

مراجع دندانپزشکی CDR

جراحی دهان، فک و صورت فونسکا ۲۰۱۸

(جلد یک)

به کوشش:

دکتر آرمان ترابی زاده سیرجی

متخصص جراحی دهان، فک و صورت

دکتر امین راهیما

متخصص جراحی دهان، فک و صورت

دانشیار دانشگاه علوم پزشکی مشهد

با همکاری:

دکتر صالح دادمهر

دستیار تخصصی جراحی دهان، فک و صورت
دانشگاه علوم پزشکی مشهد

دکتر یامین حقانی

دستیار تخصصی جراحی دهان، فک و صورت
دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)

دکتر ساناز عباسی

دستیار تخصصی دندانپزشکی ترمیمی و زیبایی
دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی (یزد)

دکتر رشید صوفی زاده

متخصص جراحی دهان، فک و صورت

دکتر محسن ملکی گرجی

دستیار تخصصی جراحی دهان، فک و صورت
دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)

دکتر محمد گودرزی

دستیار تخصصی جراحی دهان، فک و صورت
دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی (یزد)

مقدمه

به نام خداوند جان و خرد

چندین سال است مجموعه کتاب های فونسکا به عنوان رفرنسی برای امتحانات ارتقا، بورد و فلوشیپ رشته جراحی دهان، فک و صورت برگزیده می شود. کتاب فونسکای ۲۰۱۸ از جدیدترین ویرایش های این مجموعه است که ما را بر آن داشت تا این کتاب را بصورت چکیده و همراه با طرح سوالات مفهومی مانند سایر کتاب های آمادگی برای امتحانات منتشر کنیم. هدف از نشر این کتاب این است که سرعت خواندن و درک نکات کلیدی توسط شما را سرعت بخشیم تا بتوانید زمان بیشتری را به آموزه های عملی و درمان بیماران اختصاص دهید. با این حال، خواندن رفرنس انگلیسی در افزایش توانایی علمی شما تاثیر بسزایی دارد و به همین منظور عناوین هر مبحث به صورت انگلیسی آورده شده است تا بتوانید در موارد نیاز سریعاً به مرجع مراجعه کنید و معلومات خود را بسط دهید. برای این مجموعه با خلوص نیت زحمات بسیار زیادی کشیده شده است تا کتابی با کیفیت تحویلتان گردد و بتوانیم نقش کوچکی در ارتقا دانش شما داشته باشیم.

موفق و پیروز باشید

آرمان ترابی زاده

فهرست مندرجات

۸	حرفه ای گری و اخلاق Professionalism and Ethics	فصل ۱
۱۰	اصول یک جراحی موفق The Philosophical Basis of a Successful Surgical Practice	فصل ۲
۱۲	گزینه های شغلی جراح فک و صورت حرفه آکادمیک جراحی فک و صورت Oral and Maxillofacial Surgery Career Alternatives to Private Practice	فصل ۳
۱۳	تصمیمات موجود برای جراح جوان یا جراح با سابقه OMS Practice Transition: Decisions for the New Surgeon and the Established Surgeon	فصل ۴
۱۴	انجام دادن جراحی دهان به صورت نشسته Performing Oral Surgery from the Sitting Position	فصل ۵
۱۸	مدیریت شغلی کار جراحی فک و صورت Business Management of the Oral and Maxillofacial Surgery Practice	فصل ۶
۱۹	مدیریت ریسک در جراحی دهان فک و صورت Risk Management in Oral and Maxillofacial Surgery	فصل ۷
۲۱	کدنویسی، بیمه و پرداخت کنندگان شخص ثالث Coding, Insurance, and Third-Party Payers	فصل ۸
۲۲	اعتبار بخشی امکانات بیماراران سرپایی Accreditation of Outpatient Surgery Facilities	فصل ۹
۲۴	بازاریابی حرفه جراحی دهان، فک و صورت Marketing the Oral and Maxillofacial Surgery Practice	فصل ۱۰

۲۵	چالش‌های بازنشستگی Challenges of Retirement	فصل ۱۱
۲۷	رفتارهای غیر حرفه‌ای و اختلالات جسمی و ذهنی Boundary Violations and Physical and Mental Impairments	فصل ۱۲
۲۹	ارزیابی‌های قبل از عمل Preoperative Evaluation	فصل ۱۳
۵۰	مانیتورینگ بیماران جراحی دهان، فک و صورت Monitoring for the Oral and Maxillofacial Surgery Patient	فصل ۱۴
۶۸	بی‌حسی‌های لوکال Local Anesthetics	فصل ۱۵
۸۹	فارماکولوژی داروهای بی‌حوشی سرپایی Pharmacology of Drugs in Ambulatory Anesthesia	فصل ۱۶
۱۰۹	مفاهیم و روش‌های بی‌حوشی Anesthetic Concepts and Techniques	فصل ۱۷
۱۱۸	کانسپت‌های مدیریت درد حاد بعد از عمل Concepts in the Management of Acute Postoperative Pain	فصل ۱۸
۱۳۳	بی‌حوشی عمومی و فارماکوسدیشن در اطفال Pediatric Pharmacosedation and General Anesthesia	فصل ۱۹
۱۴۶	جراحی دنتوآلوئولار کودکان Pediatric Dentoalveolar Surgery	فصل ۲۰
۱۵۸	کشیدن دندان‌های ساده و پیچیده و مدیریت جراحی دندان‌های نهفته Basic and Complex Exodontia and Surgical Management of Impacted Teeth	فصل ۲۱
۱۷۲	کامپلیکیشن‌های جراحی دنتوآلوئولر Complications of Dentoalveolar Surgery	فصل ۲۲

۱۷۸	ارتودنسی به کمک ایمپلنت های اسکلتالی Skeletally Based Implant Assisted Orthodontics	فصل ۲۳
۱۸۴	لیزر در جراحی دهان Lasers in Oral Surgery	فصل ۲۴
۱۹۸	آسیب های عصب تری جمینال Trigeminal Nerve injuries	فصل ۲۵
۲۱۹	دندانپزشکی زیبایی ایمپلنت: تشخیص و طرح درمان Esthetic Implant Dentistry: Diagnosis and Treatment Planning	فصل ۲۶
۲۳۲	ایمپلنت های فوری Immediate Implants (II)	فصل ۲۷
۲۴۲	متریال و تکنیک های انجام گرفت استخوانی Bone Grafting Techniques and Materials	فصل ۲۸
۲۵۲	بیولوژی و هیستولوژی گرفت استخوانی Bone Graft Biology and Histology	فصل ۲۹
۲۵۸	انجام گرفت استخوانی اتوژن برای ایمپلنت های دندانی Autogenous Bone Grafting for Dental Implants	فصل ۳۰
۲۷۷	GTR در دندانپزشکی ایمپلنت Guided Tissue Regeneration in Implant Dentistry	فصل ۳۱
۲۹۰	جراحی و گرفت سینوس لیفت ساب انترال امروزی Contemporary Sinus-Lift Subantral Surgery and Graft	فصل ۳۲
۳۰۰	استئوپریوستال فلب ها و دیسترکشن استئوژنسیس Osteoperiosteal Flaps and Distraction Osteogenesis	فصل ۳۳
۳۱۴	آگمنتیشن بافت نرم اطراف ایمپلنت Peri-implant Soft Tissue Augmentation	فصل ۳۴

۳۲۳	ایمپلنت زایگوما: روشی برای درمان ماگزیلای بی دندان بدون نیاز به گرفت Zygomatic Implant: A Graftless Approach for Treatment of the Edentulous Maxilla	فصل ۳۵
۳۳۰	رستوریشن ثابت ماگزیلای بی دندان Fixed Restoration of the Edentulous Maxilla	فصل ۳۶
۳۴۰	بارگذاری فوری ایمپلنت های مندیبل توسط پروتز موقت کامل Mandibular Immediate Implant Loading with the Complete Arch Provisional Prostheses	فصل ۳۷
۳۴۵	گزینه های رستوریتو امروزی برای تک ایمپلنت Contemporary Restorative Options for the Single Implant	فصل ۳۸
۳۵۰	ایمپلنت اوردنچرها Implant Overdentures	فصل ۳۹
۳۵۶	ایمپلنت در نقایص اکتسابی و مادرزادی Implants in acquired and congenital defects	فصل ۴۰
۳۶۳	تصویربرداری سه بعدی و پروتکل های دیجیتالی برای ایمپلنت های دندانی و گرفت های استخوانی Three-Dimensional Imaging and Digital Workflow Protocols for Dental Implants and Bone Grafting	فصل ۴۱
۳۶۶	بیماری پری ایمپلنت و جنبه های پروتزی ایمپلنت های دندانی Peri-implant Disease and Restorative Aspects of Dental Implants	فصل ۴۲
۳۷۲	بیماری پری ایمپلنت Peri-implant Disease	فصل ۴۳

حرفه ای گری و اخلاق

Professionalism and Ethics

- رزیدنتی OMS شامل قرار گرفتن و آموزش در رشته های زیر است: جراحی دندان و آلوئول و ایمپلنت، پزشکی، جراحی عمومی، بیهوشی، مراقبت های ویژه، پاتولوژی، مدیریت تروما و بازسازی، شکاف و جراحی کرانیوفاسیال، اختلال عملکرد تمپورومندیولار، ارتوگناتیک و جراحی زیبایی.

معنای «حرفه ای گری» چیست؟

- در قلب این مفهوم وعده سه بخش برای به دست آوردن، حفظ و پیشرفت است:
 - o سیستم ارزش اخلاقی مبتنی بر اعتقاد بر این است که حرفه برای خدمت به بهترین منافع بیمار و عموم است.
 - o دانش و مهارت های فنی مورد نیاز برای تمرین خوب.
 - o مهارت های بین فردی لازم برای همکاری با بیماران.

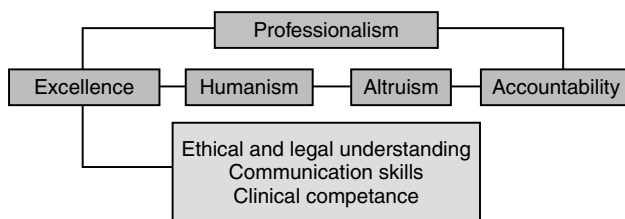
تعهد به صداقت با بیماران

- هر گاه بیمار به عنوان یک کامپلیکشن از مراقبت های پزشکی آسیب دیده، بیمار باید به سرعت مطلع شود.

آیا می توان حرفه ای گری را آموزش داد؟

- همه اعضای هیات علمی در مقطع پره و پست گرجیوایت در دندانپزشکی باید به استانداردهای کمیسیون اعتباربخشی دندانپزشکی (CODA)، ارزیابی منظم عملکرد رزیدنت ها، ارزیابی دانشکده توسط رزیدنت ها) پایبند باشند.
- یکی از مهمترین عناصر حرفه ای بودن صداقت است.





• **Figure 1-1** A framework for defining medical professionalism.

ارزیابی رفتار حرفه ای رزیدنت ها و دستیاران

- حرفه ای بودن به عنوان یک شایستگی اصلی در آموزش پزشکی و اعتبار بخشی موسسات گنجانده شده است.

علل رفتار های غیر حرفه ای

- چهار عامل کلیدی یا الگوهای رفتار غیر حرفه ای عبارتند از:
 ۱. مسخره کردن دیگران
 ۲. انجام دادن کارهای متفرقه در محیط یادگیری (ارسال پیام در حین فعالیت)
 ۳. مدیریت بار کاری (جشن انتقال یک بیمار)
 ۴. فشار زمان (خروج زود هنگام).

چگونه اخلاق و حرفه ای گری به یکدیگر مربوطند؟

- اصول اخلاقی ADA و قانون رفتار حرفه ای می گوید که پنج اصل اساسی وجود دارد که اهداف آرمان گرا حرفه را تشکیل می دهند:
 - o اصل خودمختاری بیمار (حکومت خود گردان)؛
 - o اصل عدم آزار و اذیت (آسیب نرساندن)
 - o اصل عدالت (خوب عمل کردن)
 - o اصل عدالت (عادل بودن)
 - o اصل حقیقت (حقیقت را گفتن)

انجمن جراحان دهان و فک و صورت آمریکا همچنین یک کد حرفه ای را تعریف کرده است. کمیسیون AAOMS در مورد رفتار حرفه ای این کد را توسعه داد. کد رفتار اخلاقی AAOMS و اخلاقی ADA در سطوح مختلف یکدیگر را پوشش می دهند.

- حوزه های همبستگی عبارتند از:
 - o خودمختاری بیمار، تعیین خودمختاری و محرمانه بودن
 - o تضمین آموزش حرفه ای، آموزش و صلاحیت حرفه ای
 - o اجتناب از اختلافات شخصی
 - o ارتقاء رفاه بیماران و جامعه
 - o عدالت و عدم تبعیض
 - o رها کردن بیمار
 - o عادلانه بودن در برخورد با همکاران
 - o صداقت و حقیقت
 - o حوزه های تبلیغاتی

- کد AAOMS رفتار حرفه ای که کمی از کد اخلاق ADA متفاوت است عبارتند از:
 - o اجتناب از جراحی مسافرتی (itinerant)
 - o داشتن گواهینامه
 - o داشتن مشاوران بیمه جراحی

اصول یک جراحی موفق

The Philosophical Basis of a Successful Surgical Practice

تعریف موفقیت

- یک عمل جراحی موفق به عنوان یک اتفاق خوشایند تصادفی رخ نداده است.
- توافقنامه های مالکیت یا مدل های تجاری شامل تغییراتی در این موضوعات می شود:
 - انفرادی
 - مشارکت واقعی
 - کارآفرینی
 - به اشتراک گذاری هزینه

همکاری واقعی

- در این مدل، صاحبان یک توافقنامه حقوقی قانونی دارند که حق رای را بر تصمیمات عملکردی شرکت به هر صاحب عمل می دهد و انتظارات عملکرد را مشخص می کند.

کارآفرینی

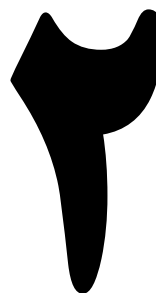
- مدل کارآفرینی ترکیبی از مدل های دیگر است. در این مدل، صاحب یک شرکت وجود دارد، و پزشکان برای تولید مراقبت حرفه ای استخدام می شوند.

به اشتراک گذاری هزینه

- یک رابطه تجاری ما بین شیوه های همکاری انفرادی و واقعی است و تمرکز روی درآمد و هزینه است.

ارتباط بین صاحبان کار و کارمندان

- صاحبان کار باید مأموریت سازمان را شناسایی و فعالانه در مدیریت منابع انسانی شرکت کنند تا مطابقت آن با مأموریت را داشته باشند. آنها باید:
 - استخدام بهترین افراد را در نظر داشته
 - کارمندان خود را از طریق آموزش و پشتیبانی حمایت کنند
 - به آنها توانایی انجام کارهای خود را بدهند
 - انتظار نتایج خوبی داشته باشند



فقط بگویید نه!

- یک جراح با بیمارانی که با انتظارات غیر واقعی از مراقبت های حرفه ای سروکار دارند، ممکن است روبرو شود. در این صورت جراح باید به راحتی به طور مثال بگوید: «خانم جونز، شما باید جراح دیگری پیدا کنید.»



• BOX 3-1 Advantages and Disadvantages
of a Career in Academic Oral and
Maxillofacial Surgery

Advantages

Stimulating environment (constant learning and education)
Wide scope of practice (major and minor surgery)
Opportunity to train the next generation of oral and
maxillofacial surgeons
Part of a team with dental and medical colleagues
Opportunity for research and scholarly activities

Disadvantages

Generally lower pay than private sector
Giving up control of the clinical practice
Increasing financial pressures to generate clinical income to
offset declining institutional support

حرفه پژوهشی جراحی فک و صورت

- اکثر جراحان آکادمیک در دانشگاهی بوده و وابسته به یک دانشگاه هستند. با این حال، فرصت های شغلی برای جراحان پژوهشگر در موسسات دولتی مانند موسسات ملی بهداشت (NIH)، اداره غذا و داروی ایالات متحده (FDA) و مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری (CDC) وجود دارد.
- یکی از ویژگی های برجسته جراحان دانشمند، به همراه همکاران بالینی آنها، برخورداری از بودجه تحقیقات است.

Dental Support Organizations

- سازمان های پشتیبانی از دندانپزشکی OMS روش جدید DSO را جایگزین جراحی دهان و فک و صورت برای عمل خصوصی کرده است.
- DSO جنبه های بازرگانی و تجاری را انجام می دهد. دکترا حقوق دریافت می کنند و تمام اعضای تیم اداری را استخدام می کنند. DSO همچنین تمام جنبه های عمل خصوصی را که قبلاً ذکر شده مدیریت می کند.
- DSO یک جایگزین برای عمل خصوصی برای تمرین کنندگان OMS است که میخواهند خود را از اداره سمت کسب و کار آزاد کنند.

گزینه های شغلی جراح
فک و صورت
حرفه آکادمیک
جراحی فک و صورت
Oral and Maxillofacial
Surgery Career
Alternatives to Private
Practice



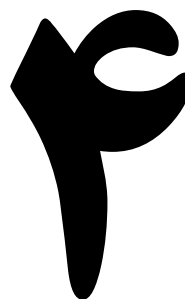
برنامه ورود: ملاحظات برای جراح تازه فارغ التحصیل شده

- شما می توانید به دنبال انتصاب به عنوان یک استاد دانشگاه، یک حرفه در شاخه ای از خدمات فدرال، پزشک خصوصی باشید.

برنامه خروج: ملاحظات استراتژیک برای جراح جافتاده با سابقه

- با یک استراتژی خروج به خوبی توسعه یافته بازمان کافی برای اجرا، بهترین روش برای اطمینان از اینکه شما دارای دیدگاه مناسب برای مقابله با تمام توانایی های گذار از practice می باشید یک پنجره ۲ یا ۳ ساله را به عنوان بازه زمانی مطلوب توصیه می کنیم.

تصمیمات موجود برای جراح جوان یا جراح با سابقه OMS Practice Transition: Decisions for the New Surgeon and the Established Surgeon



انجام دادن جراحی دهان به صورت نشسته Performing Oral Surgery from the Sitting Position

- بیشترین آسیب و ناتوانی شغلی (ناشی از کار)
در کدام یک از گروه‌های درمانی رخ می‌دهد؟
Dental group

Equipment Selection and Location Surgical Chair

- Dental-type chair باشد (نه
(surgical table)
- دارای narrow & thin headrest باشد تا جراح
بتواند نزدیک و زیر سر بیمار قرار گیرد. باریک بودن
باعث می‌شود، دید جراح بهتر شود.
- دست بیمار توسط sling یونیت مهار می‌شود.
- یونیت به وسیله‌ی پاکتترل شود

Doctor's Stool

- باید جراح را در موقعیت forward tilt
proclination قرار دهد.
- موقعیت جراح با موقعیت صندلی کارمندان مطب
فرق می‌کند.
- صندلی جراح باید طوری طراحی شود تا از ناحیه‌ی
Hip، Forward tilt شروع شود و نشیمنگاه به این
منظور طراحی شود تا اجازه دهد lower back -
جراح در موقعیت natural curve خود قرار گیرد
- اغلب صندلی‌های جراحی مثل صندلی‌های اداری
ساخته می‌شوند و positive forward support
را ندارد

Assistant's Stool

- Elevated stool است
- دارای footring است
- دارای Arm brace است تا دستیار بتواند خودش
را به آن تکیه دهد و روی surgical field بیوفتد.



- بهترین موقعیت: surgical drill: ساعت ۴ و on the mobile platform

Anesthetic Gas Source

- لوله از دیوار در ساعت ۱۲ تا ۹ خارج می شود
- لوله روی زمین باشد برای پرسنل خطر ناک است و برای همین از یک extension overhead استفاده می کنیم.

IV Delivery

- باید از سقف آویزان باشد توسط زنجیر نه توسط استند سرم
- نزدیک به نرس بیهوشی باشد.

Counters and Cabinets

- در روی دیوار در ساعت ۳ و ۹ قرار می گیرد
- ساعت ۶ و ۱۲ باید خالی باشند تا تیم به راحتی جا به جا شوند
- سمت دستیار جراحی باید کابینت ها در standing height (36 inches) باشد
- سمت جراح باید کابینت ها در sitting height (30 inches) باشد و در امتداد طول اتاق باشد.

Team Member Locations

- براساس موقعیت جراح و راحتی و بهترین دید جراح مشخص می شود و دیگر اعضای تیم و تجهیزات باید از اصل pas de toris پیروی کنند و صورت بیمار reclined و در ساعت ۱۲ باشد.

Surgeon

- موقعیت جراح از ساعت ۱۲ (برای قدام مندیبل) تا ۸ (برای عمق پالات) تغییر می کند.

Overhead Light

- مشکل ترین ناحیه برای تاباندن نور در بیمار fully reclined کدام ناحیه است؟ سطح لینگوال قدام مندیبل.
- اگر بازوی افقی چراغ در سقف به درستی قرار نگیرد، بازو نمی تواند به خوبی اکستند شود تا به این ناحیه نور دهد. بنابراین باید با مسئول نصب قبل از نصب کردن مشاوره کنیم.
- ارتفاع بازوی عمودی بر اساس ارتفاع سقف و ارتفاع یونیت جراحی در حالت operating position تعیین می شود.
- بازوی عمودی که برای sitting position تعبیه شده، به درد حالت ایستاده نمی خورد و باید در حالت ایستاده از head light استفاده کنیم. چون سر جراح به چراغ می خورد.

Computer

- باید جایی باشد که توسط تیم قابل مشاهده باشد.
- مانیتور بهترین مکانش نزدیک به کیبورد است.
- کیبورد باید جایی باشد که جراح و تکنیسین بیهوشی بتوانند استفاده کنند.
- جراح برای دیدن مانیتور باید بچرخد.
- می توان مانیتور دومی را در دیوار بالای سر بیمار قرار داد تا دستیار جراح و جراح به راحتی به آن دید داشته باشند.

Anesthesia Monitor, Suction, Irrigation, and Handpiece Delivery

- با قرار دادن سر بیمار در ساعت ۱۲، تجهیزات مانیتورینگ بیهوشی در ساعت ۴ قرار می گیرد تا جراح و بی هوشی بتوانند مانیتور بی هوشی را مشاهده کنند. (برای جراح راست دست)
- موقعیت دور تجهیزات مانیتورینگ باعث می شود خواندن wave form مشکل شود.
- دریل جراحی باید در دسترس دستیار جراحی یا بی هوشی باشد تا بتواند به جراح پاسش دهند.

The Anesthesia Nurse

- وظیفه‌ی اصلی: مانیتورینگ علائم و حرکات بیمار و مطمئن بودن از safety بیمار
- طی استفاده از وسایل تیز اندام‌های بیمار را نگه می‌دارد
- تحت نظارت پزشک (جراح) داروها را تجویز می‌کند.
- نقش سیر کولر را هم بازی می‌کند. چون اسکراب نکرده است.
- با پرسنل خارج از اتاق ارتباط برقرار می‌کند. وسایل را برای استفاده در دسترس قرار می‌دهد. (مثل دریل جراحی).
- نرس بیهوشی عکس می‌گیرد.

Additional Suggestions

Patient Positioning

- بیمار بی‌هوش شده تمایل دارد به سمت پایین سر بخورد، برای همین بعد از سدیشن و بعد از این که بیمار شیب داده شد، بیمار را به موقعیت صحیح، که سر او بالا (top) و مرکز (center) هدرست قرار گیرد، جابه‌جا می‌کنیم.

Lumbar Support

- جراحی طولانی مدت ممکن است باعث ناراحتی کمر بیمار شود.
- علائم نشان دهنده‌ی ناراحتی کمر بیمار سدیته شده، کدام است؟ بیمار زانویش را flex می‌کند و سعی می‌کنند به یک سمت بچرخند.
- برای پروسه‌های طولانی باید memory foam pad در ناحیه‌ی lumbar و زیر زانو قرار گیرد. (قبل از شروع جراحی).

Pharyngeal Drape and Nasal Trumpet

- یک گاز ۴×۴ باز می‌شود و تامی شود تا به شکل ۴×۸

Surgical Assistant

- دستیار جراح باید ۳ اینچ بالاتر از جراح قرار گیرد تا جلوی دید جراح و نور را نگیرد.

Anesthesia Nurse

- اغلب ایستاده است
- ساعت ۱۷ اجازه دسترسی به IV، مانیتور، گاز، دوربین، کامپیوتر و کابینت را می‌دهد.

Team Member Roles and Duties The Surgeon

- نقش کاپتان کشتی را بازی می‌کند
- باید دو مرحله بعد را (جلوتر) در نظر داشته باشد، بنابراین باید حداقل حواس پرتی برایش مهیا شود.

The Surgical Assistant

- وظیفه‌ی ساکشن کردن و ریتراکشن و محافظت از راه هوایی را بر عهده دارد (Guardian of the airway)
- باید نگاه کند که پک حلقی درست قرار گرفته است یا خیر و به اندازه کافی خشک است تا مایعات جراحی را جذب کند.
- سر بیمار را با فشار زیر مندیبل (چانه) با فشار بر روی ناحیه‌ی قدام کام سخت (پره ماگزایلا) به صورت tilt up نگه می‌دارد.
- چون که دستکاری جراح باعث منحرف شدن سر می‌شود، دستیار جراحی سر را ثابت نگه می‌دارد
- طی استفاده از وسایل تیز باید سر را به صورت ریجید نگه دارد
- دستیار جراحی باید ساکشن را بین انگشتان دست چپ بگیرد و با همان دست چپ زیر چانه را به سمت بالا فشار دهد تا باعث head tilt و حفظ راه هوایی شود و دست راست آزاد باشد تا وسایل را به جراح بدهد.

بیهوشی بالاییاوریم و بیمار را هوشیار کنیم (surfacing the patient). آوردن دلایل گفتاری (verbal reasoning) بعد از این که بیمار surface شد معمولاً باعث همکاری بیمار و حرکات کمتر می شود.

• یک panic button برای نرس بیهوشی باید در دسترس باشد تا به اورژانس زنگ بزنند.

تبدیل شود و برای محافظت از فاریکس استفاده شود

- با انگشتان خشک، جراح زبان را جلو می کشد و به آرامی گاز را در خلف زبان قرار می دهد. این کار باعث می شود زبان را جلو نگه دارد و کمک به حفظ راه هوایی می کند.
- دُم-گاز (sponge) خارج از لب ها آورده می شود.
- اگر زبان بزرگ بود و احتمال انسداد وجود داشت یک nasal trumpet می توان لوپریکیت کردن و در بینی قرار داد.

Agitated Patient

- کنترل و نگهداری دست و پا و محافظت از IV Site
- وظیفه ی کیست؟ نرس بیهوشی
- کنترل خونریزی، نگه داشتن سر، نگه داری راه هوایی جراح و دستیار جراحی
- **دلایل آژیته شدن بیمار:**

1. Inadequate local anesthesia
2. Hypoxia
3. Anxiety
4. Full bladder
5. Back pain

- زمانی که بیمار یک حرکت ناگهانی با avoidance gesture می کند، همیشه شک به ترس و نگرانی بیمار می کنیم، اما LA ناکافی **شایع ترین دلیل** در مواقعی است که بیمار **حین استفاده از وسایل تیز حرکت** می کند. در این مواقع با دقت LA بیشتری تزریق می کنیم و به تغییر نوع دارو هم توجه می کنیم.

- حرکت کردن حین luxation یا elevation می تواند ناشی از نگرانی و ترس (apprehension) باشد و باید از طریق دادن داروهای بیشتر GA درمان شود و تازمانی که GA موثر حاصل نشده اقدام به جا به جایی سر بیمار یا جراحی نمی کنیم.
- زمانی که بیمار مهاجم (combative) بود، بهتر است سطح هوشیاری را با قطع کردن داروهای

مدیریت شغلی کار جراحی فک و صورت Business Management of the Oral and Maxillofacial Surgery Practice

مقدمه

- در محیط پزشکی و دندانپزشکی امروز بسیار مهم است که تمرین کنندگان بدانند چگونه باید یک کسب و کار را بدست آورند. بر همین اساس، عمل جراحی دهان و فک و صورت از کسب و کار جدا نیست.

مدیریت ریسک

- مدیریت ریسک شامل هر دو جنبه بالینی و مدیریتی فعالیت است.
- مدیریت ریسک در عمل OMS شامل موارد زیر است: رضایت آگاهانه، تضمین کیفیت، پروتکل های درمان، پروتوکول های جمع آوری، تطبیق OSHA و HIPAA، و قوانین بیمه از جمله قراردادهای خصوصی، Medicaid، Medicare و جبران خسارت.

رضایت آگاهانه

- روند رضایت آگاهانه با اولین تماس که جراح با بیمار انجام می دهد، آغاز می شود. تمام بحث ها و تصمیمات باید به صورت کتبی در یادداشت کلینیک ثبت شود و در نهایت بر اساس یک فرم رضایت نامه به طور خاص برای این فرآیند طراحی شده است، درج شود.
- سنی که بیمار می تواند به طور قانونی رضایت دهد، عموماً ۱۸ سال است.

