
نکات طلایی جراحی دهان، فک و صورت

مجموعه نکات حفظی آزمون بورد

براساس منابع اعلام شده از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

تلخیص و گردآوری:

دکتر صالح دادمهر

استادیار گروه جراحی دهان، فک و صورت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

دکتر علیرضا ابراهیم پور

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

دکتر رامبد طلاچیان

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

فهرست

۷	پیشگفتار.....
۹	فصل ۱: باکتری و آنتی بیوتیک.....
۱۵	فصل ۲: وراثت.....
۱۹	فصل ۳: محلول‌ها.....
۲۳	فصل ۴: درمان ضایعات.....
۲۷	فصل ۵: نسبت زن به مرد.....
۳۱	فصل ۶: MRI.....
۳۳	فصل ۷: فلپ‌ها و شریان‌های تغذیه کننده.....
۳۵	فصل ۸: میکرووسکولار بافت نرم.....
۳۷	فصل ۹: ماگزینا و مندبیل.....
۳۹	فصل ۱۰: تغییرات در کودکان.....
۴۱	فصل ۱۱: اسامی خاص.....
۴۵	فصل ۱۲: شایع ترین‌ها.....

پیشگفتار

آزمون مورد رشته جراحی دهان، فک و صورت همواره به علت حجم بسیار مطالب و تنوع فراوان فصول، موجب نگرانی دستیاران محترم این رشته می باشد. مسلماً یکی از ارکان موفقیت در این آزمون، جمع بندی مناسب و دسته بندی نکات در کنار هم می باشد. کتاب حاضر مجموعه نکاتی است که بصورت پراکنده در سرتاسر رفرنس های آزمون مورد برحسب موضوع کنار هم جمع گردیده است. پرواضح است که مطالعه این کتاب به هیچ عنوان جایگزین کتاب اصلی نیست و در دوران مرور نهایی و جمع بندی پیش از آزمون می توان کمک حال دستیاران گرامی باشد. بی شک حجم بسیار زیاد نکات و امکان از قلم افتادن برخی، بسیار است و برای هرچه بهتر و کامل تر شدن این نکات دست تمامی همکاران را به گرمی می فشاریم. در پایان از همکاری جناب آقای دکتر علیرضا ابراهیم پور و جناب آقای دکتر رامبد طالچیان دستیاران کوشا رشته جراحی دهان، فک و صورت دانشگاه علوم پزشکی مشهد که بنده را در به ثمر نشستن این مهم یاری دادند، بسیار سپاسگزارم.

ارادتمند همه همکاران

دکتر صالح دادمهر

مهر ماه ۱۴۰۲

فصل ۱

باکتری و آنتی بیوتیک

- ۱- عفونت گوش پس از فیس لیفت: ناشی از سودوموناس که به فلوروکینولون ها پاسخ می دهد
(فصل ۱۸ پلر ۳ فونسکا ۲۰۱۷)
- ۲- لیزر CO2: باعث حذف ۱۰۰ درصدی باکتری اورئوس اطراف ایمپلنت می گردد
(فصل ۱۹ پلر ۳ فونسکا ۲۰۱۷)
- ۳- باکتری ها در عفونت بعد راینوپلاستی: استرپتوکوک - استافیلوکوک - هموفیلوس و ندرتا سودوموناس و اکتینومایسز
(فصل ۲۰ پلر ۳ فونسکا ۲۰۱۷)
- ۴- باکتری های عفونت گوش بعد از اتوپلاستی: استافیلوکوک اورئوس - اشیشیاکلی - سودوموناس آئروژنوزا
مخرب ترین: سودوموناس است که درمان آن کوئینیلون به همراه یک سفالوسپورین است.
(فصل ۲۵ پلر ۳ فونسکا ۲۰۱۷)
- ۵- پروفیلاکسی آنتی بیوتیک پیوند اتوزن: اموکسی سیلین و در صورت حساسیت سفالوسپورین و کلیندامایسین
۱ لودینگ دوز و ادامه برای ۱ هفته
(فصل ۳۰ پلر ۱ فونسکا ۲۰۱۷)
- ۶- میکروبیوم نواحی عمقی تر ایمپلنت بیشتر از نوع باکتری های گرم منفی می باشد که موجب peri-implantitis می شود.
(فصل ۴۲ پلر ۱ فونسکا ۲۰۱۷)
- ۷- گرم منفی ها بی هوازی دخیل در periimplantitis: Aa, Pg, Fn

Aggregatibacter actinomy- cetemcomitans	Porphyromonas gingivalis	Fusobacterium nuclea- tum
--	--------------------------	------------------------------

۸- بیشترین تعداد باکتری در نواحی اطراف ایمپلنت: سالکوس - اتصال - سالکوس دندان مجاور
کمپلکس orange: Pi, Fn, Pm

پیتواستریپتوکوک میکروس	فوزوباکتریوم نوکلئاتوم	پرووتلا اینترمدیا
------------------------	------------------------	-------------------

۹- گونه‌های باکتری موجود در پری ایمپلنتایتیس مشابه گونه‌های موجود در پریدنتیت مزمن می‌باشد.
۱۰- میکروفلور خاص پری ایمپلنتایتیس: پیتواستریپتوکوک - استافیلوکوک
۱۱- اشعه UV موجب کاهش چسبندگی استاف ارئوس و استریپتوکوک به ایمپلنت می‌شود.
۱۲- نانوپار تیکل نقره: کاهش چسبندگی باکتریال و کشته شدن اورئوس (۹۴ درصد) و e coli (۹۵ درصد)

(فصل ۴۳، جلد ۱ فونسکا ۲۰۱۷)

۱۳- عامل LYME: *Borrelia burgdorferi*

(فصل ۳۸، جلد ۲ فونسکا ۲۰۱۷)

۱۴- عوامل باکتریال پاروتیدیت حاد چرکی (ASP): استاف اورئوس و بی‌هوازی هاست
اساس انتخاب آنتی‌بیوتیک در درمان ASP، استاف اورئوس است.

۱۵- باکتری‌های بی‌هوازی موجود در ASP:

- ← باسیل گرم منفی
- ← پرووتلا- پیتواستریپتوکوک
- ← پرفیروموناس - فوزوباکتریوم

۱۶- در موارد بستری ASP: افزایش e coli مشاهده می‌شود

۱۷- استاف اورئوسی که مقاوم به پنی‌سیلین و حساس به آمینوگلیکوزید و سفالوسپورین نسل ۳ است،
حین انتظار برای جواب کشت: کلیندا یا آمپی‌سیلین سولباکتام تجویز می‌شود
۱۸- اگر تشخیص اورئوس مقاوم به متی‌سیلین بود با اینکه کلیندا موثر است ولی ونکومایسین / لینزولید
پیشنهاد می‌شود.

(فصل ۲۰، جلد ۲ فونسکا ۲۰۱۷)

۱۹- عامل سرویکال لنفادنوپاتی کودکان: آتپیک مایکوباکتریوم

(فصل ۲۰، جلد ۲ فونسکا ۲۰۱۷)

۲۰- استئومیلیت استخوان دراز: استافیلوکوک - اما در فک: استریپتوکوک + باکتری‌های بی‌هوازی

(فصل ۲۵، جلد ۲ فونسکا ۲۰۱۷)

۲۱- عفونت در تراکتوستومی:

باکتری	سودوموناس آئروژنوزا	استاف اورئوس	استرپتوکوک همولیتیک
فارچ	کاندیدا		

(فصل ۵ فونسکا تروما)

۲۲- عامل شوک سپتیک باکتری‌های گرم منفی هوازی می‌باشد.

۲۳- فیستول CSF: مننژیت < اول پنوموکوک بعد استرپتوکوک و هموفیلوس آنفلانزا

(فصل ۸ فونسکا تروما)

۲۴- بعد از اسپلنکتومی یا در بیماری که دارای بقایای غیر فانکشنال طحال است باید ایمنی پروفیلاکتیک علیه ارگانسیم‌های **کپسولار** از قبیل استرپتوکوک پنومونیه - هموفیلوس آنفلانزا - منگوکوک ها تجویز شود

(فصل ۹ فونسکا تروما)

۲۵- عفونت در شکستگی مندیبل:

• **هوازی**: استاف اورئوس

• **بی‌هوازی** در ارتباط با مولر سوم: اکتینوماپسز - لاکتوباسیل - کمپیلوباکتر

۲۶- در صدمه باز **سینوس فرونتال** داروهای پنی‌سیلین - سفالوسپورین - کلیندا تجویز می‌گردد.

(فصل ۱۴ فونسکا تروما)

۲۷- نخ بخیه ویکریل پلاس: موثر در برابر استاف اورئوس - استاف اپیدرمیس و گونه‌های استاف مقاوم به متی‌سیلین

۲۸- آبسه سپتوم بینی: **عمدتا استاف اورئوس**

۲۹- در موارد سوختگی منجر به عفونت شایعترین باکتری مشاهده شده گرم منفی مثل سودوموناس آئروژنوزا است.

(فصل ۲۱ فونسکا تروما)

۳۰- **زالو درمانی** ریسک عفونت با آئروموناس دارد.

(فصل ۲۲ فونسکا تروما)

۳۱- در گاز گرفتگی سگ: **p. canis**

۳۲- در گاز گرفتگی گربه: **p. septica** و **multocida**

P. canis biotype 1 is the predominant isolate from dog bites, whereas P. multocida subsp.

Multocida and septica have been isolated much more frequently from cat bites.

۳۳- در گاز گرفتگی حیوانی:

هورزی	استرپتوکوک آلفا و بتا	استاف اورئوس	استاف اپیدرمیس	e coli	سودوموناس	موراکسلا
بی هورزی	باکتریوئید	فوزوباکتریوم	پرووتلا			

۳۴- کزاز: کلستریدیوم تتانی: راد گرم مثبت بی هورزی

۳۵- درمان گاز گرفتگی:

تجربی	کو اموکسی کلاو
در صورت حساسیت	فلوروکینولون یا (کلیندا + سفالوسپورین نسل ۲ و ۳)
در زن باردار	آزیترومایسین

فصل ۲۳ فونسکا تروما

۳۶- گوش Chondritis: اورئوس و سودوموناس آئروژوزا

۳۷- وسیع ترین طیف علیه سودوموناس و گرم منفی ها: **مافنید استات**

(فصل ۲۸ فونسکا تروما)

۳۸- در Leechtherapy پروفیلاکسی علیه گونه‌های آئروموناس باید انجام شود.

(فصل ۳۱ فونسکا تروما)

۳۹- اسپلنکتومی باعث **فقدان tuftsin** می‌گردد که مستعد عفونت‌های کپسول دارها مثل پنوموکوک می‌شود.

۴۰- در موارد مستعد اندوکاردیت عفونی: پروفیلاکسی سفازولین + جنتامایسین / حساسیت به پنی‌سیلین: ونکومایسین

۴۱- پنومونی زودهنگام بعد تروما: هموفیلوس آنفولانزا

۴۲- لسراسیون داخل دهانی و سلولیت غیر بیمارستانی: پنی‌سیلین

۴۳- باکتری بزاق در هر میلی لیتر 10^8 تا 10^9 و بی هورزی ۵ برابر هورزی ها هستند.

۴۴- سوختگی جاده‌ای: گونه‌های باسیلوس به جز آنتراسیس

۴۵- شکستگی مندیبل compound با راه یابی به پوست: پنی‌سیلین مقاوم به پنی‌سیلیناز یا پنی‌سیلین صناعی + مهار کننده بتالاکتاماز

۴۶- در موارد استئومیلیت ناشی از ارئوس، کلیندا تجویز می‌شود که غلظت سرمی ۹۸ درصد در استخوان دارد.

۴۷- عامل سینوس عفونی: استرپتوکوک پنومونیه + هموفیلوس آنفولانزا

۴۸- درمان عفونت‌های افراد مبتلا به HIV: کواموسی کلاو یا کلیندا
(فصل ۳۲ فونسکا تروما)

۴۹- کمپلکس قرمز در ایجاد بیماری پریودنتال نقش دارد.
۵۰- پری کروئیت:

- ← پورفیروموناس
- ← پیتواستریپتوکوک
- ← فوزوباکتریوم

۵۱- درای ساکت

- ← پیشگیری درای ساکت: تاپیکال تترا و لینکومایسین
- ← تسریع بهبودی درای ساکت: مترونیدازول

(پیترسون فصل ۵)

۵۲- پیتواستریپتوکوک بیشتر در سلولیت حضور دارد تا وضعیت آبسه

۵۳- کلبسیلا پنومونیه در دیابت

۵۴- اورئوس مقاوم به متی‌سیلین در معتاد مواد مخدر IV

۵۵- پاتوژن درون سلولی مثل مایکوباکتریوم در HIV

۵۶- **موکسی فلوکسازین** برای درمان عفونت *eikenella corodans* تجویز می‌شود که غلظت سرمی فلوروکوئینولون‌ها در درمان عفونت این باکتری به روش **خوراکی** = IV است.

۵۷- عفونت ادونتوژنیک:

- ← آموکسی‌سیلین
- ← **حساسیت**: کلیندا یا آزیترو (آزیترو ۱۵-۱۰ برابر غلظت در ماکروفاژ)
- ← عفونت ادونتوژنیک منجر به بستری: آمپی‌سیلین سولباکتام
- ← بتالاکتاماز < پرووتلا - پرفیروموناس - فوزوباکتر - پیتواستپتوکوک

۵۸- بتالاکتاماز ویریدنس (سانگوییس - میتیس - سالیواریوس) منجر به اندوکاردیت عفونی می‌شود.

۵۹- بتالاکتامازهای millery (کانستلاتوس - آنژینوزوس - اینترمدیوس) منجر به عفونت ادونتوژنیک می‌شود.

۶۰- پنی‌سیلین و مترواز BBB رد می‌شود ولی کلیندا نه

۶۱- سفالوسپورین نسل ۳ مثل سفتریاکسون هم از BBB رد می‌شود که عیب آن رسوب سنگ صفراوی و ایجاد سودوکولولیتیاژیس است لذا تجویز آن‌ها در بیماری کبدی صفراوی ممنوع است.

هموفیلوس	استرپتوکوک	موراکسلا	استافیلوکوک	سینوزیت حاد
			بی هوازی	سینوزیت مزمن
			سودوموناس	انتوبه طولانی مدت

۶۲- سینوزیت باکتریال:

خط اول: آموکسی - داکسی سایکلین - تری متوپریم - سولفامتوکسازول
در بافت‌های مجاور سینوس مثل صورت و اوربیت < تا ۷ روز بعد از رفع علائم
خط دوم در موارد پیچیده تجویز می‌شود که شامل مقاومت آنتی‌بیوتیک، سینوزیت متوسط تا شدید-
پان سینوزیت- بیماری زمینه‌ای مثل دیابت - ضعف ایمنی - سن زیر ۲ و بالای ۵۵ است. در این موارد
به مدت ۳ تا ۱۰ هفته داروهای ۱. کلیندامایسین یا ۲. (یک ماکرولید + مترو) یا ۳. فلوئوروکوئینولون
مثل موکسی فلوکساسین تجویز می‌شود.

۶۳- سینوزیت مزمن غیر پیچیده < باکتریال نیست. آلرژن و قارچ است که درمان آن استروئید
سیستمیک یا اینترانازال است و موثرتر از آنتی‌بیوتیک می‌باشد.

۶۴- استئومیلیت- استرپتوکوک و بیهوازی‌ها: باکتریوئید و پیتواستریپتوکوک

۶۵- درمان استئومیلیت: پنی‌سیلین مترو (double therapy) / یا کلیندا (single therapy)

(فصل ۳۰ پیترسون)

۶۶- در موارد **انتقال خون** ریسک عفونت با باکتری‌های یرسینیا و سودوموناس (در ۴. درجه سانتی‌گراد
توان رشد دارد) وجود دارد که اکثراً در **انتقال پلاکت** رخ می‌دهد.

۶۷- **سپسیس** به علت: استاف - مننگوکوک - کلستریدیوم پرفرژانس < کوآگولوپاتی و defibrination

(فصل هموستاز شوارتز)