

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ – ΕΠΕΙΓΟΥΣΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ
2^ο Εξάμηνο Σπουδών

**Ασθενείς με Ενδοκρινολογικά
προβλήματα στο Οδοντιατρείο**



Νάντια Θεολόγη-Λυγιδάκη
Επίκουρη Καθηγήτρια
Κλινική Στοματικής και
Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής

Το πρόβλημα:

- Ο Οδοντίατρος αναπόφευκτα θα κλιθεί να αντιμετωπίσει αρκετές φορές ασθενείς που πάσχουν από συστηματικά νοσήματα
- Επεμβαίνοντας μπορεί να επηρεάσει την κατάσταση του ασθενή του, τόσο με την χρήση φαρμάκων όσο και με τη χρήση χειρουργικών εργαλείων
- Επομένως η θεραπευτική αντιμετώπιση πρέπει να διαφοροποιείται στους ασθενείς με βεβαρημένο ιατρικό ιστορικό

Πολύ σημαντική η λήψη Ιστορικού!

- Ερωτήσεις για παλαιότερες νοσηλείες και επεμβάσεις, για λήψη φαρμάκων
- Απόσπαση πληροφοριών ιδιαίτερα από φαινομενικά υγιή άτομα
- Σχέση εμπιστοσύνης ασθενούς και οδοντιάτρου και προσέγγιση του αγχώδους ασθενούς
- Παράλληλα γίνεται και η μακροσκοπική κλινική εκτίμηση του ασθενή (ηλικία, βάρος, στάση σώματος, εικόνα πάσχοντος ή όχι, αναπνευστική δυσχέρεια κ.α.)

Άτομα με ιστορικό νόσου Τα «όπλα» μας για πρόληψη συμβαμάτων:

- Το λεπτομερές ιστορικό
- Η μακροσκοπική και ενδοστοματική κλινική εξέταση
- Οι εργαστηριακές εξετάσεις (απεικονιστικές και αιματολογικές)
- Η επανάληψη και ο εμπλουτισμός των γνώσεών μας
- Η επικοινωνία μας με τους συναδέλφους άλλων ειδικοτήτων

ΜΙΚΤΟΙ ΑΔΕΝΕΣ	ΑΜΙΓΕΙΣ ΕΝΔΟΚΡΙΝΕΙΣ
Ήπαρ	Υπόφυση
<u>Πάγκρεας</u> Σακχαρώδης Διαβήτης	Επίφυση
Ωοθήκες	<u>Θυροειδής</u> Υπερ και υπό θυροειδισμός
Όρχεις	Παραθυροειδείς
Θύμος	<u>Επινεφρίδια</u> Φλοιοεπινεφριδική ανεπάρκεια

Ενδοκρινείς είναι οι αδένες που παράγουν και εκκρίνουν ορμόνες στην κυκλοφορία του αίματος



Ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης (ΣΔ)

- Η ινσουλίνη, πολυπεπτιδική ορμόνη που παράγεται στο πάγκρεας και κυκλοφορεί στο αίμα, είναι απαραίτητη για την μεταφορά της γλυκόζης από το αίμα στους ιστούς
- Η ινσουλίνη «ελέγχει» τα επίπεδα της γλυκόζης στο αίμα ενώ η μεταφερόμενη στους ιστούς γλυκόζη μετατρέπεται σε ενέργεια
- Επί ανεπάρκειας ινσουλίνης, σχετικής ή απόλυτης, προκύπτει υπεργλυκαιμία λόγω παραμονής του σακχάρου στο αίμα
- Η υπεργλυκαιμία διαρκείας –ο σακχαρώδης διαβήτης- αν δεν ελεγχθεί, έχει αρνητικές συνέπειες στον οργανισμό

Τύποι Σακχαρώδη Διαβήτη

- Τύπος I: (πρώην νεανικός)
- Τύπος II: άνω των 30 ετών
- Διαβήτης της κύησης

Σύμφωνα με την Διεθνή Διαβητολογική Ομοσπονδία, το 2017 , οι Διαβητικοί ασθενείς με τύπου II διαβήτη αποτελούν το 90% των διαβητικών ασθενών και το 8,8% του ενήλικου πληθυσμού.

ΣΔ Τύπου Ι

- Νεανικός διαβήτης, ινσουλινοεξαρτώμενος
- Το πάγκρεας (τα β κύτταρά του) δεν παράγει την αναγκαία ινσουλίνη
- Πρόκειται για αυτοάνοσο νόσημα με απόλυτη εξάρτηση από εξωγενώς χορηγούμενη ινσουλίνη
- Τάση για απότομες αλλαγές στα επίπεδα της γλυκόζης αίματος και κετοξέωση που είναι μία σοβαρή, οξεία και σπάνια επιπλοκή

ΣΔ Τύπου II

- Παλαιότερη ονομασία «διαβήτης των ενηλίκων»
- Εμφανίζεται σε άτομα άνω των 30 ετών
- Πρόκειται για κατάσταση στην οποία τα κύτταρα αρχικά δεν ανταποκρίνονται επαρκώς στην ινσουλίνη, ενώ στην συνέχεια μπορεί να μειωθεί και η παραγόμενη ινσουλίνη
- Αποδίδεται σε συνδυασμό αυξημένου σωματικού βάρους και απουσία άσκησης
- Ελέγχεται με κατάλληλη διατροφή και αντιδιαβητικά φάρμακα

Ο ΣΔ ΤΥΠΟΥ ΙΙ ΑΠΟΔΙΔΕΤΑΙ :

Στον τρόπο ζωής

Σε γενετική προδιάθεση

Σε νόσους

Σε χρόνια λήψη φαρμάκων



ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΟΥ ΣΔ ΤΥΠΟΥ ΙΙ:

- Μείωση του βάρους
- Προσαρμογή της διατροφής
- Άσκηση
- Φαρμακευτική αγωγή από το στόμα

Διαβήτης της κύησης

(Gestational diabetes)

- Αναπτύσσεται στο 3- 9% των κυήσεων, συνηθέστερα κατά τους 3 τελευταίους μήνες
- Λόγω των μεταβολών που συμβαίνουν στο σώμα (αύξηση σωματικού βάρους, αύξηση στα επίπεδα των ορμονών κ.α.), η παραγόμενη ινσουλίνη δεν χρησιμοποιείται το ίδιο αποτελεσματικά για την μεταφορά της γλυκόζης στους ιστούς. Η κατάσταση αυτή περιγράφεται ως *αντίσταση στην ινσουλίνη*.
- Η αντίσταση στην ινσουλίνη αυξάνει της ανάγκες του σώματος για ινσουλίνη. Οπότε όταν από το πάγκρεας δεν παράγει επαρκή ποσότητα ινσουλίνης αναπτύσσεται ο διαβήτης της κύησης.
- Η πλειονότητα των εγκύων εμφανίζουν κάποιο βαθμό αντίστασης στην ινσουλίνη προς το τέλος της κύησης.

Συμπτώματα του μη θεραπευμένου ΣΔ:

- ✓ Συχνή ούρηση
- ✓ Υπερβολική δίψα
- ✓ Υπερβολική πείνα
- ✓ Ασυνήθιστη απώλεια βάρους
- ✓ Αυξημένη κόπωση
- ✓ Θαμπή όραση

Πως τελικά θα διαγνώσουμε τον διαβήτη;

- ✓ Παρουσία των παραπάνω συμπτωμάτων
- ✓ Με αιματολογικό έλεγχο

Απώτερες συνέπειες του ΣΔ

- **Μακροαγγειακά ευρήματα:** Καρδιαγγειακή νόσος γενικά, Υπέρταση, Στεφανιαία νόσος, Αγγειακή εγκεφαλοπάθεια, Περιφερειακή αγγειοπάθεια
- **Μικροαγγειακά ευρήματα:** Επιπτώσεις στην Νεφρική λειτουργία (αιμορραγία), Αμφιβληστροειδοπάθεια, Φλεβική διάταση, Μικροαγγειοπάθεια
- **Δέρμα:** Ξάνθωμα, Εστιακή νέκρωση δέρματος κ υποδορίου, Έλκη (ιδίως στα κάτω άκρα)
- **Ευρήματα από τις αρθρώσεις**

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

ΤΡΙΧΟΕΙΔΟΠΑΘΕΙΑ

ΚΟΙΛΙΑΚΑ ΑΓΓΕΙΑΚΑ
ΒΜΦΡΑΚΤΑ

ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ

ΥΠΕΡΤΑΣΗ

ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗ

ΝΕΦΡΟΣΚΛΗΡΥΝΣΗ
ΑΡΤΗΡΙΟΣΚΛΗΡΥΝΣΗ
ΠΥΕΛΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑ

ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ
ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑ
ΑΥΤΟΝΟΜΗ
ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑ



ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΠΑΘΕΙΑ
ΚΑΤΑΡΡΑΚΤΗΣ
ΓΛΑΥΚΩΜΑ

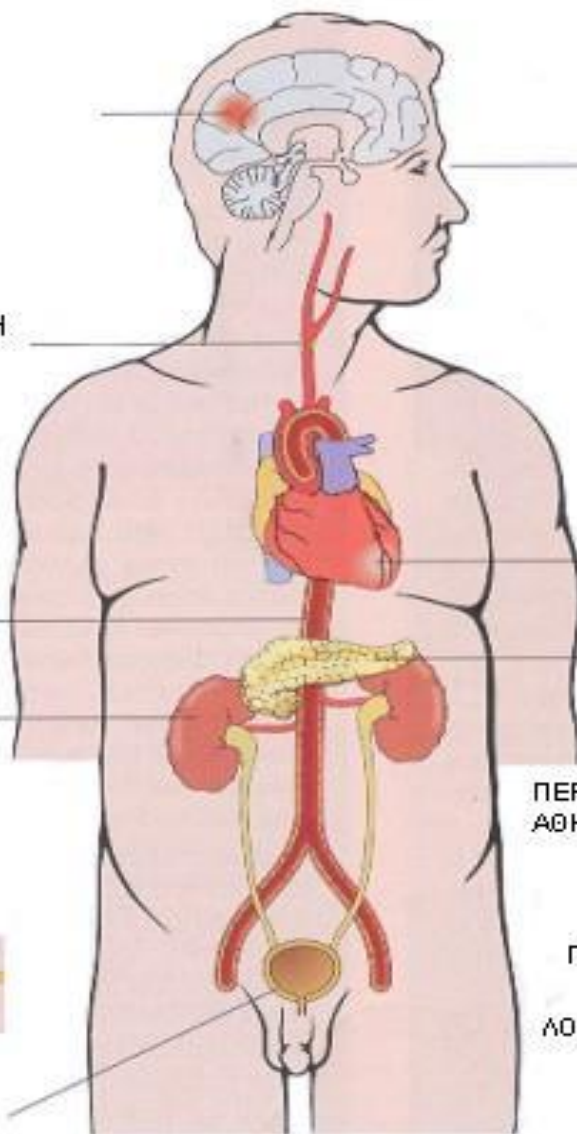
ΜΥΟΚΑΡΔΙΑΚΑ
ΒΜΦΡΑΚΤΑ

ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΗ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΚΩΝ
ΚΥΤΤΑΡΩΝ

ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΑΓΓΕΙΑΚΗ
ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗ

ΓΑΓΓΡΑΙΝΑ

ΛΟΙΜΩΣΕΙΣ



Ευρήματα στη στοματική κοιλότητα

- Ξηροστομία, Καυσαλγία
- Λοιμώξεις (βακτηριακές, μυκητιασικές, ιικές)
- Αποστήματα
- Αυξημένη επίπτωση τερηδόνας
- Περιοδοντική νόσος
- Κακή – δύσκολη επούλωση τραυμάτων



Διαγνωστικές εξετάσεις

Εξέταση	Φ.Τ.	Παθολογικές τιμές
Γλυκόζη αίματος	70-100 mg/dl	> 200mg/dl
Γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA1c)	4.5- 6.5%	8-20%
Καμπύλη ανοχής Γλυκόζης (OGTT)	< 140mg/dl	> 200mg/dl
Δοκιμασία νηστείας Γλυκόζης αίματος	< 100mg/dl	> 126mg/dl

Ασθενείς με τις ενδιάμεσες τιμές θεωρούνται ότι έχουν μειωμένη ανοχή στην γλυκόζη

Γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA1c)

- Η δοκιμασία χρησιμοποιείται για τον καθορισμό της μέσης τιμής γλυκόζης αίματος τους τελευταίους 4 μήνες και διαμορφώνεται ως % των ερυθροκυττάρων που εκτίθενται στην γλυκόζη του αίματος.
- Στα φυσιολογικά άτομα η τιμή αυτή, αν και διαφέρει στις διάφορες μεθόδους προσδιορισμού της είναι για την ολική HbA₁ (A_{1a}, A_{1b}, A_{1c}) = 5,0 - 8,0%
- Το c ποσοστό που είναι πιο αξιόπιστο είναι **HbA_{1c} = 4,5 - 6,5%**, (μέση τιμή 5,0%)
- Για το Διαβήτη τύπου 1, ο στόχος είναι 6,5% - 7%.
- Για το Διαβήτη τύπου 2, η Ελληνική Διαβητολογική Εταιρεία, αλλά και άλλες διαβητολογικές εταιρείες, έχουν στόχο ποσοστό <7% ή ακόμα και <6,5%.
- Για τις εγκύους με διαβήτη, ο στόχος είναι κάτω από 6%

Καμπύλη ανοχής Γλυκόζης (Oral GTT)

- Καταμέτρηση γλυκόζης αίματος 2 ώρες μετά per os λήψη γλυκόζης
 - Ασθενείς με $> 200\text{mg/dl}$ θεωρούνται ΣΔ
 - Ασθενείς με $140\text{-}200\text{mg/dl}$ θεωρούνται ως μειωμένης ανοχής στην γλυκόζη
-

Δοκιμασία νηστείας Γλυκόζης αίματος (FBG)

Η δοκιμασία πραγματοποιείται 8 ώρες μετά την τελευταία λήψη θερμίδων

$< 100\text{mg/dl}$ - φυσιολογική τιμή

$100 - 126\text{mg/dl}$ - διαγνωστική για μειωμένη ανοχή στην γλυκόζη

$> 126\text{mg/dl}$ - διαγνωστική για ΣΔ

Χορηγούμενα αντιδιαβητικά φάρμακα

Για ΣΔ τύπου I (Χορήγηση υποδόρια κυρίως)

- **Ινσουλίνες Βραχείας, Μέσης ή Μακράς διάρκειας δράσης**

(Humulin[®], Actrapid[®], Monotard[®] κ.α.)

Για ΣΔ τύπου II (Χορήγηση per os)

- **Σουλφονουλουρίες** (Diamicron[®], Solosa[®])
- **Διγουανίδια** (Glucophage[®])
- **Θιαζολιδινεδιόνες** (Actos[®], Avandia[®])
- **Σιταγλιπτιδίνη** (Zanuvia[®])
- **Αναστολείς της α-γλυκοζιδάσης**
- **Μεγλιτιδίνες**
- **Συνδυαστική φαρμακοθεραπεία**



ΛΗΨΗ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ

Ο οδοντίατρος αξιολογεί:

- Ηλικία ασθενούς
- Τύπος ΣΔ
- Χρόνος έναρξης της νόσου
- Αναφερόμενα συμπτώματα
- Φάρμακα που λαμβάνονται
- Συνοδά προβλήματα υγείας

Επίσης ζητά:

- Πρόσφατη εξέταση της τιμής του σακχάρου



Τι μπορεί να συμβεί σε διαβητικό ασθενή: Υπογλυκαιμία ή Υπεργλυκαιμία

- ❖ Το stress μιας επέμβασης, η κόπωση, η νηστεία σε συνδυασμό με τον τύπο του διαβήτη, τις βλάβες που έχει ήδη επιφέρει στον οργανισμό, το αν είναι ρυθμισμένος ή όχι, μπορεί να οδηγήσουν σε απορρύθμιση του σακχάρου του ασθενή και σε **ΠΡΟΒΛΗΜΑ**
- ❖ Γι αυτό απαιτείται κατάλληλη προετοιμασία του ασθενή και καταστολή του άγχους του

Βασικά βήματα για την πρόληψη συμβάματος στο Οδοντιατρείο

- Στόχος είναι να διατηρηθεί σε καλό επίπεδο η τιμή σακχάρου στο αίμα
- Πρόσφατες εξετάσεις σακχάρου, μέτρηση και στο ιατρείο, πληροφορίες από το ιστορικό για διευκρίνιση αν είναι ρυθμισμένος ο διαβήτης ή όχι
- Οδηγίες σχετικά με την λήψης τροφής και φαρμάκων πριν το ραντεβού. Οι ΣΔ τύπου I είναι πιο ενημερωμένοι και γνωρίζουν πώς να ρυθμίζουν τα επίπεδα σακχάρου τους και την ινσουλίνη που λαμβάνουν
- Κατάλληλος εξοπλισμός στο οδοντιατρείο για άμεση αντιμετώπιση προβλήματος

Χειρισμοί για πρόληψη συμβάματος

Μη ρυθμισμένος διαβήτης:

- ▶ Παραπομπή για ρύθμιση από παθολόγο
- ▶ Σε έκτακτη οδοντιατρική ανάγκη: παρέμβαση με χορήγηση χημειοπροφύλαξης

Ρυθμισμένος διαβήτης:

- ▶ Μέτρηση σακχάρου προεγχειρητικά
- ▶ Σύντομες - πρωινές συνεδρίες
- ▶ Λήψη γεύματος και φαρμακευτικής αγωγής πριν το ραντεβού
- ▶ Καταστολή άγχους του ασθενούς
- ▶ Χημειοπροφύλαξη?

ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ

Για να μειώσουμε το άγχος και να επιτύχουμε την καλύτερη ρύθμιση:

- ✓ Ιδανικά η επέμβαση πρέπει να γίνεται το πρωί, 1-1,5 ώρα μετά το πρόγευμα.
- ✓ Ο ασθενής πρέπει να είναι ξεκούραστος και χωρίς στρες.
- ✓ Η διάρκεια των επισκέψεων πρέπει να είναι μικρή ώστε να μην καταπονεί τον ασθενή.
- ✓ Ο ασθενής πρέπει να έχει λάβει την συνηθισμένη του αγωγή πριν την επέμβαση.
- ✓ Συστήνεται η χορήγηση αγχολυτικών το προηγούμενο απόγευμα και το πρωί πριν την επέμβαση σε αγχώδεις ασθενείς.



Τοπική αναισθησία

Επειδή οι διαβητικοί ασθενείς είναι άτομα αυξημένου καρδιαγγειακού κινδύνου απαιτείται προσοχή στο αγγειοσυσπαστικό:

- Προτιμάται η νοραδρεναλίνη έναντι της αδρεναλίνης διότι επηρεάζει λιγότερο την τιμή του σακχάρου (λόγω της μικρότερης γλυκογονολυτικής της ιδιότητας)
- Χρειάζεται να είναι μειωμένη- ελεγχόμενη η χορηγούμενη ποσότητα αναισθητικού
- Σε αρρυθμιστο διαβήτη αναισθητικό χωρίς αγγειοσυσπαστικό

Ασθενής με ΣΔ Τύπου Ι

Σε εντοπισμένη φλεγμονή – απόστημα

- Έλεγχος γλυκόζης αίματος
- Σχάση- παροχέτευση- εξαγωγή
- Χορήγηση αντιβίωσης

Σε διάχυτη φλεγμονή

- Σχάση – παροχέτευση σε Νοσοκομείο, υπό συνεχή έλεγχο γλυκόζης αίματος, με αντιβιοτικά ΕΦ και με υποστήριξη αναπνοής

Ασθενής με ΣΔ Τύπου II

- Απλή οδοντοφατνιακή χειρουργική, χωρίς αλλαγές στην λήψη θερμίδων
- Σύνθετη οδοντοφατνιακή χειρουργική μετά από συνεννόηση με παθολόγο, για ρύθμιση (λόγω αλλαγής στην λήψη θερμίδων, πιθανή ανάγκη για τροποποίηση της ημερήσιας δοσολογίας των *per os* αντιδιαβητικών φαρμάκων)
- Μεγαλύτερης βαρύτητας επέμβαση σε νοσοκομειακό περιβάλλον

ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΣ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΑ

ΑΝΤΙΒΙΩΣΗ : ΝΑΙ	ΑΝΤΙΒΙΩΣΗ: ΟΧΙ
<ul style="list-style-type: none">✓ Προεγχειρητικά σε όλους τους διαβητικούς που παρουσιάζουν λοιμώξεις πριν την επέμβαση✓ Χημειοπροφύλαξη σε αρρυθμιστους διαβητικούς και διαβητικούς ασθενείς με κίνδυνο ενδοκαρδίτιδας	<ul style="list-style-type: none">✓ Στους ρυθμισμένους διαβητικούς ασθενείς για τις συνήθεις επεμβάσεις, δεν απαιτείται χημειοπροφύλαξη.✓ Τα άτομα αυτά θα πρέπει να αντιμετωπίζονται όπως και οι μη διαβητικοί οδοντιατρικοί ασθενείς!

Προτεινόμενη χημειοπροφύλαξη: 2 gr Amoxil μία ώρα πριν την επέμβαση.

ΑΛΛΑ ΦΑΡΜΑΚΑ: Συστήνεται η χορήγηση αγχολυτικών το προηγούμενο απόγευμα και το πρωί πριν την επέμβαση.

ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΗΝ ΕΠΟΥΛΩΣΗ

Επεμβάσεις στην στοματική κοιλότητα:

- ❖ Οι χειρισμοί να είναι ήπιοι
- ❖ Να γίνεται περιποίηση του τραύματος
- ❖ Να γίνεται εξομάλυνση των οστικών χειλέων στις εξαγωγές

Μετεγχειρητικά:

- ❖ Χορηγούνται ήπια παυσίπονα (παρακεταμόλη όχι σε υψηλές δόσεις γιατί μπορεί να προκληθεί υπογλυκαιμία, αναστέλλοντας την δημιουργία γλυκογόνου στο ήπαρ)
- ❖ Συστήνεται η αποφυγή χορήγησης κορτικοστεροειδών (διότι αυξάνουν τα επίπεδα της γλυκόζης)

Διαβητικός και εμφυτεύματα



- Παλαιότερα οι ασθενείς με διαβήτη θεωρούνταν ακατάλληλοι υποψήφιοι για τοποθέτηση εμφυτευμάτων
- Σήμερα ο διαβήτης αποτελεί αντένδειξη μόνο αν είναι αρρυθμιστος
- Σύμφωνα με έρευνες, τα ποσοστά επιτυχίας είναι παρόμοια σε μη διαβητικούς και σε διαβητικούς ασθενείς με ελεγχόμενο διαβήτη

Υπογλυκαιμία

Υπεργλυκαιμία

Απότομη εμφάνιση

Βραδεία ανάπτυξη

Ωχρο , κρύο, υγρό δέρμα
Εφίδρωση

Ερυθρό, ξηρό, ζεστό δέρμα

Δυνατός σφυγμός , ταχυπαλμία

Αδύναμος σφυγμός

Πείνα , αδυναμία , σιαλόρροια

Υπερβολική δίψα

Νευρικότητα , σύγχυση, σπασμοί,
λιποθυμική τάση, απώλεια
συνείδησης

Ζάλη , σύγχυση , απώλεια
συνείδησης

Επιπόλαιη αναπνοή

Βαθειά , γρήγορη αναπνοή,
(αναπνοή **Kussmaul**), απόπνοια
ακετόνης

Αντιμετώπιση Υπογλυκαιμικής κρίσης

- ✓ Διακοπή εργασίας, άνετη θέση ασθενούς, έλεγχος ζωτικών σημείων (πίεση, σφυγμός: δυνατός)
- ✓ Χορήγηση γλυκαντικού σκευάσματος (χυμός πορτοκαλιού ή ζάχαρη) από το στόμα

Σε απώλεια συνείδησης

- ✓ θέση Trendeleburg
- ✓ έλεγχος αεραγωγού και ζωτικών σημείων
- ✓ χορήγηση 1mg γλυκαγόνης EM (Glucagon®) (επανάληψη σε 20')
- ✓ χορήγηση δεξτρόζης ΕΦ 50-70ml 20-50% (για 5')
- ✓ κλήση ιατρικής βοήθειας / έναρξη ΚΑΡΠΑ



Αντιμετώπιση Υπεργλυκαιμικής κρίσης

- ✓ Διακοπή οδοντιατρικής εργασίας, άνετη θέση ασθενούς
- ✓ Έλεγχος ζωτικών σημείων (αδύναμος σφυγμός)

- ✓ Χορήγηση οξυγόνου (4-6 lt/ml)
- ✓ Χορήγηση φυσιολογικού ορού ΕΦ, χορήγηση καλίου
- ✓ Κλήση ιατρικής βοήθειας / έναρξη ΚΑΡΠΑ
- ✓ Χορήγηση ινσουλίνης (αυστηρά μετά από συνεννόηση με θεράποντα)



Σακχαρώδης διαβήτης : Συμπεράσματα

- ❖ Ο τύπου I ΣΔ έχει διαφορά από τον τύπου II ως προς την συμπεριφορά και τις ανάγκες του ασθενή
- ❖ Ο τύπου I διαβητικός ασθενής έχει πιο αυξημένες πιθανότητες να πάθει υπογλυκαιμικό σοκ
- ❖ Η υπογλυκαιμική κρίση είναι πιο σοβαρή και επικίνδυνη από την υπεργλυκαιμική
- ❖ Σε μη αναγνώριση του είδους της κρίσης, την αντιμετωπίζουμε σαν υπογλυκαιμία και χορηγούμε γλυκαντικό
- ❖ Προσοχή: να ελέγχεται και στο ιατρείο η τιμή σακχάρου στους μη ρυθμισμένους ασθενείς



Σακχαρώδης Διαβήτης: Σημεία προσοχής !!!

- Πλήρες ιστορικό, πρόσφατες εργαστηριακές εξετάσεις
- Μη ελεγχόμενος διαβήτης → αναβολή επέμβασης μέχρι να επιτευχθεί ρύθμισή του
- Όταν ο διαβήτης ελέγχεται με φάρμακα συστήνεται στον ασθενή να τα λάβει κανονικά τόσο την ημέρα της επέμβασης όσο και μετεγχειρητικά
- Χορήγηση χημειοπροφύλαξης σε αρρύθμιστο διαβήτη
- Ήπιοι χειρισμοί, αποφυγή άγχους
- Επισήμανση ανάγκης για καλή στοματική υγιεινή και επανεξετάσεις

Ενδεικτική βιβλιογραφία

- Diabetes and oral health. JADA Vol 133, 2002
- Guidelines on diabetes, pre-diabetes and cardiovascular diseases. European Society of Cardiology, 2007
- Diabetes guidelines, NICE
- Tawil G, Younan R, Azar P: Conventional and advanced implant treatment in the type II diabetic patient: surgical protocol and long-term clinical results. Int J Oral Maxillofac Implants 2008;23(4):744-52.