
۱۵۵	■ جدول ۱۳-۲. طبقه‌بندی ASA برای آسم.....
۱۵۶	■ کادر ۱۳-۲. علائم و نشانه‌های آسم حاد.....
۱۵۸	■ جدول ۱۳-۳. علائم و نشانه‌های بالینی هایپوکسی و هایپرکاریا.....
۱۵۸	■ جدول ۱۳-۴. تغییرات فیزیولوژیک که در حین آسم ملایم و شدید به وجود می‌آید.....
۱۶۱	■ کادر ۱۳-۳. درمان آسم حاد.....
۱۶۴	■ کادر ۱۴-۱. دیورتیک‌های مورد استفاده در درمان CHF.....
۱۶۴	■ کادر ۱۴-۲. مواد اینوتروپیک مورد استفاده در درمان CHF.....
۱۶۴	■ کادر ۱۴-۳. گشادکننده‌های عروقی مورد استفاده در درمان CHF.....
۱۶۶	■ کادر ۱۴-۴. طبقه‌بندی فانکشنال برای بیماران دارای بیماری قلبی.....
۱۶۹	■ جدول ۱۴-۱. تظاهرات بالینی نارسایی قلبی و ادم حاد ریوی.....
۱۶۹	■ جدول ۱۴-۲. حداقل نیاز اکسیژن برای فرد بالغ.....
۱۷۳	■ کادر ۱۴-۵. درمان نارسایی احتقانی قلب و ادم حاد ریوی.....
۱۷۹	■ جدول ۱۶-۱. علل تغییر سطح هوشیاری.....
۱۷۹	■ کادر ۱۶-۱.....
۱۸۰	■ کادر ۱۶-۲. درمان تغییر سطح هوشیاری.....
۱۸۲	■ جدول ۱۷-۱. شیوع دیابت براساس سن در ایالات متحده.....
۱۸۲	■ جدول ۱۷-۲. عوارض مزمن دیابت ملیتوس.....

فهرست کادرها و جدول‌ها

۱۸۳	جدول ۱۷-۳. پیش‌بینی ریسک دیابت
۱۸۳	کادر ۱۷-۱. طبقه‌بندی قبلی دیابت توسط انجمن دیابت آمریکا، ۱۹۷۵
۱۸۴	جدول ۱۷-۴. طبقه‌بندی کلینیکی سندرم‌های دیابت ملیتوس ایدیوپاتیک
۱۸۴	کادر ۱۷-۲. طبقه‌بندی دیابت و گروه‌های عدم تحمل گلوکز
۱۸۵	جدول ۱۷-۵. مقایسه دیابت ملیتوس نوع I و نوع II
۱۸۵	جدول ۱۷-۶. علل ۲۰ مورد هایپوگلیسمی متوالی در بیماران دیابتیک
۱۸۶	کادر ۱۷-۳. نتایج کنترل دیابت و بررسی عوارض
۱۸۷	جدول ۱۷-۷. تشخیص دیابت ملیتوس
۱۸۸	کادر ۱۷-۴. داروهای شایع مورد مصرف که میزان گلوکز خون را پایین می‌آورند
۱۸۹	جدول ۱۷-۸. داروهای خوراکی ضد دیابت موجود
۱۸۹	جدول ۱۷-۹. انسولین‌های آماده رایج در ایالات متحده
۱۸۹	جدول ۱۷-۱۰. طبقه‌بندی وضعیت جسمانی متناسب با وضعیت بیماران دیابتی
۱۹۰	جدول ۱۷-۱۱. طبقه‌بندی وضعیت جسمانی برای دیابت ملیتوس
۱۹۰	جدول ۱۷-۱۲. دیابت ملیتوس - ملاحظات درمانی دندانپزشکی
۱۹۱	جدول ۱۷-۱۳. تظاهرات کلینیکی هایپرگلیسمی
۱۹۱	کادر ۱۷-۵. تظاهرات کلینیکی هایپوگلیسمی
۱۹۴	کادر ۱۷-۶. درمان هایپرگلیسمی - بیمار بیهوش
۱۹۵	کادر ۱۷-۷. درمان هایپوگلیسمی
۱۹۸	کادر ۱۸-۱. علل هایپوتیروئیدیسم
۱۹۸	کادر ۱۸-۲. علل هایپر تیروئیدیسم
۱۹۹	جدول ۱۸-۱. داروهایی که برای درمان هایپر تیروئیدیسم استفاده می‌شود
۲۰۱	جدول ۱۸-۲. طبقه‌بندی وضعیت جسمانی مربوط به اختلال در عملکرد غده تیروئید
۲۰۲	جدول ۱۸-۳. تظاهرات کلینیکی هایپر تیروئیدیسم
۲۰۳	جدول ۱۸-۴. تظاهرات کلینیکی هایپر تیروئیدیسم
۲۰۴	کادر ۱۸-۳. درمان بیمار بی‌هوش دارای بیماری تیروئید
۲۰۷	جدول ۱۹-۱. طبقه‌بندی اختلال عروقی مغز
۲۰۸	جدول ۱۹-۲. انواع Stroke و ریسک فاکتورهای مرتبط با آن
۲۱۲	جدول ۱۹-۳. طبقه‌بندی‌های CVA و TIA از نظر وضعیت جسمانی
۲۱۲	کادر ۱۹-۱. تظاهرات بالینی CVA
۲۱۵	کادر ۱۹-۲. درمان CVA و TIA
۲۲۱	کادر ۲۱-۱. واژه‌های مربوط به حملات
۲۲۱	کادر ۲۱-۲. طبقه‌بندی کلینیکی و اتسفالوگرافیک بیماران صرعی
۲۲۳	جدول ۲۱-۱. علت‌های مهم حملات برحسب سن

فهرست کادرها و جدول‌ها

۲۲۵	جدول ۲-۲۱. داروهای مورد استفاده در درمان بلند مدت صرع.
۲۲۶	جدول ۳-۲۱. طبقه‌بندی وضعیت جسمانی اختلالات تشنجی.
۲۲۹	کادر ۳-۲۱. درمان حملات پتی مال و پارسیل.
۲۳۲	کادر ۴-۲۱. درمان GTCS (گراندمال).
۲۳۳	کادر ۵-۲۱. درمان بیماران دارای صرع بی‌دربی تشنجی ژنرالیزه.
۲۳۳	جدول ۴-۲۱. علل احتمالی اختلالات حمله‌ای.
۲۳۷	کادر ۱-۲۲. اصول عمومی سم‌شناسی.
۲۳۷	جدول ۱-۲۲. عادات تجویز دارویی در یک دانشکده دندانپزشکی در آمریکا از سال ۱۹۸۵-۱۹۸۳.
۲۳۹	کادر ۲-۲۲. طبقه‌بندی ADRs.
۲۴۰	جدول ۲-۲۲. داروهای بی‌حسی موضعی معمول.
۲۴۱	جدول ۳-۲۲. آنتی‌بیوتیک‌های معمول در دندانپزشکی.
۲۴۱	جدول ۴-۲۲. داروهای ضد درد معمول در دندانپزشکی.
۲۴۲	جدول ۵-۲۲. داروهای ضد اضطراب و آرام‌بخش - خواب‌آور معمول.
۲۴۳	جدول ۶-۲۲. داروهای معمول در دندانپزشکی و ADRهای مرتبط با آنها.
۲۴۶	جدول ۱-۲۳. مقایسه خصوصیات فیزیوکمیکال داروهای بی‌حسی موضعی.
۲۴۶	جدول ۲-۲۳. غلظت داروهای بی‌حسی موضعی شایع.
۲۴۷	کادر ۱-۲۳. فاکتورهای مستعدکننده مسمومیت ناشی از دوز بالای دارو فاکتورهای بیمار.
۲۴۸	کادر ۲-۲۳. دلایل سطح بالای داروی بی‌حسی موضعی در خون.
۲۴۹	جدول ۳-۲۳. حداکثر دوز پیشنهاد شده از داروهای بی‌حسی موضعی شایع*.
۲۴۹	جدول ۴-۲۳. میزان داروی بی‌حسی موضعی در هر کاربول.
۲۴۹	جدول ۵-۲۳. اثر منقبض‌کننده عروقی (ایپی‌نفرین $\frac{1}{4}$) بر روی حداکثر غلظت خونی داروی بی‌حسی موضعی.
۲۵۱	جدول ۶-۲۳. درصد اسپیراسیون مثبت در تزریقات مختلف داخل دهانی.
۲۵۳	کادر ۳-۲۳. عوامل دارویی.
۲۵۴	جدول ۷-۲۳. مقایسه انواع مختلف مسمومیت‌ها به علت دوز زیاد.
۲۵۴	جدول ۸-۲۳. آستانه مسمومیت به علت دوز زیاد دارو.
۲۵۶	کادر ۴-۲۳. درمان واکنش‌های مسمومیت با داروهای بی‌حسی موضعی (نوع ملایم و با شروع سریع).
۲۵۷	کادر ۵-۲۳. درمان واکنش مسمومیت به علت دوز بالای داروی بی‌حسی موضعی (ملایم و با شروع تأخیری).
۲۵۹	کادر ۶-۲۳. درمان واکنش‌های مسمومیت به علت دوز بالای داروی بی‌حسی موضعی (شدید با شروع آهسته یا سریع).
۲۵۹	جدول ۹-۲۳. منقبض‌کننده‌های عروقی که به طور شایع در دندانپزشکی استفاده می‌شوند.
۲۵۹	جدول ۱۰-۲۳. رقت منقبض‌کننده‌های عروقی موجود در دندانپزشکی.
۲۶۰	کادر ۷-۲۳. تظاهرات بالینی مسمومیت به علت دوز بالای ایپی‌نفرین.
۲۶۱	کادر ۸-۲۳. درمان مسمومیت به علت دوز بالای ایپی‌نفرین.
۲۶۲	جدول ۱۱-۲۳. روش‌های مختلف تجویز دارویی.

فهرست کادرها و جدول‌ها

۲۶۵	کادر ۹-۲۳. درمان مسمومیت به علت دوز زیاد داروی آرام‌بخش - خواب‌آور
۲۶۷	کادر ۱۰-۲۳. درمان مسمومیت به علت دوز بالای داروی مخدر.
۲۶۷	جدول ۱۲-۲۳. دوز تجویز شده در مقایسه با بیشترین دوز توصیه شده.
۲۶۷	جدول ۱۳-۲۳. حداکثر دوز توصیه شده داروی بی‌حسی موضعی
۲۷۰	جدول ۱-۲۴. طبقه‌بندی بیماری‌های آلرژیک (بعد از زل و کمبز)
۲۷۱	کادر ۱-۲۴
۲۷۲	جدول ۲-۲۴. محتوای کارتریج ماده بی‌حسی
۲۷۲	کادر ۲-۲۴. مواد حاوی سولفیت
۲۷۶	جدول ۳-۲۴. داروهای آلرژن و جایگزین‌های آنها
۲۷۷	جدول ۴-۲۴. تظاهرات کلینیکی واکنش‌های آلرژیک پوستی
۲۷۸	کادر ۳-۲۴. سیر پیشرفت آنافیلاکسی
۲۷۸	جدول ۵-۲۴. تظاهرات کلینیکی واکنش‌های آلرژیک تنفسی
۲۷۹	جدول ۶-۲۴. تظاهرات کلینیکی واکنش‌های قلبی - عروقی آلرژیک
۲۷۹	جدول ۷-۲۴. خصوصیات ایمونوگلوبولین‌های انسانی
۲۸۰	کادر ۴-۲۴. مکانیسم‌های دفاعی بدن
۲۸۳	کادر ۵-۲۴. درمان واکنش پوستی آلرژیک تأخیری
۲۸۴	کادر ۶-۲۴. نحوه درمان واکنش پوستی آلرژیک سریع
۲۸۵	کادر ۷-۲۴. درمان واکنش آلرژیک تنفسی
۲۸۶	کادر ۸-۲۴. درمان ادم حنجره
۲۸۷	کادر ۹-۲۴. درمان آنافیلاکسی عمومی
۲۸۷	کادر ۱۰-۲۴. درمان آنافیلاکسی عمومی
۲۹۱	جدول ۱-۲۵. مقایسه واکنش‌های مختلف ناخواسته دارویی (بر اساس علائم عمومی)
۲۹۱	جدول ۲-۲۵. مقایسه واکنش‌های مختلف ناخواسته دارویی (بر اساس علائم و نشانه‌ها)
۲۹۵	جدول ۱-۲۶. علل درد قفسه سینه
۲۹۶	کادر ۱-۲۶. عوامل خطر اصلی بیماری‌های قلبی
۲۹۸	جدول ۲-۲۶. مرگ و وقایع غیر کشنده اصلی در بیماران با فشار خون بالای درمان شده و نشده
۲۹۸	جدول ۳-۲۶. مؤثر بودن معالجات ضد فشار خون در کاهش مرگ و وقایع غیر کشنده اصلی
۲۹۹	جدول ۵-۲۶. تظاهرات بالینی اترواسکلروز
۳۰۱	کادر ۱-۲۷. عوامل زمینه‌ساز آنژین صدری
۳۰۲	جدول ۱-۲۷. مقایسه سندرم‌های آنژینی
۳۰۳	جدول ۲-۲۷. داروهای مورد استفاده جهت پیشگیری از حملات آنژین
۳۰۶	جدول ۳-۲۷. ملاحظات درمان دندانپزشکی در آنژین صدری
۳۰۶	جدول ۴-۲۷. سطوح خونی کاتکول‌آمین‌ها

فهرست کادرها و جدول‌ها

۳۰۷	■ جدول ۲۷-۵. علل شایع درد شکم در بخش اورژانس در تمام گروه‌های سنی.
۳۱۰	■ کادر ۲۷-۲. درمان درد قفسه سینه همراه با تاریخچه آنژین صدری
۳۱۳	■ جدول ۲۸-۱. داروهای مورد استفاده در بیماران پس از انفارکتوس میوکارد
۳۱۴	■ جدول ۲۸-۲. ملاحظات درمان دندانپزشکی در بیماران پس از انفارکتوس میوکارد
۳۱۵	■ جدول ۲۸-۳. فعالیتهای بیمار در زمان وقوع انفارکتوس میوکارد
۳۱۶	■ جدول ۲۸-۴. تظاهرات بالینی انفارکتوس حاد میوکارد
۳۱۸	■ کادر ۲۸-۱. درمان درد قفسه سینه
۳۲۲	■ جدول ۲۹-۱. علت‌های درد قفسه سینه
۳۲۳	■ جدول ۲۹-۲. مقایسه درد قلبی و غیر قلبی
۳۲۷	■ جدول ۳۰-۱. تأیید برنامه‌های فیبریلاسیون زود هنگام
۳۲۷	■ کادر ۳۰-۱. زنجیره حیاتی
۳۳۱	■ جدول ۳۰-۲. علل ممکن ایست قلبی
۳۳۲	■ کادر ۳۰-۲. اداره ایست قلبی آشکار و تحت مراقبت
۳۳۲	■ کادر ۳۰-۳. اداره ایست قلبی ناآشکار
۳۳۳	■ جدول ۳۰-۳. میزان زنده بودن از ایست قلبی ناشی از فیبریلاسیون بطنی که وابسته به شروع CPR و ACLS است.
۳۳۷	■ جدول ۳۰-۴. خلاصه روش‌های CPR
۳۴۵	■ کادر ۳۰-۵. کنترل ایست قلبی