

با هم اندیشه

طبابت هنر است،

هنر هماهنگی قلب و اندیشه.



- سرشناسه : شجاع‌صفت، فاطمه، ۱۳۶۶-
عنوان و نام پدیدآور : جراحی پلاستیک صورت ۱: خلاصه درس به همراه مجموعه سؤالات آزمون ارتقاء و بوردا تخصصی گوش، حلق و بینی و جراحی سر و گردن با پاسخ تشریحی
بر اساس رفرنس " Cummings Otolaryngology - Head And Neck Surgery, 7th. Ed, C2020"
کتاب جامع آمادگی آزمون ارتقاء و بوردا تخصصی سال ۱۴۰۲ / ترجمه و تلخیص: دکتر فاطمه شجاع‌صفت.
مشخصات نشر : تهران: کاردیا، ۱۴۰۲ -
مشخصات ظاهری : ۲۶۶ ص: مصور (بخشی رنگی) ، جدول (بخشی رنگی) ، نمودار (بخشی رنگی). ج ۲۲
شابک : ۹۷۸-۶۲۲-۵۵۶۰-۵۸-۱ ریا ل ۲/۹۲۰/۰۰۰
وضعیت فهرست نویسی : فیپا
یادداشت : کتاب حاضر ترجمه و تلخیص کتاب
" Cummings Otolaryngology - Head And Neck Surgery, 7th. Ed, C2020"
به ویراستاری پل دبلیو فلینت ... او دیگران است.
موضوع : بینی -- سینوس ها -- بیماری ها
موضوع : Paranasal sinuses -- Diseases
موضوع : بینی -- سینوس ها -- بیماری ها -- آزمون ها و تمرین ها
موضوع : Paranasal sinuses -- Diseases -- Examinations, questions, etc
شناسه افزوده : فلینت، پل دبلیو.
شناسه افزوده : Flint, Paul W
شناسه افزوده : کامینگز، چارلز ویلیام، ۱۹۳۵ - م.
شناسه افزوده : Cummings, Charles W. (Charles William
رده‌بندی کنگره : RF۴۲۱/ش۳۹ ۱۴۰۱
رده‌بندی دیویی : ۵۲۳/۶۱۷
شماره کتابشناسی ملی : ۵۶۲۴۳۴۴

چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت یار	عنوان کتاب: جراحی پلاستیک صورت ۱
نوبت چاپ: اول ۱۴۰۲	خلاصه درس به همراه مجموعه سؤالات آزمون ارتقاء و بوردا تخصصی گوش، حلق و بینی و جراحی سر و گردن با پاسخ تشریحی
تیراژ: ۱۰۰ جلد	بر اساس " Cummings Otolaryngology - Head And Neck Surgery, 7 th . Ed, C2020"
شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۵۵۶۰-۵۸-۱	ترجمه و تلخیص: دکتر فاطمه شجاع‌صفت.
بهاء: ۲۹۲,۰۰۰ تومان	ناشر: انتشارات کاردیا
	صفحه آرا: سپیده دبیری - رزیدنت یار
	طراح و گرافیک: رزیدنت یار

آدرس: تهران میدان انقلاب - کارگرجنوبی - خیابان روانمهر - بن بست دولتشاهی پلاک ۱ واحد ۱۸
شماره تماس: ۰۲۱ - ۶۶۴۱۹۵۲۰

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

جراحی پلاستیک صورت ۱

کتاب جامع آمادگی آزمون ارتقاء و بورده ۱۴۰۲

**CUMMINGS OTOLARYNGOLOGY
HEAD AND NECK SURGERY,
SEVENTH EDITION , 2020**

ترجمه و تلخیص:

دکتر فاطمه شجاع صفت

دارای بورده تخصصی

گوش، حلق و بینی و جراحی سر و گردن

دانشگاه علوم پزشکی تهران

سخن ناشر:

مؤسسه رزیدنت یار، حامی و پیشرو در نظام کمک آموزشی پزشکی کشور به سبک نوین و مطابق با آخرین پیشرفت‌های آموزشی در حیطه پزشکی با کادری مجرب و آشنا طی ۱۳ سال گذشته از منظر متخصصین همواره بهترین محصولات را ارائه و در دسترس مخاطبین خود قرار داده است. اثر پیش رو با توجه به محتوی بسیار غنی در مباحث گوش و حلق و بینی و جراحی سر و گردن گردآوری شده و با استفاده از مفهومی نمودن مباحث و روان‌سازی توسط مولف از منابع و رفرنس بوده و در روال گذر از گروه کنترل کیفیت مؤسسه رزیدنت یار با جمعی از اساتید رتبه A را به خود اختصاص داده است، امید است با مطالعه ۲۹ جلد مباحث پیش رو با یاری خداوند متعال پیروز و پایدار باشید.

با ما در تماس باشید:

۰۲۱ - ۸۸ ۹۴۵ ۲۰۸

۰۲۱ - ۸۸ ۹۴۵ ۲۱۶

آدرس الکترونیک مؤسسه رزیدنت یار:

www.residenttyar.com

info@residenttyar.com

در تلگرام با ما همراه باشید:

<https://t.me/residenttyar>

مقدمه مؤلف:

کتاب اتولارینگولوژی کامینگز، سال هاست که رفرنس اصلی آموزش دستیاران گوش و حلق و بینی در کشور می باشد و کتابی بسیار پر بار و ارزشمند است. کتاب پیش رو، مجموعه ای خلاصه شده و طبقه بندی شده از آخرین ویرایش این کتاب در سال ۲۰۲۰ می باشد که اساس تخلیص آن اهمیت مطالب از لحاظ تعداد سوالات آزمون های سال های قبل و همچنین کاربردی بودن مطالب در بالین بیمار بوده است.

در کتاب حاضر سعی شده است علاوه بر ترجمه صحیح، سلیس و روان مطلب، حفظ ساختار اصلی متن کتاب و خلاصه کردن منطقی متن کتاب، طبقه بندی مناسب مطالب برای جلوگیری از آشفتگی ذهن مطالعه گر نیز انجام شود. همچنین عکس ها، الگوریتم ها و جداول مهم کتاب نیز در جایی که به فهم مطلب کمک می کند، در کنار متن قرار گرفته است. در کنار متن اصلی کتاب، تست های مربوط به هر فصل که در سال های اخیر در امتحان های ارتقا و بورد مورد سوال قرار گرفته است نیز با پاسخ تشریحی گنجانده شده است.

طبیعتاً مطالعه رفرنس حجیم اتولارینگولوژی بسیار مفید و ارزشمند است، اما زمان زیادی نیاز دارد و در مواقعی که نیاز به مرور سریع و مکرر مطالب وجود دارد، همچون ماه های آخر نزدیک به امتحان بورد یا ارتقا، این امر کاربردی نمی باشد. بنابراین نیاز هست که کتبی از این دست جهت مرور سریع مطالب در اختیار همکاران محترم قرار بگیرد.

همکاران گرامی که این مجموعه را مطالعه می نمایند، می توانند انتقادات و پیشنهادات خود را از طریق آدرس الکترونیک انتشارات با ما در میان بگذارند.

لازم است که از مدیریت محترم مؤسسه رزیدنت یار و اساتید محترم، جناب آقای دکتر امیر آروین سازگار و جناب آقای دکتر مهرداد جعفری که در رفع ابهامات اینجانب در ترجمه نقش بسزایی داشتند، تشکر و قدردانی نمایم.

در انتها با تشکر و قدردانی از همسر عزیزم، این نوشتار را با احترام به پدر و مادر مهربانم تقدیم می کنم.

دکتر فاطمه شجاع صفت

زمستان ۱۴۰۱

فهرست

۱۱	..... Facial Trauma: Soft Tissue Lacerations and Burns - ۱۹ فصل
۲۷	..... ۱۹ فصل و پاسخنامه فصل ۱۹
۷۱	..... Maxillofacial Trauma - ۲۰ فصل
۹۳	..... ۲۰ فصل و پاسخنامه فصل ۲۰
۱۲۹	..... Reconstruction of Facial Defects - ۲۱ فصل
۱۴۹	..... ۲۱ فصل و پاسخنامه فصل ۲۱
۱۸۷	..... Hair Restoration: Medical and Surgical Techniques - ۲۲ فصل
۲۰۷	..... ۲۲ فصل و پاسخنامه فصل ۲۲
۲۱۳	..... Management of Aging Skin - ۲۳ فصل
۲۳۷	..... ۲۳ فصل و پاسخنامه فصل ۲۳



Facial Trauma: Soft Tissue Lacerations and Burns

فصل ۱۹ Section 19

- ترومای صورت در آقایان شایع تر است، اما ترومای بافت نرم صورت در زن و مرد مساوی است.
- شایع ترین علت ترومای نسج نرم صورت MVA، نزاع، فعالیت‌های روزانه، صدمات شغلی، ورزش و گاز گرفتگی است.

شرح حال:

- **زخم‌های کشیف:**
 - عمیق
 - کندگی
 - سوراخ شدگی
 - آلوده به مدفوع، بزاق یا خاک و دبری
- در زخم کشیف و ایمنی ناقص یا بی‌اطلاع: واکسن کزاز + ایمونوگلوبولین
- در زخم کشیف و ایمنی کامل: فقط واکسن (مگر این که در ۵ سال قبل واکسن گرفته باشد)

معاینه:

- در اتوسکوپی اگر خون دیدیم باید ساکشن شود و کانال گوش از لحاظ لاسراسیون در زمینه شکستگی قاعده جمجمه بررسی شود. (حتی در فقدان هموتمپان)
- لاسراسیون مدیال کانتوس: شک به آسیب NLD و شکستگی NOE
- آسیب نازولاکریمال داکت، می‌تواند بی‌علامت باشد و اپی‌فوراوی تاخیری بدهد.
- تست جونز برای بررسی سلامت مسیر اشک به کار می‌رود، یا می‌توان قبل از دوختن زخم با استفاده از پروب مسیر را ارزیابی کرد.
- در همه بیماران، بررسی میدان و حدت بینایی و حرکات چشم لازم است.





آنستزی:

- برای بلوک رژیونال یا آنستزی موضعی لیدوکائین \pm اپی نفرین (۰/۵ تا ۲ درصد) به کار می‌رود.
- عوارض لیدوکائین: تشنج و دیس‌ریتمی
- عوامل موثر بر سمیت لیدوکائین:
 - سن
 - محل تزریق
 - بیماری همراه
 - هیدراتاسیون
 - آسیب‌های همراه
- حداکثر دوز لیدوکائین:
 - به تنهایی: 4.5mg/kg
 - با اپی نفرین: 7 mg/kg
- لیدوکائین اثر وازودیلاتوری خفیف دارد.
- برای کاهش دوز تزریق لوکال می‌توان از بلوک رژیونال استفاده کرد.
- بلوک به از بین رفتن لندهمارک‌ها توسط تزریق موضعی هم کمک می‌کند.
- بوپی واکائین:
 - پنجره درمانی باریک
 - طول اثر بیشتر
 - کاردیوتوکسیک
- روپی واکائین:
 - گران
 - طولانی اثرتر
 - پنجره درمانی بزرگ‌تر
 - توکسیسیته مرتبط با دوز کمتر





• **علل درد تزریق:**

- سرد بودن ماده تزریقی
- اسیدیته ماده تزریقی (بافر کردن لیدوکائین ۱٪ با بی کربنات ۸/۴٪، به نسبت ۹ به ۱، در کاهش درد موثر است)
- زیاد بودن سرعت تزریق
- سایز بزرگ نیدل (نیدل کوچک ۲۷-۳۰ خوب است)
- بافر کردن با بی کربنات، طول اثر دارو را کاهش می دهد.
- داروهای موضعی انتخابی برای بی حسی در اطفال و بعضی بزرگسالان، به غیر از زخم های پیچیده:

- **TAC:**

- تتراکائین، آدرنالین و کوکائین
- به علت توکسیسیته سیستمیک کوکائین، در مجاورت غشاهای مخاطی کاربرد ندارد.

- **LAT**

- لیدوکائین، آدرنالین و تتراکائین
- ارزان تر
- این دو دارو با پنبه ای که هر ۵ دقیقه عوض می شود به کار برده می شوند و معمولاً طی ۱۰ دقیقه بی حسی کافی ایجاد می شود.
- برای sedate کردن اطفال، میدازولام، کتامین، فنتانیل به کار برده می شود، که عوارض آن ها هیپوکسی و استفراغ است. (عوارض اغلب خود محدود هستند)

شستشو:

- تا حد ممکن از shave کردن ابرو باید پرهیز کرد چون ۶ ماه طول می کشد تا مجدد رشد کند.
- اغلب یک آنتی میکروبیال ساده، مثل کلرهگزیدین کافی است.
- می توان از ترکیب سالین گرم با مخلوط پراکسید باز استفاده کرد.
- سالین گرم از سرد بهتر است و با فشار متوسط برای شستشوی دبری ها و جسم خارجی به کار می رود.





• برای بررسی جسم خارجی:

- شیشه: گرافی ساده
- چوب: سونو یا MRI
- پلاستیک: سونو
- سبزیجات: سونو
- برای پاک کردن مواد با پایه نفتی: استفاده محتاطانه از استون

کنترل عفونت:

- زخمی که طی ۸ ساعت یا ۲۴ ساعت در صورت، بسته شود یا زخمی که با جراحی ایجاد شود، clean است و می‌تواند primary بسته شود.
- زخم‌های شدیداً آلوده، نسبتاً غیرزنده، گسترده، عمیق یا آلوده به بزاق، به تک دوز آنتی‌بیوتیک وسیع الطیف نیاز دارند.
- گاز گرفتگی حیوانات را می‌توان بدون آنتی‌بیوتیک درمان کرد، اما در گاز گرفتگی انسان، حتماً نیاز به آنتی‌بیوتیک است.

ترمیم:

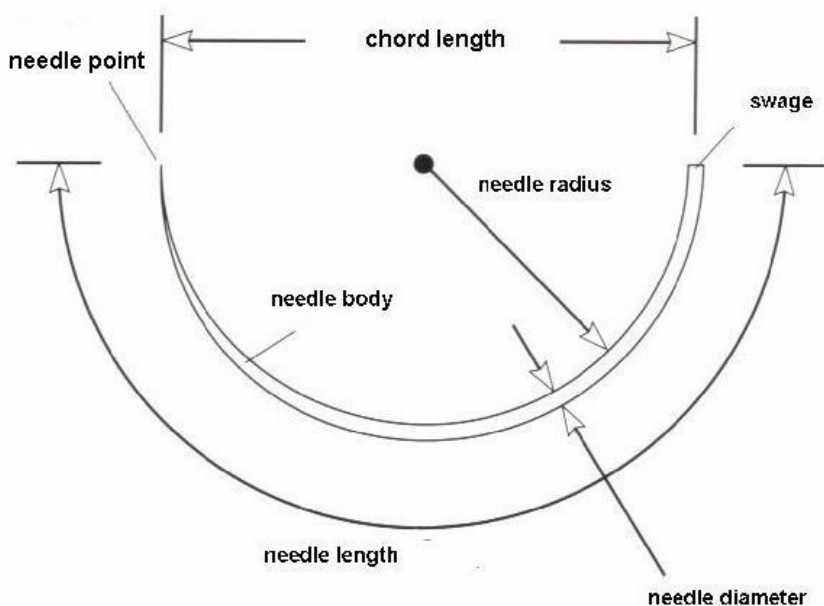
- قدم اول: انجام کار در محیط مناسب (نور، پوزیشن، وسایل مناسب، همکار مناسب و بی‌حسی کافی)
- سوچور عمقی: پیوسته، قابل جذب و invert
- اگر سوچور در محلی است که انتظار داریم تحت تنش مداوم باشد مثل عضله، سوچورها را با نخ غیر قابل جذب دائمی و به صورت separate می‌زنیم.
- سوچور ایپی‌تلیال: نخ مونو فیلامان نایلون یا پرولن ۶ یا ۷ صفر دائمی
- در اطفال یا بیمار بی‌قرار که کشیدن سوچور مشکل است، از نخ fast absorbing gut استفاده می‌شود.
- چسب بافتی در پارگی‌های ساده می‌تواند جایگزین سوچور باشد.
- برای استفاده از چسب باید توجه داشت که لبه‌های زخم کاملاً به هم برسند تا چسب بین زخم نرود.
- لبه‌های زخم باید evert باشد و بهترین سوچور برای evert شدن لبه‌های زخم، ورتیکال مترس است.





• در سوچور مترس ورتیکال:

- Distal pass: عمود به سطح پوست و در فاصله‌ای به اندازه نیمی از طول وتر نیدل، از زخم قرار می‌گیرد.
- Proximal pass: فقط کمی از اپیدرم را در بر می‌گیرد، تا دو لبه زخم بتوانند به هم برسند.
- اگر Distal pass نزدیک‌تر، یا Proximal pass دورتر از محل نرمال قرار بگیرند: ایجاد اسکار
- شکل زیر برای فهم بهتر طول وتر نیدل یا chord length قرار داده شده است و جزء اشکال کتاب نیست:



انواع آسیب:

ابریژن:

- سطحی است و به زیرجلد نمی‌رسد.
- در اثر تماس با جسم سخت با سطح نامنظم ایجاد می‌شود.
- تغییر رنگ آن به عمق ضایعه ربط دارد و اغلب موقت است.
- اگر عمیق‌تر از درم پایلری برسد، اسکار بیشتری می‌گذارد.
- برای جلوگیری از هیپرپیگمانتاسیون بعدی، باید از تماس با نور آفتاب پرهیز شود.
- پانسمان باید مرطوب باشد مثلاً با پماد آنتی‌بیوتیک، هیدروژل یا پانسمان هیدروکلوئید.





لاسراسیون:

- باید بافت‌های عمقی و پوست به طور مناسب به هم نزدیک شوند، به طوری که بدون تنش لبه‌های زخم به حالت evert به هم برسند.
- در سر و گردن باید لبه‌های نامنظم اکسایز شوند، یعنی زخم ستاره‌ای به یک زخم واحد هلالی تبدیل شود.
- Undermine کردن مناسب، به کاهش تنش کمک می‌کند، اما باید دقت کرد که در نواحی مثل اطراف چشم، undermine کردن زیاد می‌تواند شکاف پلکی را جا به جا کند.
- اگر ناشی از کوفتگی باشد، باعث تقسیم فشار بین پوست، بافت نرم و استخوان می‌شود و اسکار دپرس وسیع می‌گذارد.
- آوردن فلپ لوکال در بستر آلوده اندیکاسیون ندارد.
- تزریق استروئید پس از سوچور، نامنظمی شکل زخم را کم می‌کند.

کندگی بافت نرم:

- نقش پماد نیتروگلیسیرین، ضد انعقاد و وازودیلاتور هنوز ثابت نشده است.

• کندگی کامل:

- قابل undermine و به هم رساندن بدون تنش: ترمیم اولیه
- در غیر این صورت، اگر ارگان حیاتی اکسپوز نیست و بستر مناسب تشکیل گرانولاسیون دارد: مراقبت جهت ترمیم ثانویه
- اگر قطعه کنده شده قابل حیات باشد و رگ مشخص داشته باشد: آناستوموز میکروواسکولار
- اگر آناستوموز وریدی fail شود یا رگ مناسب برای آن نداشته باشیم: زالو درمانی
- اکسیژن هیپریار، در بهبود اکسیژناسیون بافت پیوند شده موثر است.
- پانسمان با فشار منفی (vacuum assisted closure-VAC) می‌تواند در کاهش احتمال عفونت و افزایش گرانولاسیون نقش داشته باشد.





پلک و ساختارهای اشکی:

- سوچور پلک که از چربی پرهسپتال عمیق تر نباشد: با چسب بافتی یا سوچور مونوفیلیمان ۶ یا ۷ صفر، که طی ۵ روز کشیده شود.
- **بریدگی کامل پلک به صورت لایه لایه، باید ترمیم شود:**
 - گری لاین را با نخ قابل جذب ۵ صفر ابتدا سوچور می کنیم، تا قرارگیری پلک درست انجام شود.
 - صفحه تارسال: ۵ صفر قابل جذب
 - عضله اوربیکولاریس: ۵ صفر قابل جذب
 - ملتحمه: اگر لبه‌ها تقریباً نزدیک به هم باشند، می توان این لایه را سوچور نکرد، اما می توان با نخ قابل جذب ۵ یا ۶ صفر مثل کرومیک گات سوچور کرد.
- برداشتن چربی بیرون زده می تواند غیرقرینگی و نمای hollow out ایجاد کند.
- از بین رفتن قسمتی از پلک: حفاظت از قرنیه و مشاوره چشم از لحاظ رد کردن آسیب گلوب
- اگر تا یک چهارم پلک از دست رفته باشد، می توان بدون این که دچار انتروپیون شود دو لبه را به هم رساند.
- در صورت لزوم می توان با لترال کانتوتومی و کانتولیز تحرک پلک را بیشتر کرد، تا دو لبه به هم برسند.
- اگر لازم شد برای ترمیم پلک، می توانیم از گونه فلپ advancement rotation برداریم.
- لاسراسیون تاندون اینترکانتال: باعث تله کانتوس شده و باید با سوچور دائمی ۵ صفر پلی پروپیلن ترمیم شود. (فاصله اینترکانتال نرمال: 30-35 mm)
- آسیب‌های کانالیکول اشکی، باید با پروب لاکریمال بررسی و در صورت لزوم همراه با استنت سیلیکونی ترمیم شوند.
 - استنت سیلیکونی باید تا بینی برسد و چند هفته باقی بماند. (استنت را در هر دو کانالیکول می گذاریم، حتی اگر پاره نباشند)
 - ترمیم با نخ قابل جذب ۷ یا ۸ صفر انجام می شود.
 - نیازی نیست سوچور دقیقاً از داخل لومن کانالیکول رد شود، چون سیستم کم فشارات و سوچور watertight نیاز ندارد.
 - بعد از برداشتن استنت، باید با تست جونز سلامت مسیر اشک بررسی شود.





عصب فاسیال:

- قبل از بی‌حسی یا اکسپلور هر زخمی، باید عصب فاسیال معاینه شود.
- **احتمال بالای آسیب عصب فاسیال:**
 - شکستگی قاعده جمجمه
 - لاسراسیون گونه
 - ترومای شدید ماستوئید
- در بریدگی بین تراگوس و خطی عمودی که از لترال کانتوس می‌گذرد، باید عصب فاسیال دقیقا بررسی شود.
- آسیب‌های مدیال به لترال کانتوس، آسیب قابل توجهی ایجاد نمی‌کنند.
- برای ترمیم تنه اصلی یا شاخه‌های ماژور، باید فوراً اقدام کرد.
- اگر قطعه‌ای از عصب از دست رفته باشد، باید از cable گرفت عصب گریتر یا سورال استفاده کرد.
- **برای ترمیم عصب:**
 - سوچور مونوفیلانمان ۹ یا ۱۰ صفر تحت دید میکروسکوپ در اپی‌نوریوم: استاندارد طلایی
 - فیبرین گلو: روش آسان با نتایج مشابه تکنیک میکروسوچور
 - لیرز CO2: نتایج مشابه تکنیک میکروسوچور در مدل‌های حیوانی دیده شده است.

لب‌ها:

- دوختن لایه‌های مخاطی، عضلانی و پوستی به صورت جداگانه
- اگر ورمیلیون در پارگی درگیر شده، ابتدا باید با یک سوچور ترمیم شود تا نامنظمی ایجاد نشود.
- گاهی white roll مجاور ورمیلیون واضح‌تر دیده می‌شود و لندمارک بهتری است.
- شیوع پارگی در لب تحتانی بیشتر است.
- اگر کمتر از یک سوم لب تحتانی از دست برود، امکان بستن اولیه وجود دارد. اما در لب فوقانی این امکان وجود ندارد.
- بر خلاف بینی و گوش، بدون جراحی میکروواسکولار در این ناحیه، امکان پیوند بافت کننده شده نیست.





گوش‌ها:

- غضروف نیاز به سوچور ندارد، اما پریکندر و پوست باید دوخته شوند.
- قطعات کوچک غضروف جدا شده را اگر پریکندر سالم باشد، می‌توان با FTSG یا STSG پوشاند.
- بهترین کار برای قطعه کنده شده اوریکل، جایگذاری با جراحی میکروواسکولار، زالودرمانی و آنتی‌کواگولان است.
- هماتوم اوریکل: آسپیراسیون سوزنی یا انسزیون، درناژ، بولستر یا اسپلینت و پانسمان فشاری
- در موارد عود نیاز به انسزیون بزرگ‌تر و پک با گاز iodoforn دارد.
- در آسیب غضروفی، یک دوز کینولون هم تجویز می‌کنیم.

بینی:

- قبل از سوچور باید هماتوم سپتوم و شکستگی بینی، تشخیص و درمان شوند.
- در پارگی تمام ضخامت، ابتدا مخاط بینی و بعد پوست و استیبول ترمیم می‌شود.
- اگر این ترمیم باعث نامنظمی ریم آلا شود، اول یک سوچور آویزان کننده نزدیک مارژین می‌زنیم تا از step شدن یا نامنظمی ریم آلا جلوگیری کند.
- سوچور ورتیکال مترس، برای جلوگیری از ناچ دار شدن آلا بینی خوب است.
- لایه داخلی زخم، لازم نیست که به طور watertight بسته شود و فقط نزدیک کردن در انتها کافی است.
- ممکنه برای ثبات غضروف‌ها، لازم شود که غضروف یا پریکندر هم سوچور شود.
- در ناحیه تیپ، آلا و کلوملا باید مواظب باشیم که سوچور ما می‌تواند باعث نامنظمی، اسکار و تنگی شود.
- نقایص کوچک ترکیبی را فقط می‌توان با بستن دقیق لایه‌ها درمان کرد.
- یک قطعه کنده شده، می‌تواند به عنوان گرفت کامپوزیت به کار رود، هر چه سایز این قطعه بیشتر شود، قابلیت حیات گرفت کمتر می‌شود.
- در شرایط حاد، استفاده از فلپ لوکال یا رژیونال کمتر نیاز می‌شود.
- اما بعد از گذشتن از فاز حاد، در بینی حتی نقایص مینور هم به خوبی با فلپ لوکال یا رژیونال همراه با گرفت مخاطی یا غضروفی قابل درمان هستند.
- در دورسوم و قسمت‌های مقعر، اغلب ترمیم ثانویه کافی است و نیاز به انجام رویژن ندارد.
- وقتی یک قطعه بزرگ کنده شده باشد، می‌توان در صورت امکان از ترمیم میکروواسکولار استفاده کرد.
- اگر عروق برای این مناسب نبودند، می‌توان از ترمیم ساده استفاده کرد.





عدد بزاقی:

- آسیب پاروتید: احتمال آسیب عصب فاسیال، داکت پاروتید و شیت کاروتید
- در آسیب‌های نافذ عمیق یا سوراخ‌کننده پاروتید که عصب سالم است، برای بررسی داکت اگر اکسپلور کنیم ممکنه باعث آسیب عصب بشویم، بنابراین برای بررسی داکت سیالوگرافی می‌کنیم.
- CT و MRI کمکی نمی‌کنند اما CTA و MRA یا سونو داپلر برای ترومای نافذ برای رد آسیب عروقی به کار می‌روند.
- استفاده از سیالوندوسکوپی هم رو به افزایش است.

داکت پاروتید:

- سلامت داکت با کانونه کردن پایپلا (با آنژیوکت)، از مقابل مولار دوم فوقانی بررسی می‌شود.
- داکت در سطح تراگوس از پاروتید خارج می‌شود و در خطی به سمت لب فوقانی روی ماستر عبور کرده، به مدیال می‌چرخد تا وارد حفره دهان شود.
- شاخه بوکال عصب فاسیال، اینفرولترال داکت است یا با آن کراس می‌کند، بنابراین احتمال آسیب همزمان شاخه بوکال و داکت بالاست.
- در صورت عدم ترمیم آسیب داکت، خطر دهیسنسی، آبه و پاروتیت وجود دارد. جراح پس از ترمیم ساده این ناحیه باید در صورت بروز درد، آریتم و ادم شک به آسیب تشخیص داده نشده داکت بکند. البته در این شرایط پیدا کردن داکت و ترمیم آن خیلی مشکل است.
- به عنوان استنت از کاتتر ۲۲-۲۰ گیج استفاده کرده و روی استنت، داکت را با مونوفیلان ۷ یا ۸ صفر سوچور می‌کنیم.
- استنت را باید به مخاط بوکال فیکس کرد.
- استنت باید ۲ تا ۳ هفته باقی بماند.
- می‌توان برای ترمیم داکت از گرفت وریدی استفاده کرد.
- در آسیب وسیع بوکال که دیستال را پیدا نمی‌کنیم، با استفاده از سیالودوکوپلاستی، مجرای پروگزیمال را reroute کرده، برش می‌دهیم و جریان بزاق را به سمت مخاط بوکال هدایت می‌کنیم.
- می‌توان در این موارد پروگزیمال داکت را بست اما خطر پاروتیت، فیبروز و آتروفی غده وجود دارد.
- در آسیب ایزوله پارانشیم پاروتید، فقط دبریدمان و بستن ساده کافی است.



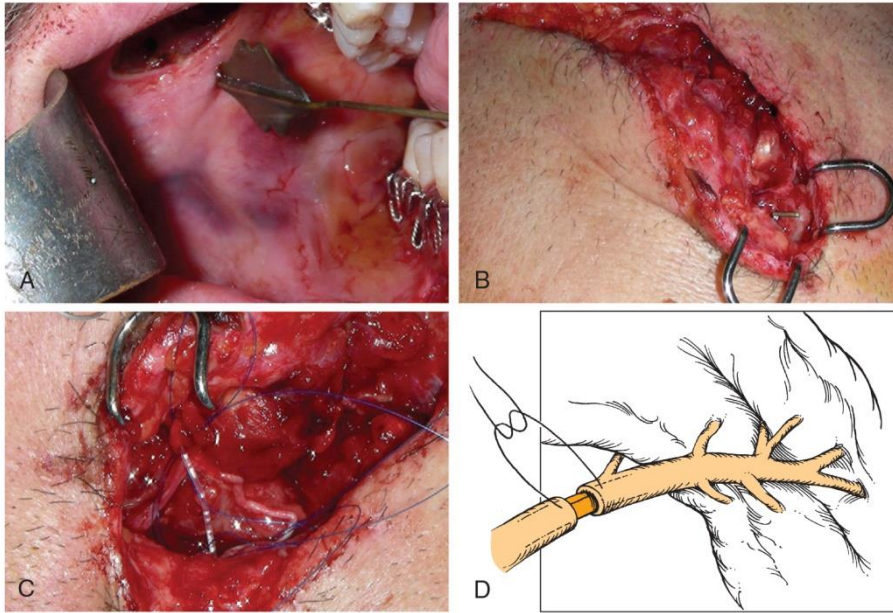


FIG. 19-12. A, Lacrimal probe advanced intraorally into parotid duct to confirm suspected involvement of the duct associated with a through-and-through laceration of the right cheek. B, Tip of lacrimal probe is visible in the wound. C, Silastic stent is visible between the skin hooks, traversing the cut ends of the duct. Fine monofilament sutures have been placed and are positioned to bring the duct together over the stent. D, Demonstration of intraluminal placement of fine suture for repair over a stent. (D, From Olson NR. Traumatic lesions of the salivary glands. *Otolaryngol Clin North Am* 1977;10:345.)



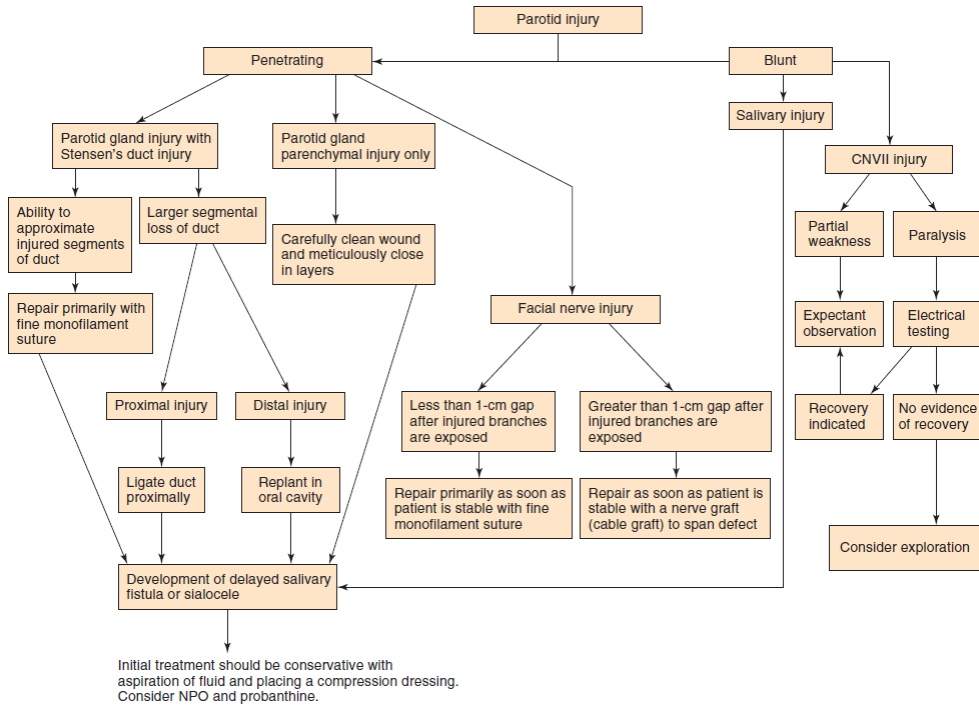


FIG. 19-11. Algorithm for management of parotid injuries. CN, Cranial nerve.

سیالوسل و فیستول غدد بزاقی:

- اغلب با درمان حمایتی رفع می‌شود.
- تشخیص زود هنگام آسیب داکت: باز کردن زخم و اکسپلور
- برای تشخیص محل آسیب داکت: سیالواندوسکوپی
- درمان سیالوسل: اسپیراسیون سوزنی، پانسمان فشاری و آنتی‌بیوتیک وسیع الطیف
- مایع حاصل از اسپیراسیون را برای چک آمیلاز می‌فرستیم.
- برای محدود کردن ترشح بزاق و کاهش احتمال عود:
 - آنتی‌کولینرژیک: پروپانتلین، اسکوپولامین یا گلیکوپیرولات
 - TCA
 - تزریق بوتاکس داخل پارانشیم غده با گاید سونو





- می‌توان همزمان با درمان حمایتی بیمار را NPO و TPN کرد، اما اگر بیمار قابل جراحی است، جراحی ارجح است.
- **درمان موارد مزمن:**
 - پاروتیدکتومی (درمان قطعی، اما به علت التهاب بستر جراحی احتمال آسیب به عصب بالاست).
 - نورکتومی تمپانیک (نتایج متغیر)
 - رادیوتراپی با دوز پایین
- این آسیب در ساب‌مکس نادر است، اما اگر رخ دهد چون رزکشن آن ریسک کمی دارد، درمان اولیه آن رزکشن است.

سوختگی‌ها:

• انواع:

- **درجه ۱:**
 - آسیب تا حد اپی‌درم
 - درد و اریتم دارد.
 - اسکار نمی‌گذارد.
- **درجه ۲ (deep partial thickness):**
 - گسترش به درم
 - درد، اریتم و تاول دارد.
 - بهبود خود به خود با اسکار کم
- **درجه ۳ (full thickness):**
 - آسیب تمام درم، اپی‌درم، ضمام، عروق و اعصاب
 - پوست چرمی و خاکستری
 - درد ندارد.
 - اسکار ضخیم شبیه avulsion
- **درجه ۴:**
 - گسترش به عضله، تاندون، لیگامان و استخوان
 - نیاز به دبریدمان و بازسازی بعدی دارد.





- اولین اقدام: بررسی آسیب‌های استنشاقی همراه
- **اقدامات اولیه:**
 - احیا با مایعات توسط فرمول پارکلند باید انجام شود.
 - کنترل درد
 - پروفیلاکسی کزاز
 - حمایت تغذیه‌ای
 - مراقبت از زخم
- آنتی‌بیوتیک پروفیلاکتیک به صورت روتین نمی‌دهیم. مگر وقتی که:
 - اسکار داشته باشد، که احتمال عفونت به علت ضعف خون‌رسانی بالاست.
 - گرفت پوستی گذاشته شود.
- آنتی‌بیوتیک موضعی را همیشه می‌دهیم، مثل سیلورسولفادیازین، مافناید استات یا باسیتراسین.
- Biobrane را می‌توان به جای پوست در محل سوختگی گذاشت تا درد کاهش یابد.
- به مدت ۱۴-۷ روز، مراقبت اولیه شامل دبریدمان ملایم نکروز و عفونت و آنتی‌بیوتیک موضعی انجام شده و سپس بیمار مجدداً ارزیابی می‌شود.
- **کمک به کاهش اسکار هیپرتروفیک:**
 - اسپلینت
 - ورقه سیلیکون
 - Pressure garment
- اساس درمان در سوختگی‌های پارشیل یا تمام ضخامت: گرفت پوستی که بهتر است با ۴۸-۷۲ ساعت تاخیر انجام شود تا واسکولاریته بهتر شود.
- در سوختگی قدام گردن، تراک ممنوع است و باید بیمار اینتوبه شود.
- بهترین نوع گرفت از لحاظ رنگ و texture: FTSG
- تنها محدودیت FTSG: اندازه
- شایع‌ترین تکنیک کاربردی: STSG





- محل‌های مناسب برداشت FTSG:
 - پلک فوقانی
 - فوسای سوپراکلاویکل
 - پوست ناحیه پره و پست اوریکولار
 - چین نازولیبیال
- استفاده از tissue expansion برای افزایش مساحت فلپ، به عنوان تکنیک ثانویه پس از ترمیم اولیه با STSG مطرح است.
- در STSG، کنتراکشن ثانویه شایع است، اما بستگی به ضخامت درم برداشته شده دارد.
- ضخامت گرفت ۰/۰۳۵-۰/۰۱۸ اینچ مناسب است.
- STSG را نباید mesh کرد.
- فلپ رژیونال یا آزاد برای زخم‌های عمیق که به بافت‌های عمقی مثل استخوان برسد کاربرد دارد.
- در پلک به محض رفع ادم، باید اسکار را برداشت و گرفت گذاشت. گرفت‌های ممکن:
 - STSG: ارجح
 - FTSG از پلک مقابل هم مطرح شده، که خطر اکتروپیون را کاهش می‌دهد.
- در بینی و اوریکل، باید دبریدمان کنزرواتیو انجام داد و STSG گذاشت.
- در لب و کمیشر دهانی، جراحی باید بعد از بالغ شدن اسکارها انجام شود و برای جلوگیری از میکروستومی، می‌توان از اسپلینت به مدت ۳ هفته تا ۶-۴ ماه استفاده کرد.
- در سوختگی ایزوله کمیشر، عمق واقعی تا ۴۸ ساعت مشخص نمی‌شود و باید آنتی‌بیوتیک موضعی داده، چند روز صبر کنیم و سپس ترمیم و دبریدمان نهایی را انجام دهیم.

بخ زدگی:

- شایع‌ترین نواحی: بینی، گونه و گوش
- علت مرگ سلولی:
 - خروج آب از سلول‌ها
 - مستقیم: در اثر فریز شدن
 - غیرمستقیم: در اثر ایسکمی ناشی از استاز عروقی





- علائم قطعی‌تر درگیری عمقی، پس از ۲-۳ هفته مشخص می‌شوند.
- یافته‌های مطلوب:
 - حس سوزن سوزن شدن
 - رنگ طبیعی پوست
 - تاول با محتوای شفاف
- مهم‌ترین فاکتور در بهبود نتیجه: گرم کردن سریع تمام بافت‌ها، با فرو بردن سریع آن‌ها به مدت ۱۵-۳۰ دقیقه در آب ۴۰-۴۲ درجه، با مختصری ماده آنتی‌باکتریال
- قرمز یا بنفش شدن پوست نشانه آب شدن یخ بافتی و پایان انقباض عروقی است.
- دبریدمان فوری ممنوع، مگر در تاول‌های شفاف.
- برای کاهش ایسکمی:
 - آلوئه ورا هر ۶ ساعت (آنتی‌ترومبوکسان است)
 - پنتوکسی فیلین
- سایر اقدامات لازم:
 - پروفیلاکسی کزاز
 - آنتی‌بیوتیک پروفیلاکتیک (پنی‌سیلین)
 - نارکوتیک
- پس از باز شدن یخ:
 - ایبوپروفن 400 mg هر ۱۲ ساعت
 - آلوئه ورا هر ۶ ساعت
 - هیدروتراپی با آب ۴۰ درجه، روزانه ۳۰-۴۵ دقیقه
- چند هفته بعد، دبریدمان الکتیو انجام می‌شود.
- داروهایی که اثر آن‌ها ثابت نشده است:
 - دکستران
 - وازودیلاتور مثل رزرپین
 - ترومبولیتیک
 - آنتی‌کوآگولان





سوالات و پاسخنامه

فصل ۱۹

Section 19

۱. در مصدومی قطع شاخه‌های عصب فاسیال به دنبال ترومای نافذ چاقو ایجاد شده است و فاصله‌ی انتهای دیستال از پروگزیمال بیش از یک سانتی‌متر است، برای ترمیم کدام اقدام درمانی مناسب‌تر است؟ (ارتقا ۱۴۰۰)
- الف) در اولین فرصت با گرافت عصبی
ب) در اولین فرصت با آناستوموز اولیه
ج) یک ماه بعد با گرافت عصبی
د) یک ماه بعد با آناستوموز اولیه

پاسخ: الف

صفحه ۲۸۱:





پاسخ: ب

صفحه ۲۷۳: لاسراسیون:

- باید بافت‌های عمقی و پوست به طور مناسب به هم نزدیک شوند، به طوری که بدون تنش لبه‌های زخم به حالت evert به هم برسند.
 - به علت خون‌رسانی خوب، اغلب دبریدمان محافظه کارانه کافی است.
 - در سر و گردن باید لبه‌های نامنظم اکسایز شوند، یعنی زخم ستاره‌ای به یک زخم واحد هلالی تبدیل شود.
 - اگر ناشی از کوفتگی باشد، باعث تقسیم فشار بین پوست، بافت نرم و استخوان می‌شود و اسکار دپرس وسیع می‌گذارد.
 - آوردن فلپ لوکال در بستر آلوده اندیکاسیون ندارد.
 - تزریق استروئید پس از سوچور، نامنظمی شکل زخم را کم می‌کند.
۴. در ترمیم لاسراسیون صورت کدام یک از موارد زیر صحیح است؟
- الف) سوچور ساب کوتانئوس باید در عمق Dermis قرار گیرد.
 - ب) برای سوچور زیر جلد از نخ ۴-۰ استفاده می‌شود.
 - ج) بی‌حسی TAC به صورت تزریقی باعث ایجاد درد خواهد شد.
 - د) استفاده از لیدوکائین خالص بدون اپی‌نفرین ایجاد سوزش نمی‌کند.

پاسخ: الف

صفحه ۲۷۱:

- تزریق لیدوکائین به علت اسیدیتته باعث درد و سوزش می‌شود، پس می‌تواند با بی‌کربنات بافر شود تا درد کمتر شود. پس د غلط است.
- TAC به صورت توپیکال برای بی‌حسی به کار می‌رود نه تزریقی، پس ج هم غلط است.





صفحه ۲۷۳:

- برای سوچور زیرجلد می‌توان از ویکریل ۴ صفر استفاده کرد اما قدرتی معادل سوچور پوست با نایلون ۵ صفر می‌دهد و قطعی نیست که از اسکار پهن‌تر جلوگیری کند. در واقع گزینه ب می‌تواند درست یا غلط باشد، چون توضیح مشخصی در گزینه وجود ندارد.
- در مورد گزینه الف، توضیحی در متن کتاب وجود ندارد، اما اگر گزینه‌های دیگر غلط باشند، تنها گزینه درست الف است.

۵. مورد نادرست در مورد ترمیم لاسراسیون‌های صورت کدام است؟

- الف) ترمیم زخم زیر بزرگنمایی ذره‌بینی ۲/۵ برابر نتیجه نهایی کار را بسیار بهبود می‌بخشد.
 ب) در بچه‌های فاقد همکاری یا بالغینی که برای برداشتن بخیه مراجعه نخواهند کرد برای کاهش اسکار بهتر است 6-0 Simple gut استفاده کرد.
 ج) تنها قسمتی از بافت‌های صورتی که به‌طور قابل اعتمادی از بخیه‌ها حمایت می‌کنند عضله می‌باشد لذا ترمیم دقیق آن ضروری است.
 د) در بخیه‌های پوستی از نخ تک رشته‌ای ۷-۰ استفاده می‌شود.

پاسخ: ج

صفحه ۲۷۳:

- اگر سوچور در محلی است که انتظار داریم تحت تنش مداوم باشد مثل عضله، سوچورها را با نخ غیر قابل جذب دائمی و به صورت separate می‌زنیم.
 در واقع عضله چون تحت تنش است، نمی‌تواند از سوچورها حمایت کافی داشته باشد، پس باید با نخ غیرقابل جذب دائمی سوچور شود.

۶. در بیماری که دچار سوختگی سر و صورت شده است. جهت بازسازی دیفکت پلک بیمار نیازمند استفاده از گرافت پوستی هستیم. کدام ناحیه برای تهیه گرافت مناسبتر است؟ (مازندران ۹۸)

- الف) پلک پایین
 ب) حفره سوپراکلاویکولر
 ج) چین ملولیبال
 د) ناحیه فرونتالیس

