

مقاله علمی □

* دندانپزشکی سالمدان و تغذیه*

دکتر فضل الله فرشچیان

دانشیار و سریرست آموزش تخصصی در گروه فرمیمی و مواد دندانی دانشکده دندانپزشکی
دانشگاه علوم پزشکی تهران

درباره طب سالمدان و یا بهتر است گفته شود در اطراف زندگی سالمدان در سه چهار سال اخیر بحث و تحقیقات جدی تر و بیشتری صورت گرفته است.

راستی سن سالمندی از کی شروع می شود؟ به گفته یکی از استادان دانشکده پزشکی تکراس در سن انتونیو، سن سالمندی از زمانی شروع می شود که بطور فیزیولوژیک ساختمان عروف تغییر می یابد و تصلب شرائین حادث می شود، این زمان ممکن است از ۴۰ تا ۴۵ سالگی شروع شود و یا حتی در ۷۰ یا ۸۰ سالگی نازه آغاز شود. اما بطور معمول عدد ۶۵ سال را شروع سن سالمندی می نامند.

یک موضوع را هم یادآوری کنیم و آن اینکه تصور نشود برای ساختن و پیش بردن یک اجتماع فقط به نیروی بازوی جوانان نیاز است بلکه فکر و عقل و تجربه ای را که البته افراد مسن آسان بدست نیاورده اند نیز مورد احتیاج می باشد و همین ها هستند که پشتونه نیروی جوانند و شاید هم پیش برندۀ این نیرو.

اما چه کنیم که یک فرد مسن بتواند کارآئی مورد انتظار را داشته باشد؟ در این باره می توان گفت: دادن تغذیه کامل و سالم به او، شغل مناسب و روحیه ای سرشار از امید به آینده به شخصی که در این موقعیت است و در آن صورت است که از چشمۀ جوشان عقل و معرفت او

* با پوزش از اشتباه چاپی که در درج مقاله در شماره قبل پیش آمده بود نظر به اهمیت موضوع مقاله مجدداً در این شماره درج گردید.

دیگران سیراب خواهد شد و جامعه‌ای سالم و خوشبخت و پیش رو بوجود خواهد آمد.

«سلامت بافت‌های دهانی در سالمندان و ارتباط آن با تغذیه»

- آیا افراد سالمند باید دارای مشکلاتی در رابطه با بهداشت دهان باشند؟

- آیا از دست دادن دندانهای دائمی امر حتمی است؟

محققین (دکتر Nissen و دکتر Jones) درباره اینکه همراه سالمندی چه اتفاقاتی در بهداشت دهان بوقوع می‌بینند و همچنین درباره تغذیه و چگونگی تاثیر متقابل آن با بهداشت دهان تحقیقاتی انجام داده‌اند که در آغاز این تحقیقات یک سری معاینات و آزمایشات کلی را نیز به عنوان راهنمای کار بعمل آورده‌اند.

این روشن شده است که با آنکه سالمندان بسیار نیازمند خدمات دندانپزشکی می‌باشند از کمترین آن خدمات برخوردارند و می‌دانیم که با ناتوانی در جویدن غذا نوع تغذیه نیز تغییر می‌کند و غذای ناکافی بهداشت نامناسب دهان را بدنبال خواهد داشت، بر عکس این را هم داریم که بهداشت نامناسب بر تغذیه اثر می‌گذارد.

ما در این مقاله چگونگی ارتباط بهداشت دهان سالمندان را با تغذیه بررسی کرده و نگاه می‌کنیم به یک سری تغییرات فیزیولوژیک و معمول که با بالا رفتن سن حادث می‌شود و در کلینیک نیز مشاهده می‌گردد و همچنین دیگر تغییراتی که بر اثر تغذیه ناکافی بوقوع می‌بینند.

تغییرات دهانی که به سن بالا مربوط می‌شود:

گزارش شده است که در طی دوران سالمندی طبیعی یک سری تغییرات فیزیولوژیک بطور اجتناب ناپذیر رخ می‌دهد که این تغییرات باید از تغییراتی که بعلت وقوع بیماری با بیماریهای که با افزایش سن برای انسان پیش می‌آید تفکیک گردد.

پس، از این نقطه نظر هم دو دسته تغییرات داریم؛ یکی *Age - related* و دیگری *Disease - related* که بدقت تفاوت‌شان بایستی برای ما آشکار شود.

الف - تغییراتی که در طی دوران سالمندی نرمال (*Age - related*) رخ می‌دهند عبارتند

از:

۱ - از دست دادن دندانها (که خیلی شایع است).

۲ - کاهش جریان بزاق.

۳ - آتروفی مخاط دهان و سیستم عضلانی آن.

۴ - نقصان در حس چشای.

تمام تغییرات گفته شده، اعمال مضغی را تحت تاثیر قرار می‌دهند که نهایتاً وضعیت طبیعی

تقذیبای نیز تغییر می‌کند.

آمار نشان می‌دهد (در امریکا) که در صد افراد بی‌دندان کامل در سالمندان بالای ۶۵ سال در سال‌های ۱۹۶۲ تا ۱۹۶۵، ۵۵٪ بوده در حالی که در سال‌های ۱۹۷۱ تا ۱۹۷۴ به ۴۵٪ کاهش یافته است.(۱) این می‌رساند که از دست دادن دندانها را دیگر فقط نتیجه جریان طبیعی سالمندی نباید دانست.

در همین رابطه شعار با ارزش طب سالمندان را عنوان می‌کنیم که:

"سالمندان بیمار، بیمارند زیرا که بیمارند نه اینکه سالمنند."

بنابر این منطقی است فکر کیم که سالمندانی که دندانها یاشان را از دست می‌دهند به علت بیماری دندانی است و نه به سبب سالمندی. در این رابطه ممکن است متعاقب از دست دادن دندانها مصرف غذاهای نرم، مواد کربوهیدراته و چربی افزایش یابد و ضمناً می‌دانیم که بزاق دارای اثر ضد باکتری است و اشخاصی که جریان بزاق کافی ندارند در معرض بیماریهای پریودنتال و شیوع پوسیدگی دندانی قرار می‌گیرند، این در حالی است که تحقیقات اخیر بر روی کارغدۀ پاروتید نشان داده است که بالغین و سالمندانی که دارو مصرف نمی‌کنند جریان بزاقی آنها همراه با بالا رفتن سن کاهش نمی‌یابد و این با تایید بدست آمده قبلی تناقض داشت که نقصان جریان بزاق را همراه با Aging نشان می‌داد ولی بعداً معلوم شد که در تحقیقات اولیه مصرف دارو را در افراد مسن مورد مطالعه قرار نداده بودند.

در این باره اشاره می‌نماید که بسیاری از داروها هستند که سبب کاهش مقدار بزاق و خشکی دهان می‌شوند. این داروها عبارتند از: ۱ - داروهای ضد افسردگی. ۲ - آنتی هیستامینها. ۳ - ضد فشار خون. ۴ - ضد سرطان. ۵ - ضد پسیکوز. ۶ - آنتی اسپاسmodیک‌ها. ۷ - داروهای ضد احتقان. ۸ - دیورتیکها و ۹ - آرام بخش‌ها.

اضافه کند که افراد مسن بیشتر از جوانترها علاقمند به مصرف داروهای ذکر شده می‌باشند. ضمناً تأثیر داروهای Anticholinergic را بر میزان جریان بزاق و ورم مخاط دهان نباید از نظر دور داشت.

مطالعات هیستولوژیک مخاط دهان در سالمندان می‌گوید که آنها به علت کاهش یافتن مقاومت بافتی شان، در برابر تحریک و تروما و عفونت ضعیف ترند. آتروفی مخاط دهان و سیستم عضلانی آن سبب ناتوانی در قبول Denture و وقوع تغییرات در حس چشائی می‌گردد(۲) ولی مطالعات اخیر نشان می‌دهد که تمام این تغییرات دهانی نتیجه Aging نیست و انعکاس بیماریهای سیستمیک، مصرف داروهای مختلف، تغذیه ناکافی و کمبود مراقبت‌های درمانی است.

ب - تغیرات دهانی وابسته به تقدیمه:

در این قسمت علامات و نشانه‌های تغییر سلامت بافت دهانی که بر اثر کمبودهای مواد غذائی مختلف رخ می‌دهد مطرح می‌شود که بشرح زیر خواهد بود:

کمبودها	تغییرات
آب	دھیدراته شدن بافت، خشکی دهان، شکنندگی بافت، احساس سوزش و عدم تحمل به نگهداری پروتز.
بروتئین	شکنندگی بافت، احساس سوزش، عدم تحمل به نگهداری پروتز و ترک خوردن گوشه لب (Cheilosis)
آهن	احساس بی مزه‌گی در دهان، ترک خوردن گوشه لب، تورم زبان، سوزش زبان و صاف و پیرنگ شدن زبان.
ویتامینهای B:	احساس بی مزه‌گی، تورم و سوزش زبان
B12	قرمز شدن و یا صاف شدن زبان، ترک خوردن گوشه لب و زخم شدن مخاط و احساس سوزش زبان.
اسید فولیک	تورم زبان، سوزش زبان و ترک خوردن گوشه لب.
نیاسین	ترک خوردن گوشه لب، دان دان شدن یا آج دار شدن زبان و زبان رنگ شده به نظر می‌آید.
پیریدوکسین (B6)	لثه‌ها به آسانی خراش برداشته خونریزی می‌کنند.
ربیوفلافوئین (B2)	(قطبه‌های سفید به رنگ براق صدف در سطح داخلی گونه و لبها و دفرماسیون سطحی مخاط - این تلیوم - اغلب دیده می‌شود و نیز این علامت از یماری سفلیس و همچنین از مصرف دخانیات هم می‌تواند بوجود آید) و کاهش یافتن جریان بزاق.
ویتامین C	دیربند آمدن خون بعد از عمل جراحی یا هنگام دست کاری مخاط دهان و خونریزی خود به خود از لثه‌ها.
ویتامین A	
ویتامین K	

دریافت مواد غذایی به میزان کافی بر حفظ ترمیم بافتی‌های دهانی تاثیر می‌گذارد و آشکار است که وضعیت تقدیمه‌ای هر فرد به نوع و مصرف مواد غذایی، میزان جذب روده‌ای مواد مصرف شده و مدت زمانیکه جذب انجام می‌گیرد و عوامل مفید و لازم موجود در غذا و میزان

دفع بستگی دارد.

- آب: خشکی دهان و دهیدراته شدن بافت‌های دهانی - اینها نشانه‌های کم شدن آب با تغییرات غدد بی‌زاقی هستند.
- در این رابطه در افراد بی‌دندان یا آنها که تعدادی از دندانها را از دست داده اند عدم تحمل به نگهداری پروتز مشاهده می‌شود.

عدای از محققین (۴ و ۳) پیشنهاد می‌کنند بیمارانی که دهیدراتاسیون دهانی در آنها مشاهده می‌شود باید سوب سبزی را زیاد مصرف کنند زیرا که مدت زمان بیشتری آب در بدن آنها باقی می‌ماند، چون که ملکول آب با ملکولهای آلتی دیگر متصل است، و این خصوصیت بویژه در فایبر (Fiber) سبزیجات موجود می‌باشد. حال عبور این ترکیب از عبور آب به تنها بی در دستگاه چهارهای خاصه آهسته تر خواهد بود که به این ترتیب زمان جذب آن افزایش می‌یابد. و نیز بیشترین زمان توقف آب در مجاورت روده بزرگ خواهد بود. فایبر موجود در سبزیجات ضمناً عمل دفع را آسانتر می‌نماید (۵) که این برای سالمدان دارای اهمیت است.

- پروتئین: قدرت بافت‌های بدن و ترمیم آنها بستگی به ساختمان اجزاء و ماتریکس بین سلولی و سیستم آنزیمی دارد که اینها باضافه وضعیت مصنویت بدن همگی در ارتباط با پروتئین موجود در بدن می‌باشد.
- عدم تحمل پروتز که با شکنندگی بافت همراه است ممکن است بر اثر کمبود پروتئین باشد.

چه بسا کمبود پروتئین موجود است ولی بسیاری از تظاهرات کلینیکی مشهود را موجب نشده است که این خود می‌تواند عنوان یک تحقیق قرار بگیرد.

- آهن: کم رنگ عمومی مخاط دهان یکی از علائم غالب در نقص و کمبود آهن است. (۶) تغییرات زبان شامل تورم، زخم و سوزش و درد در موقع بلع می‌باشد. آتروفی موضعی Papillary مشاهده می‌شود که نتیجهٔ زبان صاف و بدون پرزگشته و ضمناً زیر زبان در دندها ک خواهد بود.

- ویتامین‌های B: عوارض کمبود کلی ویتامین‌های B ممکن است بصورت عوارض کمبود یک نوع از ویتامین‌های B هم تظاهر کند، برای مثال: آنما پرنیسیوز (ناشی از کمبود ویتامین B12 و سیانوکوبالامین) و پلاگر که ناشی از کمبود نیاسین و معمولاً چند ویتامین دیگر است.

اضافه کرد که تغییراتی که در زبان، از این بابت رخ می‌دهد بسیار متنوع بوده و معمولاً همیشه با کمبود شدید ویتامین‌های B مربوط نیست. گفته می‌شود افرادی که با این نوع کمبودها روبرو هستند به عفونت ثانویه هم احتمالاً مبتلا می‌شوند.

در بیماران بی دندان این نوع کمبودها اثرات عمیق‌تری ممکن است بر جای پگذارد به این ترتیب که حرکات فکی را مختل کرده و Overclosure ایجاد کند. نزد افراد بی دندان با آنها که دندانها یاشان سایش شدیدی دارد یا دندان مصنوعی آنها در جای خود قرار نمی‌گیرد و دائماً این طرف و آن طرف می‌رود شایع است.

در این مرحله فراموش نکنیم که ترک خوردن گوشه لب Cheilosis از تظاهرات کمبود ویتامینهای B، پروتئین و آهن می‌باشد یا ویتامین C: تظاهرات دهانی کمبود ویتامین C بیماری SCURVY سکریوت است که مخصوصاً در بافت‌های پریودنتال و Gingival حادث می‌شود و امروزه در بین سالمدان نادر است. بر اثر این کمبود کناره‌های لثه متورم، ادماتوز و اریتماتوز شده و خود بخود خونریزی رخ می‌دهد که در واقع نقصی در تشکیل کلاژن محسوب می‌شود. چنین خونریزی باید از خونریزیهای ناشی از مسمومیت مصرف داروهای ضد انعقاد تشخیص داده شود.

آخرآ علاقه زیادی در ارتباط با دریافت اسید اسکریک و تحقیق در وضعیت پریودنتال در بین دانشمندان این رشتہ بوجود آمده است. بعضی از محققین تزریق دوز بالای ویتامین C را به عنوان یک کمک (Adjunct) پرمان یماریهای پریودنتال توصیه می‌کنند. آمار می‌گوید که بهتر است دندانپزشکان و مسئولین امور بهداشتی توجه خود را بیشتر معطوف به گسترش و پیشگیری پدیداشت دهان نمایند تا دریافت ویتامین C که عنوان پیشگیری و کنترل یماریهای پریودنتال بکار می‌رود.

- **ویتامین A:** کمبود ویتامین A با متاپلازی اپی تلیوم کراتینیزه (Keratinizing) (Ductus Glandularia) دستگاه تنفس و تناسلی و Glandularia همراه است. در این باره میزان خشکی دهان در ارتباط با کار غدد باید در نظر گرفته و روشن شود. ضمناً تغییرات لثه‌ای متغیر است و می‌تواند هیپرپلاستیک هم باشد که به سمت طبیعی شدن و سالم شدن گرایش یابد و همچنین می‌تواند هیپرپلاستیک و هیپرکراتوتیک نیز باشد. (v)

- **ویتامین K:** کمبود ویتامین K می‌تواند ناشی از سوء جذب یا تولید ناکافی ویتامین توسط فلورای روده‌ای پس از آتنی بیوتیک تراپی از راه خوراکی - و یا همراه با دریافت ناکافی آن - باشد. در این مورد تولید فاکتورهای انعقادی IX VII II X در کبد تحت تاثیر قرار می‌گیرد و تیجتاً نقصی در سیستم انعقادی مانند تشکیل ناقص لخته و نقص در ثبات و انتقباض محل خونریزی (Retraction) حادث می‌شود. این جریان، تغییرات داخل دهانی از قبیل خونریزی خود بخود از لثه یا خونریزیهای بعد از جراحی (Post Traumatic) را نیز بدنبال خواهد داشت. مصرف الکل هم می‌تواند بطور کمی و کیفی نقص‌های ذکر شده با نمای کلینیکی بالا را در پلاکتها ایجاد بنماید.

- معاینه دهان: آمار نشان می دهد که اشخاص مسن به منظور مراقبتها و درمانهای اولیه علاقومندند که بیشتر به پزشک مراجعه کنند تا به دندانپزشک، بنابر این پزشکان رل مهمی در حفظ سلامت آنها و همچنین در تشخیص abnormality دهانی - صورتی که بر تغذیه فرد نیز می تواند موثر باشد دارند و بیماران هم حرف شنوی از پزشکان از خود نشان می دهند.

برای تکمیل کردن معاینه، کلیدهایی لازم است که عبارت از مرحله به مرحله تزدیک شدن به تشخیص و همچنین داشتن اطلاعات کاملی از آناتومی نرمال دهانی خواهد بود. در این باره، سروگردان از لحاظ قرینگی و یا داشتن ضایعه بدقت بررسی می شود و دو طرف گردن به آرامی با دو دست لمس می گردد.

لطف آدنوباتی ها و تورم های سطحی و عمقی مورد بررسی دقیق قرار می گیرد، خصوصاً ناحیه جلوی گوش، پشت گردن و نواحی بالای ترقوه نیز بدقت مورد توجه می باشد و حنجره نیز باید دارای حرکت (Mobile) باشد.

- تیروئید با لمس دو طرفه در هنگام بلع نیز آزمایش می گردد. همچنین سینوسهای فکی معاینه می شوند و مفصل T.M.J در طی بازو بسته شدن آهسته دهان نیز لمس می گردد، و این عمل ممکن است با درد و صدا کردن مفصل (Crepitus) و یا انحراف همراه باشد. از دیدگاه دیگر که نگاه کنیم توجه ما نه فقط به قسمت خلفی یعنی حلق و خنجره بیمار بلکه به حفره دهان هم باید معطوف بشود که اینکار توسط غالب پزشکان انجام نمی شود.

لبهای، گونه ها، کام سخت و لثه ها باید معاینه و لمس شوند تا بتوان به هر چیز غیر طبیعی عمقی یا سطحی نیز پی برد، رنگ و قوام بافت های دهانی و همچنین مرتبط بودن محیط دهان را باید از نظر دور داشت.

زبان باید بدقت معاینه شود زیرا که حاشیه های طرفی زبان یکی از محل های شایع کانسر (Cancer) در محیط دهان می تواند باشد، برای اینکار بیمار زبان خود را بپرون می آورد و طیب با گذاشتن یک گاز ۲×۲ اینچ مربع توک زبان را گرفته و آن را به آرامی به جلو و اطراف (چپ و راست) هدایت می کند.

سپس با یک نور مناسب از زیر و کناره های زبان و کف دهان - مایین حاشیه های طرفی زبان و فک پایین - معاینه بعمل می آید. همچنین از بیمار خواسته می شود که بگوید آه (Ahh) تا به طبیعی بودن کام نرم و حرکت دیواره خلفی بپیریم. در همین حین می توان زبان کوچک و در صورت امکان لوزه ها را مشاهده کرد.

بالاخره بدن زبان نیز با دو انگشت لمس می شود (کناره های خلفی و جلویی؛ هم روی زبان و هم زیر آن) سپس بیمار عمل بلع را انجام می دهد و زبان را به سقف دهان تکیه می دهد بطوری که قسمت جلوی کف دهان و زیر زبان و مجاری وارتوون را نیز بتوان بررسی کرد.

کف دهان تیز باید دو طرفه لمس شود (یک انگشت داخل دهان و چند انگشت بیرون دهان بصورت نیمه باز) و بهمین طریق غده پاروتید نیز بوسیله قرار دادن یک انگشت در ناحیه جلوگوش و کشیدن آن به سمت جلو معاینه می شود. این عمل را Milking می گویند. در این حال بزاق از مجرای غده پاروتید (Stenon) که در سمت باکال و بالای اولین مولر فک بالا قرار دارد باید خارج شود. با همین طریقه غدد تحت فکی و زیر زبانی نیز امتحان می شود؛ یک انگشت در ناحیه زاویه فک پایین (Submandibular - Triangle) گذاشته شده و بطرف جلو یعنی چانه کشیده می شود تا یرون آمدن بزاق از مجرای وارتن را در کف دهان مشاهده کنیم که در حالت سلامت غدد بزاقی حداقل یک قطره بزاق خارج می شود.

بیماران بی دندان باید بدون وجود دست تمام در دهان معاینه گردند مخصوصاً ریح آلوئولار از لحاظ کاتور (Contour)، قوام و رنگ و داشتن ضایعه احتمالی بدقت مورد بررسی قرار گیرد.

زیاد قرمز بودن رنگ ریجهای آلوئولار در افراد بی دندان یا مشاهده ضایعه‌ای قرمز رنگ یا سفید رنگ ممکن است بدلیل خوب قرار نگرفتن دست تمام در جای خود باشد، و یا ابتدای کارسینوما تلقی شود.

مراجعه بیمار به دندانپزشک

اولین معاینات و تشخیص‌های پزشک گاهی ایجاد می‌کند که بیماران سالمند (این جمعیت بظاهر پنهان) را به دندانپزشک معرفی نماید. مشکلات مربوط به وضعیت دهانی که اشاره خواهد شد هم در بی دندانها و هم در بادندانها ممکن است پیش بیاید. بعارت دیگر مشاهده وضعیت‌های زیر ایجاد می‌کند که بیمار به دندانپزشک مراجعه نماید:

از لحاظ دست تمام	از لحاظ دندان	از لحاظ کلی (بوی بد دهان)
III Fitting Denture Home Repair of Denture	Bleeding Dental caries Mobile teeth	HALITOSIS Inability to chew Infection Iesion(red,white,ulcerated) Pain

- بوی بد دهان یا Halitosis در جامعه شایع است و نه تنها در سالمدان بلکه به علل مختلف ناشی از متابولیسم - مثلاً در دیابتیک‌ها نیز ممکن است دیده شود ولی بیشترین علت

آن عفونتهای دهانی، پوسیدگی دندان، بیماریهای پریودنتال یا تجمع دبریها است - Halitosis خود به تنهائی بر تغذیه تاثیر نمی‌گذارد اما اساساً مسئله‌ای است که بیمار را بخاطر آن نزد دندانپزشک می‌فرستند.

- سالمدان در باب عمل جویدن و مضغ ممکن است مشگل داشته باشد. در بیماران با دندان عمل مضغ ممکن است به علت درد دندان یا لثه‌ها و یا مناسب نبودن وضعیت، اکلوژن مسئله دار شود. اما در بیماران بی دندان تطابق ناصحیح دست دندان در جای خود بر عمل مضغ تاثیر می‌گذارد.

بسیاری از سالمدان سعی می‌کنند که این عدم تطابق را تصحیح کنند. این عمل آنها معمولاً برای بافتهای نرم و سخت دهان زیان آور است. مشاهده هر نوع رنگ غیر عادی قرمز در بافت، مخصوصاً در قسمت کام بیمار ایجاب می‌کند که او را نزد دندانپزشک بفرستند. Cancer دهان کراراً با همین علامات قرمز یا سفید که توجه ما را خیلی هم جلب نمی‌کنند ظاهر می‌شود.

بسیاری از عفونتهای دهان که مربوط به پوسیدگی دندان و یا بیماری پریودنتال است را می‌توان درمان نمود و از پیشرفت آنها جلوگیری کرد. سالمدانی که مشکلات درمانی مزمن دارند، این قبیل عفونتهای ذکر شده بیشتر آنها را رنج می‌دهد. متاسفانه افراد سالمدان، اغلب درد را قسمتی از مراحل سالمدانی می‌دانند بنابر این لازم است آنها را با مر پیشگیری تشویق کنیم. آنان یعنی سالمدان تمام مسائل خود را از قبیل پوسیدگی دندانی، وجود لته‌های محتنق، و عفونتهای دهانی باید با دندانپزشک مطرح کنند.

مختصه‌ی هم درباره خشکی دهان:

خشکی دهان (Xerostomia) اساساً تغذیه بیمار را بطور قابل توجهی تحت تاثیر قرار داده و آن را محدود می‌کند که شاید پزشک بتواند علت آن را بیابد. بیشترین علت شایع در ایجاد خشکی دهان مصرف داروهای مختلف با فعالیتهای آنتی کلی نرژیک Anticholinergic می‌باشد. اگر مصرف داروهای مختلف سبب خشکی دهان است آن داروها یا باید تغییر داده شوند و یا حذف گردند. و اگر شوان آن داروها را حذف کرد یا مقدارشان را کم کرد، می‌توان از جانشین‌های بزاق مانند Salivart Xero - Iube به عنوان آرام کننده بافتهای دهانی استفاده کرد. علاوه بر آن تغذیه این افراد نیز باید تغییر داده شود و شامل غذاهای نرم کننده مانند سوب و آبگوشت بشود تا از زخم شدن مخاط بخلوگیری بعمل آید.

خلاصه

نداشتن پهداشت دهانی خوب، نتیجه جریان سالمدانی طبیعی نیست بلکه انعکاس بیماریهای سیستمیک، مصرف داروهای مختلف، کمبود مراقبت‌های درمانی، سوء تغذیه و تغذیه تا کافی می‌باشد.

پزشکان اولین کسانی هستند که سالمدان به آنها مراجعه می‌نمایند و از این لحاظ بیشتر از دندانپزشکان در جریان سالمدانی، قرار می‌گیرند از این‌رو آنها نقش مهمی در مراقبت‌های

بهداشتی سالمدان می توانند داشته باشند، بنابر این لازم است آنها با آناتومی نرمال دهانی - صورتی آشنا باشند و بطور روتین آزمایش کامل دهان را جزء آزمایشات کلی فیزیکی بیمار قرار دهند و بیماری را که بهداشت دهانی ضعیفی دارد به تزد دندانپزشک بفرستند تا او به درمان لازم پردازد و دستورات حاوی پیشگیری را به بیمار بدهد.

منابع و مأخذ:

- 1 - U. S. National Center for Health Statistic. Edentulous Persons in the US vital Health Stat. (10) 1974.
- 2 - DAXTer JC. the importance of nutrition in Prosthodontic treatment of the older Patient. Quintessence 1983: 2(Feb): 185.
- 3- DAXTer JC. Nutrition and the Geriatric edentulous Patient. Spec. care dent. 1981: 1 (Nov. Dec.): 259.
- 4 - Masalar M. Geriatrion II,Dehydration in the elderly. J. Prosthet. Dent. 1979, 42(5): 489 - 91.
- 5 - Almy T. the role of fiber in the diet. in: Wintch M. ed. Nutrition and aging New York: J. Wiley, 1976.
- 6 - Dreisam S. Oral indications of the deficiency States. Postgrad Med. 1971: 49(1): 97 - 102.
- 7 - Jelly M. vitamin A deficency, a review. II. J. oral ther. 1967 (May): 439 - 51.