

جراحی دهان و فک و صورت - دکتر میثم محمدی خواه

۱۳۱- در بیماری با اختلال شدید کبدی، به کدام یک از دلایل ذیل برای جراحی داخل دهان ممکن است نیاز به

بستری شدن داشته باشد؟

(الف) افت فشار خون وضعیتی

(ب) ریسک آنسفالوپاتی

(ج) عدم امکان متابولیزه کردن داروهای بی‌حسی

(د) احتمال بروز عفونت بعد از جراحی

پاسخ: گزینه ب صحیح است.

فصل ۱ پارسه، صفحه ۱۵، ستون اول و آزمون جامع سوم پارسه سؤال ۱

بیماری‌های کبدی می‌توانند باعث افزایش فشارخون ورید باب (Port) شوند که در نتیجه آن بزرگی طحال و تخریب پلاکت‌ها (ترومبوسیتوپنی) رخ می‌دهد. کمبود پلاکت با اندازه‌گیری شمارش پلاکت (PC) و همچنین تست Bleeding Time (BT) مشخص می‌شود. بیماران دارای اختلالات شدید کبدی نمی‌توانند نیتروژن موجود در خون بلعیده‌شده را متابولیزه کنند و در نتیجه مستعد آنسفالوپاتی هستند؛ بنابراین بهتر است جهت انجام جراحی‌های دهان بستری شوند.

سوالات آزمون جامع ۳ (درس جراحی)

۸۱- در کدامیک از شرایط سیستمیک زیر بیمار به علت عدم توانایی در متابولیزه کردن نیتروژن موجود در خون بلعیده شده،

مستعد آنسفالوپاتی است؟ (آسان)

(الف) هایپرتنشن (ب) CHF (ج) نارسایی کبد (د) COPD

گزینه ج صحیح است.

فصل ۱ جراحی پیترسون، ص ۱۵. بیماران دارای اختلالات شدید کبدی نمیتوانند نیتروژن موجود در خون بلعیده شده را متابولیزه کنند و در

نتیجه مستعد آنسفالوپاتی هستند؛ بنابراین بهتر است جهت انجام جراحی‌های دهان بستری شوند.

۱۳۲- وضعیت کاتابولیک - متابولیسم مانعی در جهت ترمیم زخم بعد از جراحی می‌باشد. تمام گزینه‌های ذیل با همین مکانیسم مانع ترمیم زخم می‌شود، بجز:

الف) دیابت ملیتوس کنترل نشده نوع یک

ب) بیماری‌های بدخیم

ج) بیماری پیشرفته کلیه

د) الکلیسم

پاسخ: گزینه د صحیح است.

فصل ۳ پارسه، صفحه ۳۶، ستون دوم

وضعیت‌های زیر توانایی بیمار را برای ترمیم مناسب زخم و نیز مقابله با عفونت کاهش می‌دهند:

۱- بیماری‌هایی که متابولیسم کاتابولیک را برقرار می‌کنند شامل دیابت کنترل نشده، بیماری‌های پیشرفته کلیوی و کبدی و بدخیمی‌ها.

۲- شرایطی که مانع تحویل اکسیژن و مواد غذایی به بافت‌ها می‌شوند شامل بیماری ریوی انسدادی مزمن (COPD)، نارسایی احتقانی قلب (CHF) و اعتیاد مانند الکلیسم.

۳- بیماری‌هایی که نیازمند درمان‌ها یا داروهایی هستند که ضد سلول‌های ایمنی یا ضد سلول‌های دخیل در ترمیم زخم عمل می‌کنند مانند بیماری‌های خودایمنی که نیازمند تجویز کورتون سیستمیک هستند یا بدخیمی‌ها که نیازمند تجویز داروهای سیتوتوکسیک یا رادیوتراپی هستند.

۱۳۳- در صورتیکه هنگام خارج کردن دندان مولر سوم ماگزیلا، شکستگی توبروزیته رخ داده و قادر به جداسازی قطعه شکسته شده نباشیم، اگر بیمار دندان‌های پرمولر دوم و مولرهای اول و دوم همان سمت را قبلاً خارج نموده باشد، درمان انتخابی کدام است؟

الف) اسپلینت دندان مولر سوم به مدت هشت هفته

ب) اسپلینت دندان مولر سوم به مدت چهار هفته

ج) خارج سازی قطعه شکسته چهار هفته بعد

د) بریدن تاج و باقی گذاشتن ریشه به مدت هشت هفته

پاسخ: گزینه د صحیح است.

فصل ۱۱ پارسه، صفحه ۸۵، ستون اول

۲- اگر توبروزیته شکسته است اما همچنان به پروست اتصال دارد باید دندان را از آن جدا کرد و توبروزیته را در محل نگه داشت.

۳- اگر توبروزیته شکسته است و به پروست اتصال دارد اما به دلیل آنکه بیش از حد متحرک شده است جدا کردن آن از دندان امکان‌پذیر نباشد، دو انتخاب پیش روی جراح است:

الف) اولین راه این است که دندان مورد نظر به دندان مجاورش اسپلینت شده و سپس ۶-۸ هفته صبر شود تا توبروزیته به استخوان اطراف متصل شود. بعد از این مدت دندان به روش جراحی خارج می‌شود.

ب) راه دوم آن است که تاج دندان قطع شده و ریشه به همراه توبروزیته در محل باقی بماند. پس از طی مدت ۶-۸ هفته که استخوان ترمیم شد، می‌توان ریشه را به طریق معمول خارج کرد.

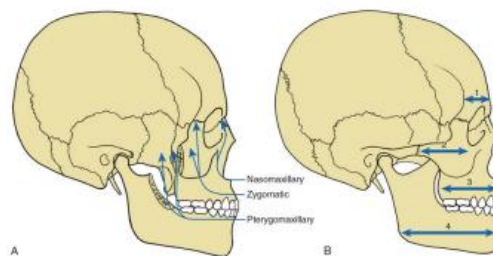
۱۳۴- باترس‌های عمودی صورت شامل تمام موارد ذیل می‌شود بجز:

- (الف) نازوماگزیلاری
- (ب) اوربیت
- (ج) تریگوماگزیلاری
- (د) زایگوما

پاسخ: گزینه ب صحیح است.

فصل ۲۵ پارسه، صفحه ۱۸۱، ستون دوم

- سه ستون که ساپورت عمودی را برای صورت فراهم می‌کنند عبارتند از:
 - ۱- باترس نازوماگزیلاری ۲- باترس زایگوماتیک ۳- باترس تریگوماگزیلاری.
- ساختارهای پشتیبان صورت در جهت قدامی خلفی عبارتند از:
 - ۱- استخوان فرونتال ۲- کمپلکس و قوس زایگوما ۳- کام و آلونول ماگزیلا ۴- قسمت بازال مندیبل.



شکل ۷-۲۵

۱۳۵- برای درمان کدامیک از ناهنجاری‌های زیر، بیشترین احتمال نیاز به segmentation ماگزیلا وجود دارد؟

- (الف) Apertognathia
- (ب) Maxillary Deficiency
- (ج) Midface Deficiency
- (د) Maxillary Prognathism

پاسخ: گزینه الف صحیح است.

فصل ۲۶ پارسه، صفحه ۱۸۸ و ۱۸۹

در موارد این‌بایت اگر پلن اکلوزال ماگزیلا در سراسر آن هم‌سطح باشد می‌توان از

لفورت I به روش معمولی استفاده کرد اما اگر پلن اکلوزال در قدام هم‌سطح نبوده و به اصطلاح Step داشته باشد بایستی جهت رفع آن از استئومی لفورت سگمنتال استفاده شود.

۱۳۶- در مورد Focus Score تمام موارد درست است بجز:

- الف) برای تشخیص سندرم شوگرن استفاده می‌شود.
 ب) به تجمع بیش از ۵۰ عدد لنفوسیت، هیستوسیت و پلازما سل در ۴ میلی متر مربع اطلاق می‌شود.
 ج) بیوپسی از غدد بزاقی لب بالا انجام می‌شود.
 د) معمولاً ۵ تا ۱۰ غدد بزاقی مینور برای ارزیابی برداشته می‌شود.

پاسخ: گزینه ج صحیح است.

فصل ۲۱ پارسه، صفحه ۱۵۴

بیوپسی غده بزاقی

از بیوپسی غدد بزاقی معمولاً در تشخیص سندرم شوگرن استفاده می‌شود. بیوپسی از غدد بزاقی فرعی در لب پایین می‌تواند تغییرات هیستوپاتولوژیک مشخصی را که در شوگرن اتفاق می‌افتد، به خوبی نمایان کند. در این روش با کلامپ Chalazion لب

پایین نگه داشته شده و سپس ۱۰-۵ غده بزاقی فرعی برداشته می‌شود. در بررسی پاتولوژی نمونه‌ها به صورت امتیاز کانونی (Focus Scored) امتیازدهی می‌شوند. یک کانون تجمع حداقل ۵۰ سلول از لنفوسیت، هیستوسیت و پلازما سل در مساحت ۴ میلی متر مربع از بافت بزاقی با بزرگنمایی بالاست. تشخیص شوگرن با مشاهده حداقل یک کانون در بافت غده بزاقی فرعی تأیید می‌شود.

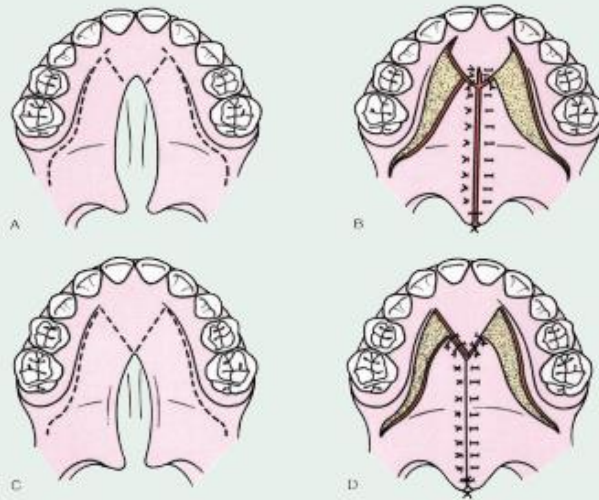
۱۳۷- در بیماران مبتلا به شکاف لب و کام، تکنیک جراحی Wardill، برای ترمیم کدام ناهنجاری استفاده می‌شود؟

- الف) شکاف لب
 ب) شکاف کام
 ج) شکاف آلوئل
 د) شکاف ثانویه لب

پاسخ: گزینه ب صحیح است.

فصل ۲۸ پارسه، صفحه ۲۰۰، ستون اول

در مواردی که طول کام نرم به سمت دیواره خلفی حلق کوتاه باشد، کام نرم علی‌رغم فانکشن مناسب نمی‌تواند خود را به دیواره خلفی حلق برساند و در نتیجه مکانیزم ولوفارنژیال معیوب باقی می‌ماند. در این موارد از روش‌های **W-Y Push-Back** (تکنیک Wardrill) یا **U-Shaped Push-Back** (تکنیک Dorrance & Brown) استفاده می‌شود. در هر دو تکنیک موکوپریوست کام سخت در نواحی قدام و لترال برش داده شده و به‌صورتی بلند می‌شود که اجازه دهد بافت نرم کام به سمت خلف گسترده شده و بدین ترتیب طول خلفی کام افزایش یابد.



شکل ۴-۲۸: روش W-Y Push-Back (تکنیک Wardrill)

۱۳۸- قیچی Iris وسیله‌ای است که برای استفاده می‌شود.

الف) Undermine کردن بافت

ب) بریدن انتهای گره بخیه

ج) بریدن بافت‌های ظریف

د) Blunt Dissection

پاسخ: گزینه ج صحیح است.

فصل ۷ پارسه، صفحه ۵۸، ستون اول

دو قیچی Iris و Metzenbaum برای بریدن بافت‌ها استفاده می‌شوند. Iris کوچک و ظریف بوده اما **Mets** درشت‌تر است و برای آندرماین کردن و بریدن بافت‌ها به کار می‌رود. از قیچی‌های بافتی نباید برای بریدن نخ بخیه استفاده کرد زیرا لبه آن‌ها کند شده و هنگام بریدن بافت را تروماتیزه می‌کنند.

۱۳۹- در مورد بیس فسفونات‌ها تمام گزینه‌ها صحیح است بجز:

- الف) مانع فعالیت استئوکلاست‌ها می‌شوند.
 ب) اثر آنژیوژنیک دارند.
 ج) طول عمر استئوکلاست‌ها را کم می‌کنند.
 د) برای ممانعت از تحلیل استخوان در متاستازهای تومورهای بدخیم کاربرد دارد.
پاسخ: گزینه ب صحیح است.

فصل ۱۹ پارسه، صفحه ۱۴۲، ستون دوم

بیس فسفونات‌ها

این داروها به استخوان باند شده و سال‌ها در بدن باقی می‌مانند. استئوکلاست‌ها این داروها را وارد سلول خود کرده و از عملکرد باز می‌مانند. به‌طور خلاصه این داروها با ممانعت از الحاق، تمایز، فعالیت و همچنین با کاهش عمر (آپوپتوز) استئوکلاست‌ها باعث جلوگیری از تحلیل و ریمادلینگ استخوان می‌شوند. علاوه بر خاصیت آنتی‌رئورپتیو بیس فسفونات‌ها خاصیت آنتی‌آنژیوژنز داشته و ممکن است ضد تومور نیز باشند. از این داروها در درمان استئوپروز، پازه، متاستازهای بدخیم استخوانی و هایپرکلسمی ناشی از بدخیمی‌های استخوانی استفاده می‌شود.

۱۴۰- تاثیر اسپری افدرین ۲٪ در درمان سینوزیت با کدام مکانیسم می‌باشد؟

- الف) تسهیل درناژ
 ب) تاثیر بر ارگانسیم‌های هوازی
 ج) تاثیر بر ارگانسیم‌های غیر هوازی
 د) گشادکنندگی عروق و خونرسائی بهتر
پاسخ: گزینه الف صحیح است.

فصل ۲۰ پارسه، صفحه ۱۴۶، ستون دوم

درمان سینوزیت ماگزیلا

درمان اولیه سینوزیت ماگزیلاری شامل مرطوب‌سازی هوای ورودی است. این کار به رقیق کردن و حذف ترشحات خشک از گذرگاه بینی و استئوم سینوس کمک می‌کند. داروهای ضداحتقان (دکونژستانت) سیستمیک مانند سودوافدرین (Sudafed) و اسپری بینی حاوی وازوکانستریکتور (مثل افدرین ۲٪ و فنیل‌افرین ۰/۲۵٪) احتقان بینی و سینوس را کاهش داده و به درناژ طبیعی کمک می‌کنند. بیماران مبتلا به سینوزیت عموماً درد متوسط تا شدید داشته و تجویز مسکن ایبوپروفن یا غیراستروئیدی توصیه می‌شود.

۱۴۱- مهمترین ایراد مارسوپالیزاسیون در درمان کیست‌ها کدام گزینه است؟

- الف) سختی جراحی
ب) طول مدت جراحی
ج) عدم ارزیابی هیستوپاتولوژیک کامل ضایعه
د) آسیب به دندان نهفته همراه کیست
- پاسخ: گزینه ج صحیح است.**

فصل ۲۳ پارسه، صفحه ۱۶۸

معایب: مهم‌ترین عیب مارسو این است که بافت پاتولوژیک در جای خود باقی می‌ماند بدون اینکه به‌طور کامل تحت معاینه هیستوپاتولوژیک قرار گیرد. عیب دیگر مارسو این است که حفره کیست نیاز به رسیدگی مداوم دارد. این حفره بایستی تمیز نگه داشته شود تا از ایجاد عفونت جلوگیری گردد؛ بنابراین شستشوی مداوم آن توسط بیمار به مدت چندین ماه ضروری است.

۱۴۲- در مورد گرفت‌های میکروواسکولار کدام گزینه صحیح می‌باشد؟

- الف) در بافت‌های رادیوتراپی شده توصیه نمی‌شود.
ب) برای دفت‌های با از دست دادن continuity توصیه نمی‌شود.
ج) خون‌رسانی گرفت از طریق عروق خونی خود گرفت است.
د) وابستگی زیادی به بافت گیرنده دارد.
- پاسخ: گزینه ج صحیح است.**

فصل ۲۹ پارسه، صفحه ۲۰۴، ستون دوم

۱- گرفت مرکب پایه‌دار (Pedicle Composite Graft). در این روش استخوان با یک پایه عضلانی (یا عضله و پوست) به ناحیه گیرنده منتقل می‌شود. در واقع در این تکنیک استخوان و عضله متصل به آن به‌طور نسبی از اطراف جدا شده و به محل مورد نظر هدایت می‌شوند؛ بنابراین تغذیه خونی استخوان برقرار باقی می‌ماند و سلول‌های استخوانی به تعداد زیاد زنده می‌مانند. مثالی از این روش پیوند قسمتی از استخوان کلایوئیکل به مندیبل است درحالی‌که متصل به پایه عضله استرنوکلیدماستوئید (SCM) می‌باشد.

۲- گرفت مرکب آزاد (Free Composite Graft). در این روش از تکنیک‌های میکروسرجری استفاده شده و در آن قطعه‌ای از فیبولا، ایلیاک، تیبیا، دنده یا دیگر استخوان‌های مناسب همراه با بافت نرم روی آن‌ها بعد از جدا کردن شریان و ورید تغذیه‌کننده آن برداشته می‌شوند. یک شریان و ورید نیز در بستر گیرنده گرفت آماده شده و این دو شریان و ورید توسط آناتومی‌های میکروواسکولار به یکدیگر متصل می‌شوند؛ بنابراین در این روش نیز تغذیه خونی گرفت استخوانی حفظ می‌شود.



۱۴۳- در عفونت فضای لترال فارنژیال تورم در ناحیه اروفارنکس مشاهده می‌شود، علت آن فشار بر روی می‌باشد.

الف) عضله تنگ کننده فوقانی

ب) عضله تریگوئید داخلی

ج) تریگومندیبولار رافه

د) تجمع چرک زیر مخاط

پاسخ: گزینه الف صحیح است.

فصل ۱۷ پارسه، صفحه ۱۲۵

با توجه به اینکه عضله تنگ کننده فوقانی در مدیال (داخل) فضای لترال فارنژیال قرار گرفته است، به همین علت تورم حلقی (که به صورت pharyngeal draping است) به علت فشار روی این ساختار اناتومیک پدید می‌آید.

هر گونه انتشار عفونت از فضاهای ساب‌لینگوال، ساب‌مندیبولار و تریگومندیبولار به سمت خلف به درگیری فضای لترال فارنژیال می‌انجامد. این فضا به شکل مثلث معکوس بوده و از بیس اسکال (استخوان اسفنونید) تا استخوان هایپوتید کشیده شده است. این فضا از سمت لترال با عضله مدیال تریگوئید، از سمت مدیال با عضله تنگ‌کننده فوقانی حلق، از سمت قدام با رافه تریگومندیبولار و از سمت خلف با فضای رتروفارنژیال محصور می‌شود. این فضا توسط زائده استیلوتید به دو بخش

عفونت فضای لترال فارنژیال در معاینه بالینی با علائم تریسموس (به دلیل درگیری عضله مدیال تریگوئید)، وجود سلولیت یا تورم موج در ناحیه لترال گردن بین بوردر تحتانی مندیبل و عضله SCM، غیرقابل لمس بودن ناحیه انگل مندیبل و ایجاد بالج در دیواره طرفی حلق به سمت میدلاین (Pharyngeal Draping) مشخص می‌شود. بیماران همچنین دارای دیس‌فازی، دیس‌فونی، ریزش بزاق، تب بالا، بی‌حالی و اختلال راه هوایی به دلیل انسداد اروفارنکس و هیپوفارنکس هستند.

۱۴۴- در صورتیکه زاویه ایمپلنت نسبت به پلن اکلوزال از چه درجه‌ای بیشتر باشد، ریسک تحلیل استخوان وجود

دارد؟

الف) ۵

ب) ۱۰

ج) ۱۵

د) ۲۰

پاسخ: گزینه د صحیح است.

فصل ۱۴ پارسه، صفحه ۱۰۱، ستون اول

نیروهایی که در راستای محور طولی ایمپلنت وارد می‌شوند به خوبی تحمل می‌شوند، اما نیروهای وارد شده در زوایای ۲۰ درجه یا بیشتر موجب آغاز تحلیل استخوان مارژینال (شکست بیولوژیک) می‌شوند.

۱۴۵- بیشترین کاربرد آرتروسنتز کدام گزینه می‌باشد؟

الف) انکیلوز مفصل گیجگاهی فکی

ب) استئوآرتریت

ج) جابجایی قدامی دیسک بدون بازگشت

د) جابجایی خلفی دیسک

پاسخ: گزینه ج صحیح است.

فصل ۳۱ پارسه، صفحه ۲۲۰، ستون اول

آرتروسنتز

آرتروسنتز (Arthrocentesis) کم‌تهاجم‌ترین روش جراحی TMJ بوده و در آن یک کانولای لوله‌مانند در فضای فوقانی مفصل قرار داده می‌شود. سپس مقدار کمی از محلول رینگرلاکتات به داخل این فضا تزریق شده که باعث شستشو و آزادسازی چسبندگی‌ها می‌شود. پس از شستشو می‌توان محلول را خارج کرده و برای اهداف تشخیصی آن را مورد بررسی قرار داد. همچنین می‌توان یک کانولای دوم را هم به فضای فوقانی مفصل وارد کرد تا مقادیر بیشتری از مایع (تا ۲۰۰ میلی‌لیتر) برای شستشو استفاده شود. در انتها می‌توان از تزریق استروئید و بی‌حسی موضعی به فضای مفصلی استفاده کرد.

بیشترین استفاده از این روش در جابجایی قدامی دیسک بدون بازگشت است. نتایج درمان در این روش مشابه یا حتی در مواردی بهتر از درمان آرتروسکوپی و جراحی باز است. علت موفقیت درمان با آرتروسنتز در این بیماران را می‌توان با دلایل مختلف توجیه کرد:

۱۴۶- در تزریقات داخلی دهانی بی‌حسی موضعی، تمام عوارض چشمی ذیل محتمل است بجز؟

الف) میدریاز

ب) میوز

ج) پروپتوزیس (بیرون زدگی چشم)

د) افتالموپلژی (عدم حرکت کره چشم)

پاسخ: طبق نظر سازمان سنجش گزینه ج می‌باشد.

۱۴۷- تفاوت دو تکنیک Gaw-Gates و Vazirani-Akinosi از نظر نواحی و اعصاب بی حس شده در کدام مورد است؟

الف) عصب لینگوال

ب) عصب مایلوهایونید

ج) عصب اریکوتمپورال

د) عصب منتال

پاسخ: گزینه ج صحیح است.

فصل ۱۴ مالمد پارسه، صفحه ۱۱۷+ تدریس دکتر محمدی خواه

IAN، عصب منتال و عصب incisive، عصب لینگوال، عصب مایلوهایونید، عصب اریکولوتمپورال، عصب باکال (در ۷۵ درصد موارد)	Gow-Gates
IAN، عصب منتال و incisive، عصب لینگوال، عصب مایلوهایونید	وزیرانی آکینوزی

۱۴۸- کدام داروی زیر سبب کاهش اثر سولفانامیدها می شود؟

الف) لیدوکائین

ب) مپیواکائین

ج) بنزوکائین

د) تتراکائین

پاسخ: طبق نظر سازمان سنجش گزینه ج می باشد.

۱۴۹- کدام یک از داروهای بی حسی ذیل فعالیت وازودیلاتوری دارد؟

الف) مپی واکائین

ب) پریلوکائین

ج) بوپی واکائین

د) لیدوکائین

پاسخ: گزینه ج (احتمالاً) صحیح است.

فصل ۴ مالمد پارسه، جدول صفحه ۳۹

با توجه به اینکه تمام داروهای بی حسی خاصیت وازودیلاتوری دارند، صورت سؤال نادرست می باشد ولی اگر منظور

طراح بیشترین میزان خاصیت وازودیلاتوری بوده باشد، پاسخ صحیح گزینه ج بوپی واکائین خواهد بود.

۱۵۰- پس از تزریق بلاک عصب خلفی فوقانی آلوئولار (PSA) بیمار اظهار بی‌حسی در زبان می‌کند. محتمل‌ترین دلیل آن کدام است؟

الف) تزریق پایین‌تر از محل هدف

ب) تزریق در سمت لترال محل هدف

ج) تزریق مجاور اپکس مولر دوم بالا

د) نفوذ بیشتر سوزن تزریق

پاسخ: گزینه ب صحیح است.

فصل ۱۳ مالمد پارسه، صفحه ۹۰، ستون دوم

- بروز بی‌حسی در مندیبل: شاخه مندیبولار عصب تری‌جمینال در لترال PSA قرار دارد و در صورت تزریق لترالی هنگام بلاک PSA، امکان اثر LA روی V_7 و بروز علائمی از قبیل بی‌حسی زبان و لب بیمار وجود دارد.

موسسه
پیشگامان پارسه