

دکتر سارینا حسن پور درگاه

ترجمه

دکتر سارینا حسن پور درگاه

دکتر سید قاسم میربابا

دستیاران تخصصی جراحی دهان، فک و صورت
دانشگاه علوم پزشکی کرمان

زیر نظر:

دکتر موسی محمودی

مدیر گروه جراحی دهان، فک و صورت
دانشگاه علوم پزشکی کرمان

2

ویراست دوم

artintelo.com

دانی که چرا دارم کفایت شدیم؟

ناکرده‌کن، چنین مجازات شدیم؟

کشتیم خرد؛ دارنیم دانش را،

در بند و اسیر صد خرافات شدیم

مولانا

رینوپلاستی یکی از پیچیده‌ترین و در عین حال ظریف‌ترین جراحی‌های زیبایی و ترمیمی صورت است که نیازمند تلفیقی از دانش، تجربه، و دیدگاه هنری جراح می‌باشد. کتاب «تئوری رینوپلاستی» نوشته دکتر تئودان دوغان، رویکردی مدرن و مبتنی بر مینیمالیسم به جراحی بینی ارائه می‌دهد که تلفیقی از دقت تکنیکال و حفظ سافت‌های طبیعی بینی است.

آنگه این اثر را از سایر منابع مشابه متمایز می‌کند، پرداختن به جنبه‌های فلسفی، آناتومیک و تکنیکی رینوپلاستی به صورت منسجم و عملی است. دکتر دوغان در این کتاب، خلاصه‌ای از تجربه‌ی حرفه‌ای خود را با نگاهی ساختارمند و قابل‌فهم برای جراحان جوان به تصویر می‌کشد.

با توجه به کمبود منابع فارسی‌زبان که به‌روز، کاربردی و با دیدگاه معاصر نگاشته شده باشند، ترجمه این کتاب را گامی ضروری برای غنی‌تر کردن کتابخانه علمی جراحان پلاستیک، فک و صورت، و گوش و حلق و بینی دانستیم.

در عین ترجمه تلاش شده است که مفاهیم علمی به دقت منتقل شوند و در عین حال روانی متن حفظ شود. برخی اصطلاحات تخصصی نیز به صورت حاشیه‌ای توضیح داده شده‌اند تا استفاده‌ی آموزشی آن برای همکاران جوان‌تر ساده‌تر شود.

در پایان، لازم می‌دانم از استادان، همکاران و ناشری که در انتشار این کتاب همراهی کردند، سپاسگزاری کنم. امیدوارم مطالعه این اثر، مسیر حرفه‌ای شما در جراحی بینی را الهام‌بخش‌تر و پربارتر سازد.

سارینا حسن پور درگاه

سید قاسم میربابا

فهرست مطالب

۹	۱. مقدمه
۱۱	۲. فلسفه
۱۵	۳. مبانی جراحی
۲۱	۴. اصول جراحی
۳۹	۵. آماده‌سازی جراحی
۴۳	۶. تکنیک جراحی
۱۳۹	۷. مانورهای تکمیلی
۱۵۷	۸. مدیریت انحراف بینی
۱۶۵	۹. کیس‌های ثانویه
۱۷۵	۱۰. حل مشکل
۱۷۹	۱۱. کامپلیکشن و ریویژن
۱۹۱	۱۲. آنالیز کیس
۲۱۹	۱۳. ابزار و وسایل

فصل اول

مقدمه

artinteb.com



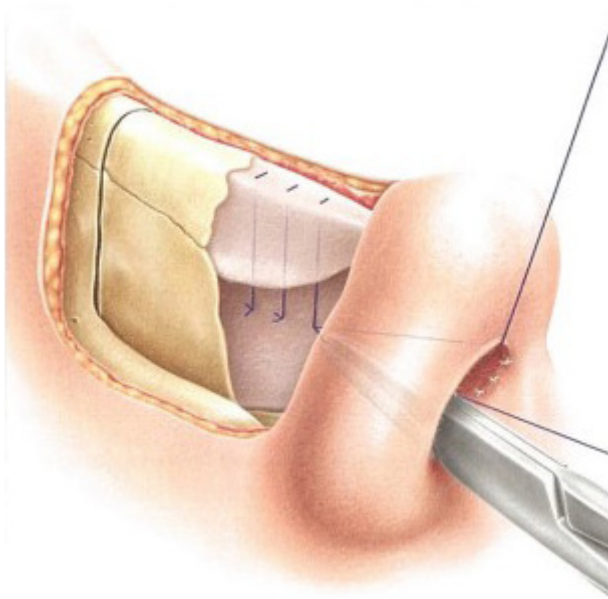
در نسخه اول این کتاب، به تشریح فلسفه جراحی بینی و کاربردهای آن پرداختیم. از زمان انتشار آن نسخه، تغییراتی در تکنیک‌های جراحی‌ام ایجاد کرده‌ام که مدت زمان عمل را تقریباً به نصف کاهش داده و نتایج آن را بسیار قابل پیش‌بینی‌تر کرده است.

در ویرایش دوم، تلاش کرده‌ام مطالب مطرح‌شده در نسخه پیشین را گسترش داده و به نکات ظریف و پیچیدگی‌هایی که در حین و پس از جراحی بروز می‌کنند، بپردازم.

در این نسخه، بخش‌هایی به جراحی‌های ترمیمی (Revision Rhinoplasty) اختصاص داده‌ام. هنگام نگارش نسخه نخست، تمرکز اصلی من بر روی موارد اولیه جراحی بینی بود و برای مدت طولانی، به ندرت موارد ترمیمی را می‌پذیرفتم. اما زمانی که تکنیک‌هایم به‌خوبی تثبیت شدند، همان اصول را در موارد ریویژن نیز به کار بردم. به طرز شگفت‌انگیزی مشاهده کردم که جراحی‌هایی که پیش‌تر ۴ تا ۵ ساعت زمان می‌بردند و بسیار چالش‌برانگیز بودند، اکنون در کمتر از یک ساعت، نتایج درخشانی به همراه دارند.

این رویکرد همچنان در حال تکامل است، و در این کتاب تنها به جنبه‌هایی پرداخته‌ام که از آن‌ها اطمینان دارم.

علاوه بر محتوای به‌روزرسانی‌شده، مجموعه‌ای غنی از عکس‌ها، فیلم‌ها و تصاویر بالینی نیز به کتاب افزوده‌ام. من به قدرت تصویر در انتقال تجربه‌ای که گاه جنبه‌ای هنری دارد، باور دارم. امیدوارم اطلاعاتی که در این کتاب گنجانده‌ام، همان‌گونه که برای من ارزشمند بوده، برای شما نیز سودمند باشد. در نهایت، تمام آنچه آموخته‌ایم، از طریق دستان ما به بیماران منتقل می‌شود.

(Teo Dorsal Suture)

این سوچور باید به صورت کور (بلایند) و بدون ایجاد دایسکشن در پوست یا تشکیل پاکت بافت نرم، انجام شود. این کار با تکنیک percutaneous suture که در مرحله ۱۳ به تفصیل توضیح داده خواهد شد، انجام می‌شود.

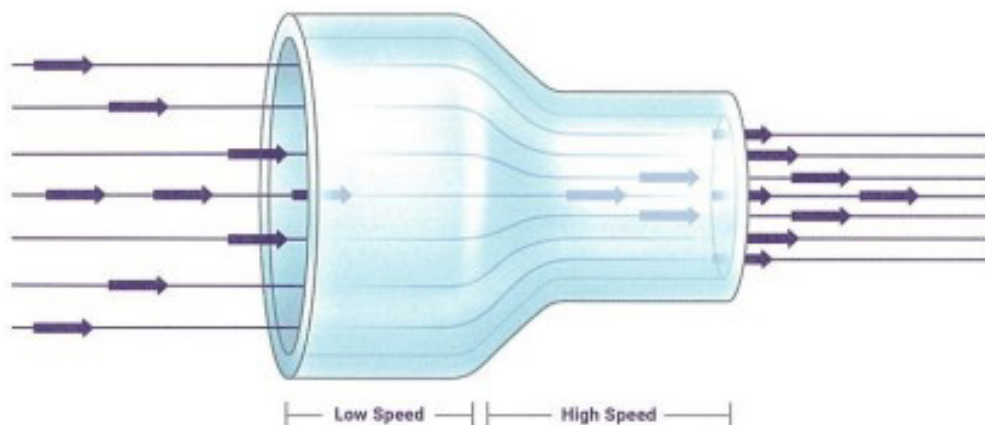
یکی از مزایای مهم این سوچور، کمک به صاف و یکدست شدن دورسوم بینی در هنگام مانور push down است. در صورت نیاز می‌توان از چند سوچور استفاده کرد تا تثبیت بهتری ایجاد شود.

فیزیولوژی جدید تنفس

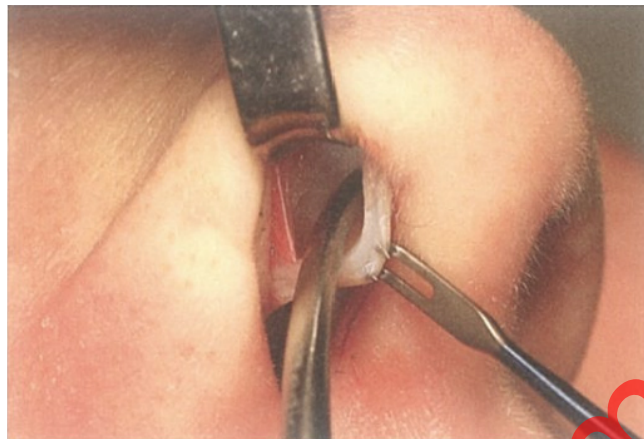
تنفس واقعی به میزان هوایی که به سطح آلئولی ریه‌ها می‌رسد بستگی دارد، نه صرفاً به حجم هوای ورودی به بینی. برای رسیدن هوا به آلئول‌ها، لازم است هوا شتاب گرفته و انرژی جنبشی کسب کند.

اثر ونتوری (Venturi Effect)

بر اساس این فیزیکی، هوا در کانال‌های باریک‌تر سریع‌تر از کانال‌های پهن‌تر جریان می‌یابد؛ به عبارت دیگر، باریک شدن مسیر جریان باعث افزایش سرعت هوا می‌شود.



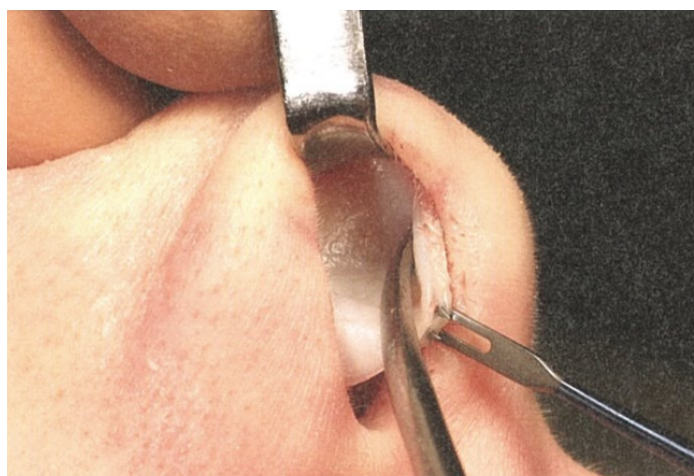
■ برای عمیق تر شدن، انتهای کوتاه double retractor (crile) خود را وارد کنید و با انگشت وسط دست چپ پوست آلا را ثابت کنید. فقط با فشار دادن روی سطح غضروف اکسپوز شده دایسکت کنید. این کار به راحتی پریکندریوم را جدا می کند.



■ تا زمانی که انتهای کرانیال لترال کرو را ببینید، لیگامان scroll را برش دهید و دایسکت کنید.

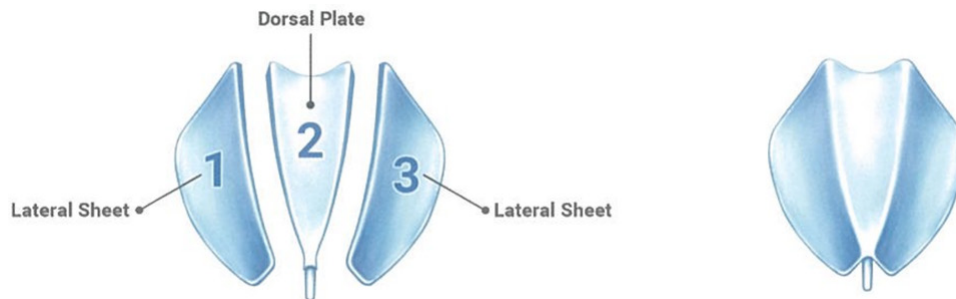


■ به سمت dome حرکت کنید. هر بار که جلو می روید، دستیار شما باید double hook کوچک را دوباره وارد کرده و جلو ببرد.

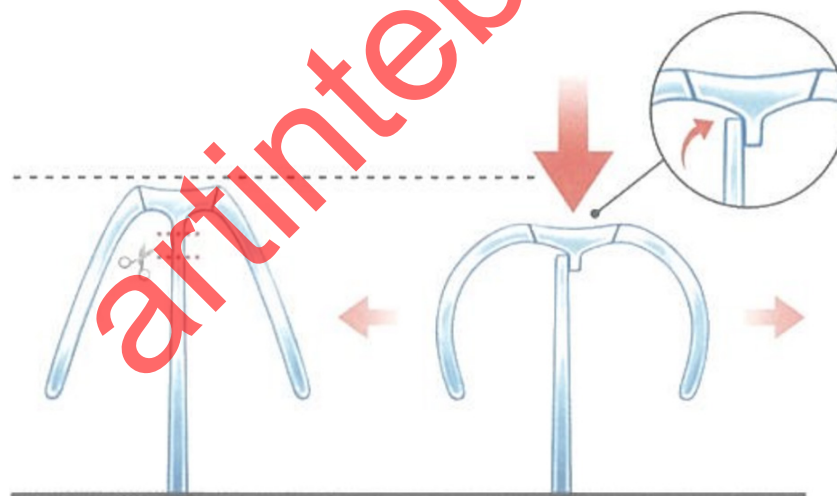


۱۴. آزاد سازی غضروف upper lateral

غضروف upper lateral دارای سه قسمت صفحه دورسال ضخیم و دو ورقه نازک جانبی است. همه قسمت‌ها در زیر ساختار استخوانی با چسبندگی قوی گسترش می‌یابند.



هنگامی که دورسوم به پایین فشار داده می‌شود، استخوان‌های بینی به داخل آنتروم بینی می‌لغزند. با این حال، ورقه‌های جانبی غضروف upper lateral جایی برای پایین رفتن ندارند، که منجر به تجمع کشش در زیر صفحه دورسال می‌شود، که باعث خم شدن جانبی و گشاد شدن یک سوم میانی بینی می‌شود. این کشش دورسال و کودال است. به همین دلیل، کشش باید در محل اتصال ورقه‌های لترال با صفحه دورسال آزاد شود، از ناحیه W شروع شده و تا نیمه در جهت سفالیک امتداد یابد. کوتاه کردن لبه‌های تحتانی ورقه‌های جانبی یا امتداد برش سفالیک به استخوان موثر نخواهد بود.



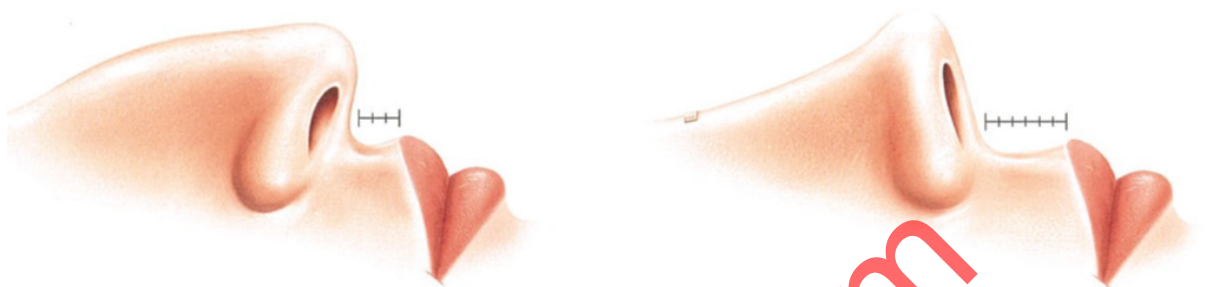
تکنیک:

به منظور حفظ یکپارچگی، پس از قرار دادن بخیه فیکساسیون دورسال و پایداری دورسوم، ریداکشن غضروف upper lateral انجام می‌شود. انتهای کوچک رترکتور خود را در تونل دورسال قرار دهید. بسته به کاری که قبلاً روی دورسوم انجام شده است و تعداد و موقعیت بخیه ثابت دورسال، دستیار شما نیز ممکن است به عقب کشیدن کمک کند.

با استفاده از قیچی iris، محل اتصال غضروف upper lateral و سپتوم را برش دهید. این برش شامل مخاط زیرین نیز می‌شود. البته ممکن است فرد تونل‌های زیر مخاطی ایجاد کند و از بریدن مخاط خودداری کند، اما این نه تنها یک مانور بسیار دشوار است، بلکه ضروری هم نیست، زیرا مخاط در این محل اتصال بسیار نازک است و چند روز پس از جراحی بهبود می‌یابد.

برداشتن سپتال کودال

سپتوم کودال بیش از حد باعث افزایش طول بینی می‌شود یا ممکن است باعث دفورمیتی هنگینگ کلوپلا شود. یک یافته معمولی در بینی بلند، کوتاه بودن لب بالایی است. برعکس نیز صادق است و بینی کوتاه باعث بلندتر شدن لب بالایی می‌شود.



در هر صورت، باید در مورد مزایای ریداکشن کودال تصمیم بگیرید. به خاطر داشته باشید که اگرچه حاشیه خطای شما زیاد است، سپتوم‌های بیش از حد برداشته شده ممکن است به راحتی به کلوپلا رترکت شده ختم شوند. به همین دلیل، من یک ریداکشن کنترل شده با چند برش کوچک را توصیه می‌کنم. این ریداکشن باید قبل از بخیه زدن تئواسترات در محل انجام شود زیرا طول سپتوم روی موقعیت این پیوند تأثیر می‌گذارد. به همین دلیل، هنگام تصمیم‌گیری در مورد موقعیت تئواسترات، باید تصمیم بگیرید که آیا اکسیژن ضروری است یا خیر. من به شخصه، اکسیژن کودال را تنها در یک چهارم بیمارانم انجام می‌دهم.

تکنیک:

قبل از اینکه تئواسترات در محل خود بخیه شود، قسمت کودال غضروف سپتوم را با استفاده از یک تیغ ۱۵ مرحله به مرحله برش دهید. در صورت لزوم می‌توانید اکسیژن بیشتری از پایین یا از بالا انجام دهید.



کیس شماره ۵:

نتیجه ۲,۵ سال بعد از عمل. شکایت اصلی او تیپ و قوز او بود.

تنفس او از هر دو طرف خیلی خوب نبود و در حین ویزیت مشاهده کردم که سپتوم منحرف شده بود و هر دو طرف را مسدود کرده بود. انحراف او قابل مشاهده نبود و انحراف محوری بینی از خارج وجود نداشت. کلوملا نیز به طرز شگفت‌انگیزی در خط وسط قرار داشت. تنفس او با اصلاح زاویه resting به طور کامل بهبود نیافت، که همچنین اندیکاسیونی برای کار روی سپتوم در حین جراحی بود. ژنتیک او با ژن‌های اصلی ترک بومی خاورمیانه آمیخته بود و من را به خاطر غضروف‌های بسیار ضعیف و سپتوم بسیار کوچک نگران کرد.

بینی اش صاف و صورتش تقریباً متقارن بود. من مجدداً یک عمل جراحی پلاستیک استاندارد بسته با ۲۰ مرحله انجام دادم. همچنین برای اصلاح انحراف تیغه بینی، یک استریپ بزرگ تحتانی و مقداری از غضروف را برداشتم. من از نوار پایینی برای تثبیت استفاده کردم که در سمت راست او با زاویه ۸۰ درجه بود. دور سوم در سمت چپ او ماند. من از ۲ بخیه فیکسیشن دور سال استفاده کردم. غضروف‌های او بسیار قوی‌تر از چیزی بود که انتظار داشتم، و گر نه می‌توانستم سراغ تاکو تثبیت‌ها بروم.



در جراحی تئورینوپلاستی تنها از ۲۷ ابزار زیر استفاده می‌کنیم.

■ دو دسته اسکالپل جراحی:

هر دو فرم گرد. یکی برای تیغ شماره ۱۱# و دیگری برای تیغ شماره ۱۵# هر دو تیغ را در طول جراحی آماده نگه دارید.

توصیه بودجه: هر برندی این کار را انجام خواهد داد.



■ جمع کننده آلار گوبیش-کیلنر^۱:

این یک هوک دابل نازال به طول ۸ سانتی متر است. نوک آن تیز است، ۱۰ میلی متر از هم فاصله دارد و دارای قوس قلاب ۵ میلی متری است. هوک‌های دوتایی بزرگتر جایی در ست‌های ما ندارند.

توصیه بودجه: همه برندها تقریباً یکسان هستند.



■ یک جفت هوک کوچک:

انواع Guthrie یا Freer هر دو مناسب هستند.

توصیه بودجه: این‌ها ابزارهای بسیار ظریفی هستند که مدت زیادی دوام نمی‌آورند. پس بهتر است یک جفت ارزان قیمت بخرید.



■ رترکتور بینی کتل^۲:

این یک رترکتور ورید است و به شکل‌های مشابه آن رترکتور رگ کوشینگ می‌گویند. برای رویکرد باز، از اندازه متوسط استفاده کنید. برای یک رویکرد بسته، از اندازه کوچکتر استفاده کنید. هر دو اندازه را در دسترس داشته باشید، اما فقط یکی را روی میز نگه دارید.

توصیه بودجه: هر برندی کار خواهد کرد. نیازی به خرید بهترین‌های موجود در بازار نیست.



- 1- Gubisch-kilner alar retractor
- 2- Cottle nasal retractor

دایسکتور ساب پریکندریال:

اگر می‌خواهید بر دایسکشن صفحه ساب پری کندریال مسلط شوید، باید دایسکتور ساب پریکندریال را داشته باشید که من طراحی کردم. **توصیه بودجه:** این ابزار ساده است اما فولاد و جزئیات آن تفاوت را ایجاد می‌کند. اورجینال را بخرید، چندین دهه دوام خواهد آورد.



دریل ریم آلار:

این مته که من طراحی کردم برای قرار دادن پیوند ریم استفاده می‌شود. **توصیه بودجه:** همانند دایسکتور ساب پریکندریال.



سوزن گیر:

شما به یک سوزن گیر خوب حدود ۱۲ سانتی متری با نوک‌های ظریف برای نگه داشتن بخیه‌های ۰/۶ نیاز دارید. **توصیه بودجه:** این نیز یک قطعه بسیار مهم است. یک خوب و نرم بخرید که با آن راحت باشید. من توصیه می‌کنم یکی با نوک تنگستن تهیه کنید.



چکش (ملت):

برای استئوتومی از چکش ساین متوسط استفاده کنید. **توصیه بودجه:** یکی را بخرید که مناسب دست شما باشد. کیفیت مهم نیست.

