

رینوپلاستی دالاس

جراحی بینی همراه با اساتید

ویراست چهارم

ویراستار علمی

دکتر افشین جراحی

استاد گروه جراحی دهان، فک و صورت
دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران

مترجمین

دکتر سیدامیرمسعود موسوی

دستیار تخصصی جراحی دهان، فک و صورت دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی اصفهان

دکتر ایمان حسنزاده

دستیار تخصصی جراحی دهان، فک و صورت دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی اصفهان

دکتر سید محمدعرفان منصوری

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

دکتر آرش اسمعیلی

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

دکتر نیلوفر آراین پور

دستیار تخصصی جراحی دهان، فک و صورت دانشگاه علوم پزشکی چندی شاپور اهواز

به نام خداوند جان و خرد	زین برتر اندیشه برنگذرد
خرد رهنمای و خرد دلگشای	خرد ، دست گیرد به هردو سرای
به دانش گرای و بدو شو بلند	چو خواهی که از بد نیایی گزند
ز نادان ، بنالد دل سنگ و کوه	ازیرا ندارد برکس ، شکوه
توانا بود، هرکه دانا بود	ز دانش دل پیر برنا بود

ترجمه کتاب های مرجع در گسترش علوم در دنیای امروز بسیار تاثیر گذار می باشد . یکی از شایعترین و رایج ترین اعمال جراحی ناحیه سر و صورت اصلاح فرم بینی (رینوپلاستی) می باشد که شناخته شده ترین هدف از انجام این جراحی ها رفع نواقص ظاهری و اصلاح سائز و فرم بینی می باشد.

به دلیل فراوانی این اعمال ، کتاب ها و مراجع تخصصی فراوانی در این زمینه موجود است که به جرات می توان گفت که کتاب رنوپلاستی دالاس ۲۰۲۴ یکی از بهترین و با کیفیت ترین این منابع می باشد. آنچه چاپ جدید این کتاب را از دیگر کتب متمایز کرده است ، تمرکز بیشتر بر ابعاد بالینی و روش های نوین درمانی در رینوپلاستی است .

ترجمه حاضر به همت و تلاش فراوان دستیاران جوان رشته جراحی فک و صورت ، جناب آقایان دکتر سید امیر مسعود موسوی ، دکتر ایمان حسن زاده ، دکتر سید محمد عرفان منصوری ، دکتر آرش اسمعیلی و سرکار خانم دکتر نیلوفر آرین پور در نهایت دقت و حفظ اصالت متن اصلی به سر انجام رسیده و مطالعه آن را به تمام همکاران گرانقدر توصیه می نمایم .

امید است مطالعه این کتاب به ارتقاء دانش رینولوژی کمک نماید.

دکتر افشین حراجی

استاد گروه جراحی دهان فک و صورت دانشکده

دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران

فهرست مطالب

بخش ۱: مفاهیم اولیه حوالی عمل	۱
فصل ۱: اصطلاحات ترجیحی آناتومیک برای جراحی بینی	۳
فصل ۲: آناتومی رینوپلاستی پیشرفته	۹
فصل ۳: فیزیولوژی بینی	۲۱
فصل ۴: مدیریت پزشکی اختلالات بینی در بیمار جراحی بینی	۳۰
فصل ۵: مفاهیم قبل از عمل جراحی بینی	۳۹
فصل ۶: تناسب بینی و آنالیز سیستماتیک بینی	۴۶
فصل ۷: تصویربرداری دیجیتال و عکاسی استاندارد در جراحی بینی	۶۱
فصل ۸: مدیریت پس از عمل جراحی بینی	۷۷
فصل ۹: کدنویسی برای روش‌های جراحی بینی	۸۵
بخش ۲: مفاهیم اولیه جراحی	۹۱
فصل ۱۰: انجام صحیح آن در اولین بار برنامه ریزی و اجرای جراحی بینی دقیق	۹۲
فصل ۱۱: پیوند پرکاربرد در جراحی بینی: نامگذاری و تجزیه و تحلیل	۱۰۳
فصل ۱۲: برداشت پیوند اتولوگ برای جراحی بینی	۱۲۰
فصل ۱۳: اصل رینوپلاستی حفاظتی	۱۲۹
فصل ۱۴: روش بسته در رینوپلاستی اولیه	۱۴۴
بخش ۳: دورسم	۱۵۳
فصل ۱۵: بررسی و جراحی دورسم بینی: رویکرد مبتنی بر اجزای تشکیل دهنده	۱۵۴
فصل ۱۶: نقش فلپ‌های اسپریدر، گرافت‌های اسپریدر، و بخیه‌های تنش‌زا	۱۷۱
فصل ۱۷: نقش فلپ‌های اسپریدر، گرافت‌های اسپریدر، و بخیه‌های تنش‌زا	۱۷۸
فصل ۱۸: افزایش ارتفاع دورسم: نقش گرافت غضروف دنده	۱۹۱
فصل ۱۹: افزایش ارتفاع دورسم: غضروف خرد شده-فاشیا	۲۰۱

۲۱۳	بخش ۴: تیپ
۲۱۴	فصل ۲۰: ظرافت جراحی نوک بینی: آناتومی و تکنیک
۲۳۷	فصل ۲۱: سه پایه نوک بینی: کنترل پروجکشن و روتیشن نوک بینی
۲۵۱	فصل ۲۲: گرافت های نوک بینی: تکنیک های سنتی و اصلاحات مدرن
۲۷۶	فصل ۲۳: اصلاح دفورمیتی نوک بینی Bulbous و Boxy با استفاده از رویکرد باز
۲۸۸	فصل ۲۴: نقش گرافت استرات کولوملا
۲۹۴	فصل ۲۵: کنترل قابل پیش بینی پروجکشن و روتیشن نوک بینی: گرافت های اکستنشن سیتوم
۳۰۵	فصل ۲۶: کاهش پروجکشن نوک بینی: یک رویکرد تدریجی
۳۱۳	فصل ۲۷: تنظیم روتیشن نوک بینی

۳۲۳	بخش ۵: رینگ آلار
۳۲۴	فصل ۲۸: اهمیت رابطه ی الار کلوملا
۳۳۳	فصل ۲۹: ریزینی های گرافت های کانتور آلار: چهار ساب تایپ
۳۳۹	فصل ۳۰: گرفت های استرات لترال کرورا
۳۵۳	فصل ۳۱: الار کانتور گرفت های رترو گرید

۳۵۹	بخش ۶: پایه آلار
۳۶۰	فصل ۳۲: زیبایی شناسی و جراحی اصلاح بیس بینی
۳۷۳	فصل ۳۳: جراحی آلابیس: انالیز و تشخیص
۳۷۹	فصل ۳۴: نکات ظریف جراحی الار بیس

۳۸۹	بخش ۷: پایه آلار
۳۹۰	فصل ۳۵: نقش مهم پروفایل پلاستی در جراحی بینی
۴۰۲	فصل ۳۶: مدیریت چانه در بیماران راینو پلاستی
۴۰۸	فصل ۳۷: تکنیک هفت مرحله هفت دقیقه برای آگمنت کردن چانه

۴۱۳	بخش ۸: جراحی زیبایی بینی ثانویه
۴۱۴	فصل ۳۸: چرا عمل رینوپلاستی اولیه با شکست مواجه می شود؟
۴۲۱	فصل ۳۹: گرفت های ساختاری در رینوپلاستی ثانویه
۴۳۳	فصل ۴۰: دستیابی به نتایج مداوم در رینوپلاستی ثانویه
۴۴۵	فصل ۴۱: پیشرفت ها در رینوپلاستی ثانویه: دیدگاه شخصی
۴۵۲	فصل ۴۲: نقش دنده های تازه منجمد در رینوپلاستی ثانویه

۴۵۹	بخش ۹: مدیریت اختلال عملکرد راه هوایی
-----	--

فصل ۴۳:	مدیریت جراحی راه هوایی بینی.....	۴۶۰
فصل ۴۴:	طبقه‌بندی انحراف سپتوم و تکنیک‌های بازسازی.....	۴۷۲
فصل ۴۵:	مدیریت شکستگی حاد بینی: به حداقل رساندن ناهنجاری‌های ثانویه بینی.....	۴۷۹
فصل ۴۶:	مدیریت جامع بینی دارای انحراف.....	۴۸۷
بخش ۱۰: جراحی زیبایی بینی قومی.....		
فصل ۴۷:	بینی بیمار سیاه‌پوست.....	۵۰۵
فصل ۴۸:	بینی بیمار اسپانیایی‌تبار.....	۵۰۶
فصل ۴۹:	بینی بیمار خاورمیانه‌ای.....	۵۱۵
فصل ۵۰:	بینی بیمار آسیایی.....	۵۲۵
بخش ۱۱: موضوعات خاص.....		
فصل ۵۱:	نقش مهم بسته شدن فضای مرده در جراحی بینی.....	۵۴۴
فصل ۵۲:	اصلاح بینی دراز.....	۵۵۷
فصل ۵۳:	کشیدگی بینی کوتاه.....	۵۵۸
فصل ۵۴:	اهمیت عضله Depressor Septi Nasi در جراحی بینی.....	۵۶۳
فصل ۵۵:	پیری بینی.....	۵۷۳
فصل ۵۶:	بینی مردانه.....	۵۸۲
فصل ۵۷:	رینوپلاستی بیمارانی کلفت.....	۵۹۰
فصل ۵۸:	مدیریت بینی کوکائین.....	۵۹۹
فصل ۵۹:	نقش فیلر های بافت نرم در جراحی بینی.....	۶۰۸
فصل ۶۰:	پیشگیری و مدیریت عوارض جراحی بینی.....	۶۲۶
فصل ۶۱:	آموزش به بیمار.....	۶۳۴
فصل ۶۲:	مدیریت بیمار ناراضی.....	۶۴۲
فصل ۶۳:		۶۵۸
فصل ۶۴:		۶۶۹

بخش ۱

مفاهیم اولیه حوالی عمل

- ۳ ۱. اصطلاحات ترجیحی آناتومیک برای جراحی بینی
- ۹ ۲. آناتومی رینوپلاستی پیشرفته
- ۲۱ ۳. فیزیولوژی بینی
- ۳۰ ۴. مدیریت پزشکی اختلالات بینی در بیمار جراحی بینی
- ۳۹ ۵. مفاهیم قبل از عمل جراحی بینی
- ۴۶ ۶. تناسب بینی و آنالیز سیستماتیک بینی
- ۶۱ ۷. تصویربرداری دیجیتال و عکاسی استاندارد در جراحی بینی
- ۷۷ ۸. مدیریت پس از عمل جراحی بینی
- ۸۵ ۹. کدنویسی برای روش‌های جراحی بینی



اصطلاحات ترجیحی آناتومیک برای جراحی بینی

چکیده

اصطلاحات دقیق و قابل درک جهانی برای ارتباط واضح در هر زمینه ضروری است. جراحان رینوپلاستی به طور جداگانه اصطلاحات مختلفی را برای استفاده در تجزیه و تحلیل بینی و توصیف یافته‌های آناتومیک خود ایجاد و تعریف کرده اند. با پیشرفت و پیشرفت رشته رینوپلاستی، اصطلاحات جدیدی معرفی می‌شود و اصطلاحات خاصی از بین می‌روند. فهرست جامعی از اصطلاحات و تعاریف تشریحی که از مریبان برجسته نسل حاضر جراحان زیبایی بینی مشتق شده و مورد استفاده قرار گرفته اند ارائه شده است. ما امیدواریم که اصطلاحات، واژگان استاندارد و جهانی را برای جراحان زیبایی بینی فراهم کند.

نکات کلیدی

- با پیشرفت و تکامل تکنیک‌های جراحی بینی، اصطلاحات نیز پیشرفت می‌کنند.
- اصطلاحات استاندارد برای برقراری ارتباط شفاف و کارآمد بین جراحان زیبایی بینی بسیار مهم است.

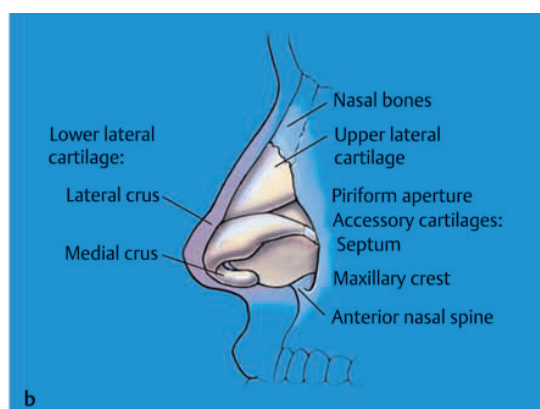
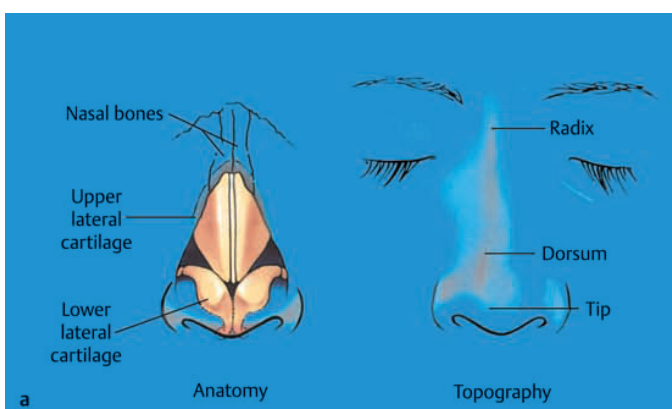
۱.۱ مقدمه

در طول ۴۰ سال گذشته، سمپوزیوم رینوپلاستی دالاس میزبان جراحان برجسته زیبایی بینی بوده است که انجمنی را برای تبادل منظم ایده‌ها و نوآوری‌ها فراهم کرده اند. در زیر فهرستی جامع از اصطلاحات و تعاریف تشریحی است که از مریبان برجسته نسل

کنونی جراحان زیبایی بینی مشتق شده و توسط آنها استفاده شده است. امیدواریم اصطلاحات زیر واژگان استاندارد و جهانی را برای جراحان زیبایی بینی فراهم کند.

۱.۲ اصطلاحات آناتومیک

- **غضروف‌های جانبی:** غضروف‌هایی که انتهای جانبی crura جانبی را به لبه دیافراگم پریفرم متصل می‌کنند (الف و ب). شکل ۱/۱
- **Alae:** بال‌های جانبی. برجستگی گردی که دیواره جانبی سوراخ بینی را تشکیل می‌دهد که از نوک به سمت داخلی به چین نازولیبال از طرف جانبی و از دیواره جانبی بینی به سمت بالا تا لبه آلا به سمت پایین امتداد می‌یابد.
- **پایه آلا:** نقطه ای که آلا با گونه برخورد می‌کند.
- **آلا Flare:** فاصله عرضی بین قاعده آلا (نقطه ای که آلا با گونه برخورد می‌کند) و بیشتر نقطه جانبی لبه آلا.
- **شیار آلا:** فرورفتگی مایل خارجی پوست که از حاشیه دمی صلیبی جانبی پیروی می‌کند و از لبه آلا خارج می‌شود تا در جهت سفالیک تر حرکت کند. نوک آن را به صورت سوپرومدیال از قسمت ضخیم شده آلا به صورت زیرین جدا می‌کند و در محل اتصال گونه به لب فوقانی به صورت می‌پیوندد.
- **لبه Alar:** لبه آزاد تحتانی آلا که از نوک به صورت داخلی تا چین نازولیبال به صورت جانبی امتداد دارد.
- **گنبد (Dome) آناتومیک:** محل اتصال میانی و جانبی که به



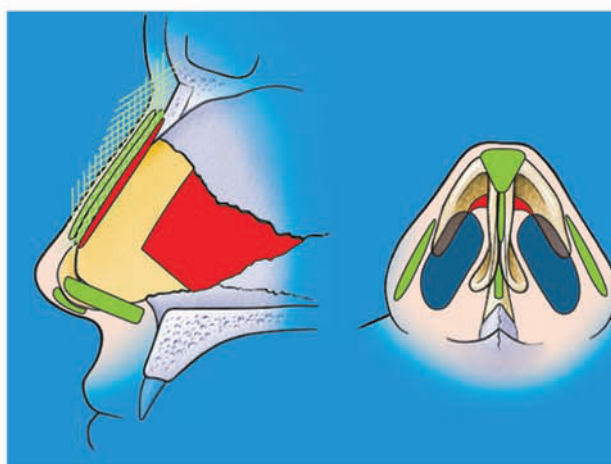
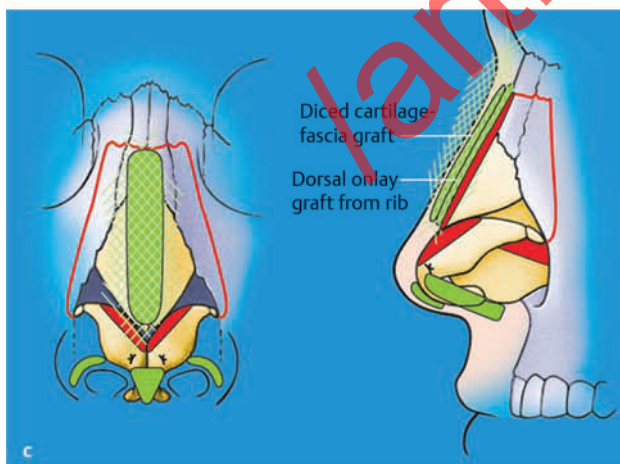
شکل ۱-۱. (الف، ب) غضروف‌های جانبی. غضروف‌های جانبی بینی، انتهای جانبی crura جانبی را به لبه دیافراگم پریفرم متصل می‌کنند.

- به بیماران باید اطلاع داده شود که ناحیه دورسوم ممکن است به طور خفیف قرمز شود. این وضعیت معمولاً بدون نیاز به مداخله برطرف می شود، زیرا عفونت در DCFG بسیار نادر است، اما نظارت دقیق تا زمان برطرف شدن ادامه یابد.
- در صورت نیاز، می توان آنتی بیوتیک خوراکی برای قرمزی مداوم تجویز کرد. بهداشت دقیق داخل بینی با شست و شوی مکرر سالیین و استفاده از پماد موپیروسین می تواند به کاهش ادم، قرمزی (در صورت وجود)، و ادم طولانی مدت کمک کند.
- نتایج نهایی ممکن است بیش از ۱ سال پس از عمل همانند سایر تکنیک های رینوپلاستی تکمیل شود.
- رضایت بیماران معمولاً با این تکنیک بسیار خوب است، به

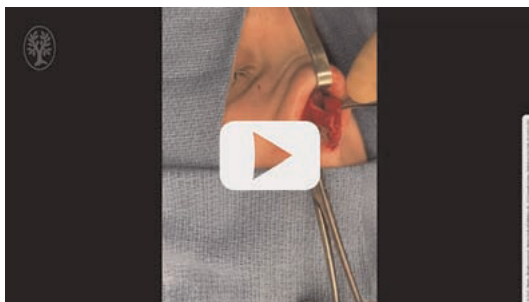
داده شده و اغلب خودبه خود اصلاح شوند. هرگونه بی نظمی یا زائده برجسته مداوم می تواند با رسپینگ ملایم تحت بی حسی موضعی در مطب در بازه زمانی ۹ تا ۱۲ ماهه اصلاح شود.

نکته تخصصی

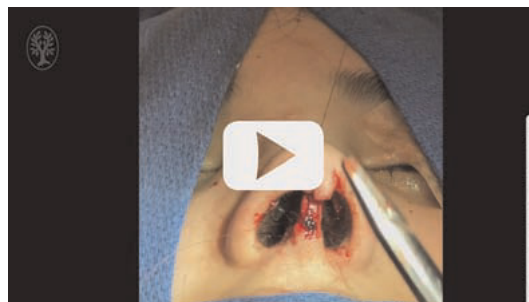
مشاهده مقداری بی نظمی در DCFG غیرمعمول نیست، زیرا این گرافت می تواند در مدت ۶ تا ۱۲ هفته اول متورم باشد. تکنیک های قابل انجام توسط بیمار و همچنین ماساژ، فرم دهی مجدد و چسب زنی جزئی در مطب می توانند از دائمی شدن این بی نظمی ها جلوگیری کنند. این روش ها در ۶ هفته اول بسیار مؤثر هستند اما پس از این دوره نیز می توان آنها را امتحان کرد.



شکل ۱۹-۶. مورد ۲. (الف، ب) یک زن ۲۵ ساله آسیایی-آمریکایی که برای مشاوره جراحی زیبایی بینی مراجعه کرده بود و به دنبال بهبود پشت بینی با سطح صاف و پایین، عدم برآمدگی نوک بینی و گشادی پره های بینی بود. در نمای روبرو، خطوط زیبایی پشت بینی پهن و تقریباً در قسمت میانی بینی محو شده بودند. استخوان های بینی پهن و ارتفاع رادیکس پایین بود که برجستگی ابرو را برجسته می کرد. گشادی پره های بینی قابل مشاهده بود و نوک بینی حالت پیازی داشت. در نمای جانبی، رادیکس پایین و پشت بینی کم برجسته و همچنین برآمدگی نوک بینی کم مشاهده شد. پشت بینی او به طور کلی کم بود و برای دستیابی به میزان افزایش حجم مورد نیاز، ما بحث کردیم که او برای ایجاد یک پشت بینی برجسته مطابق



ویدیو ۳۸-۸. بستن فضای مرده پیوند اکستنشن سپتال.



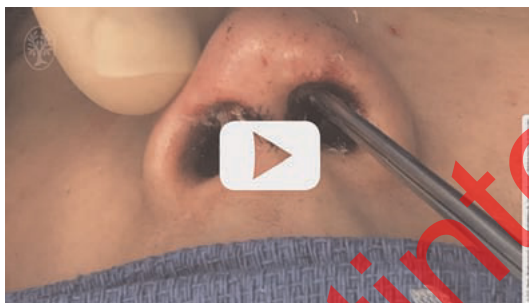
ویدیو ۳۸-۷. بخیه‌های سپتوم.



ویدیو ۳۸-۹. اسپلینت‌های دیویل.



ویدیو ۳۸-۱۰. اسپلینت‌های جانبی.



ویدیو ۳۸-۱۱. سرچیسل.



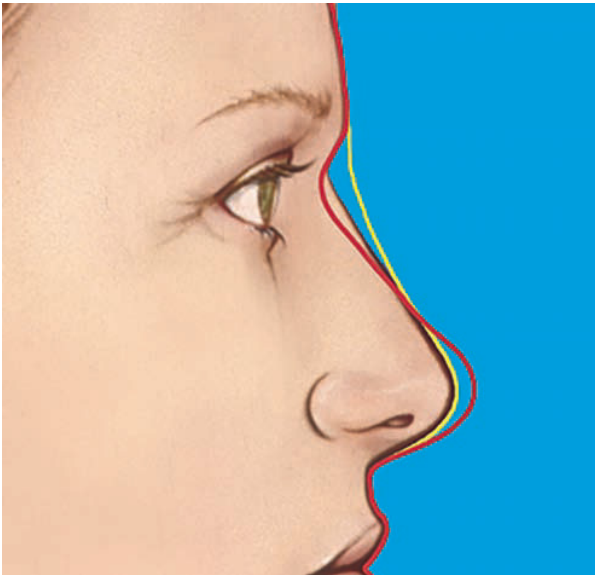
ویدیو ۳۸-۱۲. رینوپلاستی ترمیمی: قسمت ۱.



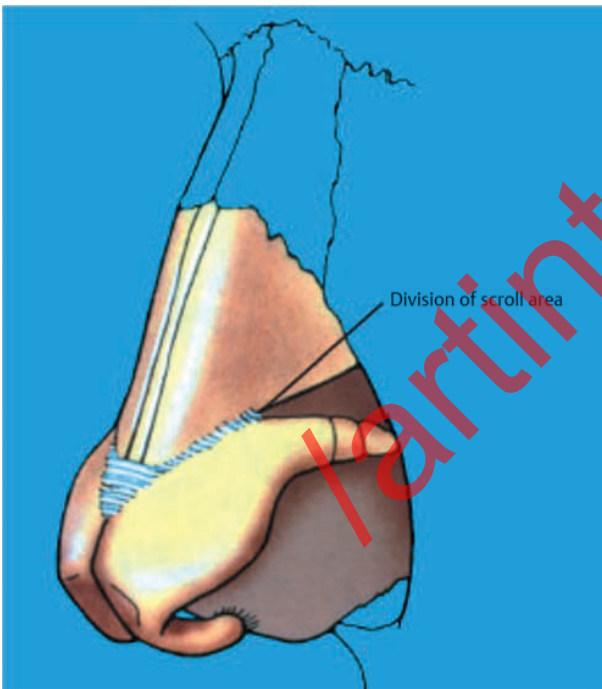
ویدیو ۳۸-۱۳. رینوپلاستی ترمیمی: قسمت ۲.

تنها به اندازه‌ای که برای انجام عمل لازم است. فضای مرده در رینوپلاستی محیطی مساعد برای تجمع بافت اسکار و انقباض غیرقابل پیش‌بینی بافت نرم ایجاد می‌کند.

که امیدوارند از عمل به دست آورند، اهمیت دارد و سپس باید تعیین کرد که آیا این اهداف قابل دستیابی هستند یا خیر. جراحان باید یک روش سیستماتیک برای تحلیل بینی داشته باشند. این امر کلیدی در توسعه یک برنامه جراحی دقیق است که به نگرانی‌های عملکردی و زیبایی‌شناختی رسیدگی کند. رینوپلاستی اولیه فرصتی منحصر به فرد برای جراح فراهم می‌کند تا بافت‌های دست نخورده و آناتومی بومی را دستکاری کند و نتیجه‌ای تولید کند که به اهداف زیبایی‌شناختی و عملکردی پاسخ دهد. از دست دادن پروجکشن نوک بینی یک عارضه معمول بعد از رینوپلاستی اولیه است زمانی که نوک بینی ساختار زیرین کافی نداشته باشد. کنترل تشکیل بافت اسکار با تکنیک جراحی دقیق و تشریح در سطح صحیح آغاز می‌شود.

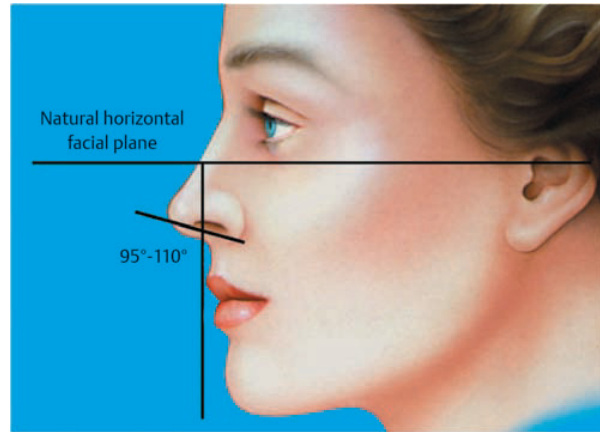


شکل ۵۲-۳. درک طول بینی. اثرات ادراکی مشابهی روی طول بینی با تغییر در موقعیت رادیکس و پروجکشن بینی، پروجکشن تیپ بینی و غیره مشاهده خواهد شد.



شکل ۵۲-۴. رشد بیش از حد سپتوم دورسال. دپروجکشن تیپ بینی مستلزم رها شدن اتصالات اسکرو و رها شدن Suspensory ligament است که Dome ها را به یکدیگر و زاویه سپتوم قدامی متصل می کند. این به غضروف های جانبی تحتانی اجازه می دهد تا به سمت عقب حرکت کنند و از دپروجکشن بشوند.

ویژگی مشترک بینی بلند شناخته شده است. این می تواند باعث برآمدگی بیش از حد تیپ بینی شود و تأثیر متغیری بر چرخش تیپ بینی دارد (شکل ۵۲/۴).



شکل ۵۲-۲. درک طول بینی. درک طول بینی می تواند به طور قابل توجهی با طول بینی اندازه گیری شده واقعی متفاوت باشد. زاویه بینی می تواند به طور قابل توجهی بر درک طول بینی تأثیر بگذارد. زاویه نازولیبیال ایده آل در زنان (۹۵-۱۱۰ درجه) بیشتر از مردان (۹۰-۹۵ درجه) است.

تعریف می شود. Byrd و Hobar بیان کردند که ریشه بینی باید از نقطه Breakpoint ریشه اقتراق داده شود، زیرا رادیکس می تواند به طور غیرعادی قرار گیرد (و بنابراین دلیلی برای طول غیر طبیعی بینی باشد) (شکل ۵۲/۱).

۵۲.۳ طول بینی درک شده در مقابل طول واقعی بینی

- تأثیر زاویه نازولیبیال ۴: زاویه نازولیبیال ایده آل در زنان (۹۵-۱۱۰ درجه) بیشتر از مردان (۹۰-۹۵ درجه) است.
 - زاویه نازولیبیال حاد توهم یک بینی بلند را ایجاد می کند.
 - زاویه نازولیبیال منفرجه توهم بینی کوتاه تر را ایجاد می کند.
- اثرات ادراکی مشابهی روی طول بینی با تغییرات در موقعیت رادیکس / پروجکشن و پروجکشن تیپ بینی مشاهده خواهد شد (شکل ۵۲/۲، شکل ۵۲/۳).

نکته اختصاصی

طول بینی درک شده تحت تأثیر پروجکشن تیپ، چرخش تیپ، پروجکشن dursum، موقعیت رادیکس و پروجکشن ریشه قرار می گیرد.

۵۲.۴ علل بلندی بینی

- چهار عامل اصلی مرتبط با بینی بلند به شرح زیر است:
 - مادرزادی
 - تروماتیک
 - ایاتروژنیک
 - پیری

۵۲/۴/۱ رشد بیش از حد سپتوم غضروفی

- رشد بیش از حد سپتوم غضروفی مدت هاست که به عنوان

• بیماران با عدم تقارن بینی جزئی معمولاً فرم استخوانی پری آپیکال و حمایت خوبی دارند. اینها معمولاً بیمارانی هستند که سابقه شکاف لب ناقص دارند. در این بیماران معمولاً محل اهدا کننده غضروف تیغه بینی به تنهایی برای پیوند مورد نیاز کافی است.

• با این حال، اکثر بیماران شکاف دارای عدم تقارن بینی متوسط تا شدید هستند که در درجه اول به دلیل حمایت ضعیف استخوان پری آپیکال است. در این بیماران، ما احساس می کنیم که استفاده از غضروف دنده به عنوان محل اهدا کننده اولیه غضروف علاوه بر غضروف سپتوم برداشت شده، سودمندترین است.

• تجزیه و تحلیل قبل از عمل ما از ساختار استخوان پری آپیکال به تعیین منبع پیوند غضروف کمک می کند (شکل ۵۷/۶). اگر بیمار حمایت پیریفورم خوبی داشته باشد، غضروف سپتوم معمولاً برای مواد پیوندی در تجربه ما کافی است. اگر در حین عمل دچار کمبود غضروف تیغه ای باشیم، می توانیم از مقدار کمی آلوگراف تازه منجمد غضروف دنده یا غضروف گوش اتولوگ استفاده کنیم تا بسته به نوع پیوندهایی که هنوز مورد نیاز است، تفاوت را جبران کنیم.

• اگر بیمار هیپوپلازی پری آپیکال شدید داشته باشد، علاوه بر غضروف تیغه بینی، پیوند دنده نیز لازم است، زیرا این بیماران بدشکلی شدیدتر با یکپارچگی غضروف ذاتی ضعیف تر دارند.

• اکثر بیماران با سابقه ناهنجاری کامل لب دو طرفه نیز به پیوند غضروف دنده نیاز خواهند داشت زیرا حمایت ساختاری قوی تر و مواد پیوند بیشتر در این بیماران مورد نیاز است.

• مشابه هر روش جراحی بینی، ارزیابی و برنامه ریزی قبل از عمل برای داشتن یک رویکرد روشمند برای ایجاد نتایج قابل تکرار بسیار مهم است. ما معتقدیم که داشتن یک طرح کلی جراحی در مراحل اصلی قبل از جراحی برای هر بیمار بر اساس ارزیابی قبل از عمل بسیار مفید است.

• طرح عمل همراه با عکس های قبل از عمل به اتاق عمل آورده می شود تا تصمیم گیری حین عمل یا انحراف از برنامه را به حداقل برسانند، مگر در موارد ضروری. این باعث می شود تا یک جراحی بینی متمرکز و کارآمد انجام شود.

۵۷/۶ تکنیک های عملیاتی:

جراحی بینی قطعی شکاف

• رویکردهای متعددی برای مدیریت جراحی ناهنجاری شکاف بینی شرح داده شده است. ۱۹، ۹۰، اگرچه از جراحی زیبایی بینی در بیماران غیرشکافی متمایز است، گویورون بر اجرای تکنیک های استاندارد جراحی زیبایی بینی برای جراحی بینی

قطعی شکاف تاکید کرد.

- رینوپلاستی شکاف ثانویه برگرفته از تکنیک ها و رویکردهای پیوند مشابهی است که از جراحی زیبایی نشأت گرفته است.
- تکنیک های مورد استفاده باید تمام پایه های استخوانی و غضروفی بینی و همچنین تمام اجزای راه هوایی عملکردی بینی را بررسی کنند.

۵۷/۶/۱ برداشت غضروف دنده

اگر غضروف دنده اتولوگ برای این روش انتخاب شود، این غضروف اغلب از ناحیه سنکندروز برداشت می شود.

- یک برش عرضی پوستی تقریباً ۳ سانتی متری استفاده می شود.

• در زنان، این در امتداد چین زیر پستانی داخلی قرار می گیرد و اطمینان حاصل می کند که از وسعت داخلی چین زیر پستانی فراتر نمی رود، که ممکن است منجر به نمایان شدن اسکار پس از عمل در لباس های خاص شود.

• در مردان، قرار دادن برش آنچنان مهم نیست، مگر اینکه بیمار دارای ناحیه ای مودار باشد که در آن برش را استتار کند. در غیر این صورت، برش را می توان مستقیماً روی دنده انتخابی برای تسهیل تشریح ایجاد کرد.

- فاسیای راست قدامی به صورت افقی باز می شود و عضله راست شکمی نمایان می شود.

• عضله رکتوس شکم به صورت عمودی در امتداد فیبرهایش جدا شده و جدا می شود تا دیواره قفسه سینه نمایان شود.

- پریکندریوم در ناحیه مستقیم ترین بخش غضروف دنده ای که در سنکندروز مشخص شده است باز می شود.

• دیسکسیون ساب پریکندریال در طول مستقیم غضروف انجام می شود.

- طول غضروف ۳ سانتی متری معمولاً برای گرافت های غضروفی برنامه ریزی شده در اکثر جراحی های بینی شکاف کافی است. قسمت غضروف ترجیحاً در یک تکه برداشته می شود.

• سپس محل اهدا کننده به صورت لایه هایی از جمله پریکندریوم، در صورت امکان، فاسیای راست قدام، فاسیای سطحی و پوست بسته می شود. عضله راست شکم معمولاً اگر به صورت عمودی در امتداد رشته های خود تقسیم شود نیازی به نزدیکی ندارد.

۵۷/۶/۲ پایه استخوانی پایه بینی

- شالوده استخوانی پری آپیکال بینی ممکن است با افزایش لبه پیریفرم و قوس آلوئولی قدامی فک بالا تقویت شود. ۱۲، ۲۶
- هیپوپلازی پری آپیکال حل نشده بر نتیجه نهایی جراحی

حقایقی که باید بدانید.

رینوپلاستی چیست؟

رینوپلاستی (جراحی بینی) عملی است که می تواند تغییراتی در ظاهر، ساختار و عملکرد بینی ایجاد کند. می تواند اندازه بینی را کاهش یا افزایش دهد، شکل تیپ بینی را تغییر دهد، عرض سوراخ های بینی را باریک کند یا زاویه بین بینی و لب بالایی را تغییر دهد. این جراحی همچنین می تواند به اصلاح نقایص مادرزادی، آسیب های بینی و رفع برخی از مشکلات تنفسی کمک کند. یک نوع جهانی جراحی بینی وجود ندارد که نیازهای هر بیمار را برآورده کند. جراحی زیبایی بینی برای هر بیمار بسته به نیاز شما سفارشی می شود.

کاندید کیست؟

بهترین کاندیدها برای جراحی زیبایی بینی، افراد سالمی هستند که به دنبال بهبود - نه کمال - در ظاهر بینی خود هستند یا مشکلات تنفسی در بینی خود دارند. علاوه بر انتظارات واقع بینانه، سلامت خوب و ثبات روانی از ویژگی های مهم برای بیمار در نظر گرفتن جراحی بینی است. سن نیز ممکن است مورد توجه قرار گیرد. بسیاری از پزشکان ترجیح می دهند که نوجوانان را تا زمانی که جهش رشد خود را کامل نکرده اند، جراحی نکنند - معمولاً در دختران در حدود ۱۴ یا ۱۵ سالگی و برای پسرها کمی دیرتر. مهم است که سازگاری های اجتماعی و عاطفی نوجوان را در نظر بگیرید و مطمئن شوید که آن چیزی است که آنها واقعاً می خواهند، نه والدینشان. آیا ملاحظات بهداشتی وجود دارد که من را رد صلاحیت کند یا خطرات جراحی بینی را افزایش دهد؟

عمده منع مصرف برای افرادی است که مشکلات سلامتی جدی مانند بیماری قلبی یا ریوی دارند. از آنجایی که رینوپلاستی یک جراحی انتخابی است که شامل استفاده از بیهوشی است، فواید آن باید به دقت در برابر خطرات آن سنجیده شود. برای یک فرد سالم، خطرات حداقل است. اما برای فردی که وضعیت پزشکی قابل توجهی دارد، ارزیابی دقیق تر حیاتی است. اگر پس از مشاوره با دکتر روه ریچ و مجوز پزشکی توسط پزشک خود، جراحی را انتخاب کردید، باید در یک محیط کنترل شده، در بیمارستان، تحت بیهوشی عمومی انجام شود.

آیا روش های جایگزینی برای جراحی بینی وجود دارد؟

در واقع هیچ جایگزینی برای جراحی بینی وجود ندارد که نتایج مشابهی از تغییر شکل بینی شما داشته باشد. گزینه جایگزین انتخاب عدم انجام عمل جراحی است. برخی از اختلالات راه هوایی داخلی بینی ممکن است نیازی به جراحی در قسمت خارجی بینی نداشته باشند. خطرات و عوارض بالقوه با اشکال جایگزین درمان که شامل جراحی، مانند سپتوپلاستی، برای اصلاح اختلالات راه هوایی بینی است، مرتبط است.

چه کسی را برای روش خود آماده کنم؟

مهمترین گام اول مصاحبه با چندین جراح پلاستیک دارای گواهی هیئت مدیره و جمع آوری اطلاعات تا حد امکان در مورد این عمل است - از جمله آنچه که مستلزم آن است، بهبودی، خطرات و عوارض احتمالی، هزینه ها، نوع امکاناتی که جراحی در آن انجام می شود و نوع بیهوشی که قرار است استفاده شود. بسیاری از جراحان به تصاویر رایانه ای دسترسی دارند که به شما امکان می دهد ببینید بعد از جراحی چه شکلی خواهید داشت. شما باید با جراح خود صحبت کنید که چه کارهایی انجام می دهید و چه چیزهایی را دوست ندارید در مورد جایگزین های مختلف. ارتباط خوب بین شما و پزشک ضروری است. مطمئن شوید که با جراح که این روش را انجام می دهد راحت و مطمئن هستید. داشتن یک بیمار آگاه و تحصیل کرده بسیار مهم است.

در طول دوره دو هفته ای قبل از عمل، نباید هیچ دارویی حاوی آسپرین مصرف کنید زیرا آسپرین بر توانایی لخته شدن خون شما تأثیر می گذارد و می تواند تمایل شما را به خونریزی در زمان جراحی و در طول دوره بعد از عمل افزایش دهد. اگر به داروهای ضد درد جزئی نیاز دارید، تیلنول را مصرف کنید. اگر از هر گونه ویتامین، داروی گیاهی یا مکمل استفاده می کنید، به پزشک خود اطلاع دهید، زیرا این موارد نیز می توانند در حین جراحی مشکلاتی ایجاد کنند. دستورات پزشک خود را دنبال کنید. او ممکن است از شما بخواهد که مصرف داروها یا مکمل های خود را به مدت دو هفته قبل از جراحی متوقف کنید. برخی از داروهای هومیوپاتی که قبل از جراحی مصرف می شوند می توانند منجر به درد و کبودی کمتر، بافت اسکار کمتر و بهبود کلی بهتر شوند. از هفت روز قبل از جراحی، مصرف پیکنوزنول یا عصاره هسته انگور (یک قرص دو بار در روز) را شروع کنید که یک عامل ضد التهابی است و به ترمیم بافت کمک می کند، ۵۰۰ میلی گرم. ویتامین C، دو بار در روز، که به بهبودی کمک می کند. و ۶۰ میلی گرم روی، یک بار در روز، که به کبودی کمک می کند و باعث ترمیم بافت می شود. از سه روز قبل از جراحی، آرنیکا موتانا (نابودی پلنگ)، چهار قرص، دو بار در روز، که به کاهش خونریزی

این جمعیت بیمار بدون ترخیص قبلی روانپزشکی: ۱۰، ۱۱، ۱۲
 ○ BDD و BPD ممکن است در ۱۵٪ از بیماران در یک عمل زیبایی شناسی رخ دهد و می تواند از طریق صفات جزئی یا اصلی ظاهر شود.

○ بیماران با BDD یا BPD واقعی بعید است که با جراحی زیبایی راضی شوند. عمل جراحی ممکن است در واقع وضعیت پیش از بیماری آنها را بدتر کند.

○ بیمارانی که با این تشخیص ها مطابقت دارند از روان درمانی از جمله درمان شناختی رفتاری و دارودرمانی بهره می برند و باید بر این اساس ارجاع داده شوند.

خط های قرمز و علائم هشدار ۳،۱۰،۱۱،۱۲،۱۳،۱۴

اشتغال به یک یا چند نقص یا نقص در ظاهر فیزیکی که قابل مشاهده نیست یا برای دیگران ناچیز به نظر می رسد. بین شدت مشکل و شدت اشتغال به آن قطع رابطه کنید. اشتغال بیش از ۱ ساعت در روز به ظاهر (نگاه کردن به آینه، استتار).

اعتقاد به این که دیگران نیز مشکل را به شدت درک می کنند که بیمار.

سابقه اختلالات روانپزشکی (به بالا مراجعه کنید).

سابقه تجارب نامطلوب دوران کودکی از جمله سوء استفاده عاطفی، غفلت عاطفی، سوء مصرف مواد خانوادگی، یا بیماری روانی خانوادگی.

سابقه اخیر وابستگی به تنباکو یا نیکوتین.

سابقه شرم شدید بدن.

رفتار خودآزاری.

درخواست های قبلی برای جراحی با اقدامات جراحی زیبایی قبلی برای نگرانی های مشابه انجام شده است. نارضایتی نسبت به جراح یا جراح قبلی.

برخی از بیماران درگیر رفتارهای دوگانه هستند، الگویی از رفتار مخرب که در آن ممکن است جراح را بت کنند اما کارکنان را شیطانی جلوه دهند، یا برعکس بین ارائه دهندگان مختلف. رفتار این بیماران را تجزیه و تحلیل کنید و سعی کنید تفاوت های ظریف نگرش آنها را درک کنید. آیا آنها واقعاً می توانند ناامیدی را از سایر زمینه های زندگی خود جابجا کنند؟ آیا آنها ترجیحاً ناامیدی خود را متوجه کارکنان شما می کنند که ممکن است (به اشتباه) آنها را کمتر در نتیجه جراحی خود تلقی کنند؟ آیا ممکن است آنها احساساتی از روابط شخصی قبلی خود یا پویایی قدرت با قدرت یا شخصیت های والدین را به شما به عنوان یک تامین کننده فراقکنی کنند؟ آنها چگونه از نظر عاطفی با نظرات شما یا پیشنهادات کارکنان شما برخورد می کنند در حالی که این پیشنهادات با انتظارات

اخلاقی، یا سوء استفاده از زمان یا انرژی کارکنان مطب شما فراتر از محدودیت های مراقبت بالینی معقول و سخت گیر، مطرح شوند، مهم است.

توانایی «نه» گفتن در مواقع ضروری به شما این امکان را می دهد که به بیمار کمک کنید اولویت های خود را متمرکز کند. این به شما کمک می کند تا با کنار گذاشتن حواس پرتی یا بحث ها و خواسته های مماس، تصمیم گیری خود را تیز کنید.

اگرچه ممکن است برای جراح بی تجربه به نظر برسد که گفتن «بله» به درخواست های بیماران، خوشحالی آن ها را تضمین می کند، نقطه گذاری برخی از تعاملات بیمار با «نه» در واقع باعث ارتقای یک رابطه پزشک و بیمار مبتنی بر احترام متقابل، مرزهای سالم و مسئولیت پذیری می شود.

تصویربرداری کامپیوتری

انتظارات واقع بینانه تعیین کنید.

تاکید کنید که تصویربرداری کامپیوتری فقط آموزشی است و نتیجه را تضمین نمی کند. ۹.

یک تصویر متوسط برای اهداف شبیه سازی، آموزش و بحث ایجاد کنید. یک تصویر مجازی کامل ایجاد نکنید. بیماران ممکن است به آن ایده آل وابسته باقی بمانند که ممکن است لزوماً در شرایط بالینی آنها قابل دستیابی نباشد.

مطمئن شوید که انتظارات آنها و برنامه عملیاتی شما در راستای نتایج واقع بینانه است.

نکته تخصصی

اگر برنامه ریزی رایانه، ایمیل های رفت و برگشتی اضافی برای تغییرات درخواستی بیشتر فراتر از سه اولویت اصلی مورد بحث ایجاد می کند، اکیداً به آن بیمار عمل نکنید.

در مواقع لزوم از هنر و قدرت "نه" استفاده کنید: "من آنقدر خوب نیستم که بتوانم نتیجه ای را که می خواهید به شما بدهم!"

نکته تخصصی

همیشه در وعده و بیش از تحویل!

۶۲/۱۳ زمانی که کار نمی کند

بیماری زمینه ای روانپزشکی

اگرچه منع عمل جراحی نیست، اما بیمارانی که برای درمان بیماری روانی زمینه ای خود (افسردگی، اضطراب و غیره) برای جراحی مراجعه می کنند باید به روانپزشک یا متخصص سلامت روان ارجاع داده شوند.

غربالگری برای BDD و BPD و اجتناب از جراحی زیبایی در