



Hippocrates 460 – 370 Bc  
Primum non nocere

---

ارزش های فراموش شده در رفتار حرفه ای طبابت

دکتر مسعود یغمائی (دید گاه شخصی)

ویرایش سوم ( بهار ۱۴۰۵ )

3<sup>rd</sup> Edition 2026

**ارزش های فراموش شده در رفتار حرفه ای طبابت**  
**The forgotten values of medical professional behavior**  
**( Personal comments )**

**نوشته: مسعود یغمائی**

**استاد ( معلم ) پژوهشکده و جراحی دهان، فک و صورت**  
**دانشکده دندانپزشکی علوم پزشکی شهید بهشتی**

---

**Masoud Yaghmaei**

**Professor of Research Institute , Oral & Maxillofacial Surgery Department ,  
Dental school , Shahid Beheshti University of Medical Sciences. Graduate  
Tehran School Of dentistry (1974) , State University of Connecticut , health  
center , USA (1981).**



ارزش های فراموش شده در رفتار حرفه‌ای طبابت ( دیدگاه شخصی )  
**The Forgotten Values Of Medical Professional Behavior**  
**(Personal Comments)**

- ۱ - حرف اول و آخر ..... ۱
- ۲ - پیشگفتار ..... ۲
- ۳ - کاهش لطافت در طبابت ..... ۵
- ۴ - کاهش توجه به اهمیت رضایت آگاهانه و آزادانه (Informed Consent) ..... ۹
- ۵ - افزایش پاراکلینیک‌های غیر ضروری ..... ۱۹
- ۶ - افزایش درمان‌های غیر ضروری ..... ۲۲
- ۷ - بزرگ‌نمایی درمان‌های ضروری ..... ۲۴
- ۸ - بیان و تحمیل یک طرح درمان ..... ۲۶
- ۹ - شتاب در داوری، تشخیص، بیان دیدگاه ..... ۲۹
- ۱۰ - شتاب در تصمیم طرح درمان بر پایه پاراکلینیک (گزارش پاتولوژی) ..... ۳۴
- ۱۱ - اهمیت نگاهداری نمونه بافتی برای ارزیابی پاتولوژی ..... ۳۵
- ۱۲ - بالا بردن توقع بیمار با گزافه گوئی نتایج درمان، بویژه جراحی‌های مؤثر در زیبایی ..... ۳۷
- ۱۳ - آگاهی بیمار و نزدیکان از درمان‌های چند مرحله‌ای با فاصله(فواصل، مراحل، هزینه) ..... ۳۸
- ۱۴ - کاهش توجه به دستورات و راهنمایی‌های پس از درمان و جراحی ..... ۴۰
- ۱۵ - عدم توجه به ارجاع (Referral) و مشاوره (Consultation) درست ..... ۴۲
- ۱۶ - معرفی نامناسب دندانپزشکی در گستره جامعه ..... ۴۶
- ۱۷ - کاهش توجه به دوره‌های عمومی، در کنار دوره‌های رزیدنسی و فلوشیپ ..... ۴۹
- ۱۸ - اهمیت اخلاق حرفه‌ای رسانه‌ای، آگاهی رسانی (سرنسخه و تابلو) ..... ۵۲

- ۱۹- محبوس شدن در رشته تخصصی (تک بعدی شدن = **One Dimensional**) ..... ۵۳
- ۲۰- پا فشاری به توجیه ناراحتی بیمار با دانسته‌های خودمان ..... ۵۶
- ۲۱- پرهیز از نگاه ماشینی ..... ۵۹
- ۲۲- رفتار حرفه‌ای نسخه و گواهی نویسی ..... ۶۱
- ۲۳- رفتار حرفه‌ای در بیمارستان ..... ۶۵
- ۲۴- رفتار حرفه‌ای بالای سر بیمار زیر بی‌هوشی ..... ۶۷
- ۲۵- رفتار حرفه‌ای رویدادهای مالی ..... ۶۸
- ۲۶- رفتار حرفه‌ای در بدگوئی و نارضایتی بیماران از سایر همکاران ..... ۷۰
- ۲۷- پرهیز از خود ستائی ، خود بزرگ بینی ..... ۷۲
- ۲۸- چیرگی اندیشه درمانی به آموزش پیشگیری ..... ۷۴
- ۲۹- چیرگی اندیشه درمان‌های گسترده و تهاجمی ..... ۷۵
- ۳۰- رفتار حرفه‌ای در هم پوشانی (**Overlapping**) رشته‌های تخصصی ..... ۷۶
- ۳۱- رفتار حرفه‌ای بین رشته‌ای (**Multidisciplinary & Interdisciplinary**) ..... ۷۹
- ۳۲- برتری واژه معلم در برابر استاد ..... ۸۰
- ۳۳- برتری واژه پایان دوره ، در برابر فارغ التحصیلی ..... ۸۱
- ۳۴- منافع بیمار در برابر منافع طیب ..... ۸۲
- ۳۵- بازنگری در آموزش دستیاران مطب ..... ۸۴
- ۳۶- بازنگری در احترام به محیط زیست ..... ۸۵
- ۳۷- سخن پایانی ..... ۸۸

# ۱ - حرف اول و آخر



"Primum non nocere" گفتاری است شناخته شده، به زبان دیرین لاتین که به بقراط یا هیپوکرات حکیم یونان باستان

(۳۷۰-۴۶۰ پیش از میلاد) نسبت داده می‌شود. این گفتار کوتاه، بیانگر پایه و بنیاد یکم در طبابت است که :

"اول، آسیب نرسان First, do no Harm" به باور من، این گفتار باید در همه مراکز آموزشی و درمانی افراشته و همواره در پیش دید همگان باشد. این گفتار زرین، انگیزه‌گزینش نگاره پوشینه و آغازین کتاب است. در گذشته این گفتار برای پرهیز از صدمه طبیب به بیمار بیان شده بود، چه واگیری از بیمار به طبیب، و از طبیب به محیط زیست (زیستگاه) هنوز شناخته نشده بود. اکنون بهتر است گفتار کوتاه بقراط این گونه بیان گردد که :

**"هم به بیمار و هم به خود و هم به زیستگاه صدمه نزنیم"**

اگرچه، واژه پزشک (واژه کهن فارسی است که در شاهنامه فردوسی به فراوان و به فتح ز آمده است) و طبیب (واژه عربی مذکر و طبیبه مونث) کم و بیش همسان است، انگیزه من از گزینش واژه طبابت در سرنامه (عنوان)، گوئی آمیختگی و یکپارچگی و دیرینگی این واژه با حکمت و هنر و اخلاق و پرهیز از نگاه ماشینی و یادآوری دوران خوب کودکی بوده است.

## ۲ - پیشگفتار

برگزیده‌های کوتاه، اگر چه بسیار آشکار است، شوربختانه در سال‌های تازه به دست پاره‌ای از همکاران بویژه جوان گویا، به سبب شتاب زندگی به فراموشی و کم توجهی سپرده شده و انگیزه من از این نوشته تنها یادآوری و تلنگری، به امید فردای آرمانی و زیبا تر است که امیدوارم سبب دلگیری نشود. بیان چند نکته پیش از سرآغاز را لازم میدانم :

۱- اگر چه از دیدگاه علمی و عملی و بویژه شهامت در انجام درمان‌های گسترده و شگرف، بسیاری از دانشجویان دوره عمومی و بویژه تخصصی، پس از پایان دوره توانائی بیشتری از اساتید خود دارند، ولی شوربختانه به باور من در سال‌های کنونی بسیاری از رفتارهای درست حرفه‌ای گذشته دچار کاهلی و سهل انگاری و بی توجهی و غفلت و فراموشی شده است. در این نوشته بسیار فشرده، مایلم این برگزیده ها را همراه نگرش خود و با نمونه‌هایی بازگو کنم. سوگند میخورم که به شدت به نوشته هایم باورمندم و موارد نا آگاهی و سهل انگاری های خودم را نیز بیان خواهم کرد.

۲- اکنون خوشبختانه پاره‌ای از همکاران رفتار اخلاقی و حرفه‌ای را به گونه ایده‌آل و آرمانی یا نزدیک به آن پاس می‌دارند، ولی شوربختانه رفته رفته در حال انقراض و برچیده شدن و دفن اندیشه پاک، پیش از دفن فیزیکی می‌باشند .

۳- به شدت باور دارم که سلامت اخلاقی مطلق سه گروه (طبابت و قضاوت و روحانیت) برای پایداری سقف جامعه الزامی است. در گذشته پزشک یا طبیب، حکیم (صاحب حکمت، ذات حق، خردمند و فرزانه) نامیده می‌شد. اگر چه همکاران جوان، زمانه و روزگار و بویژه دشواری‌های اقتصادی را پاسخگو و گناهکار می‌دانند، ولی به باور من چنانچه اندک خواه و بردبار و شکیبا باشیم و خوبی‌های اخلاقی گذشته طبابت را با توانائی فن‌آوری های جدید درهم آمیخته و یکپارچه کنیم، طبابت همراه حکمت، آرامش بیشتری برای هم بیمار و هم خودمان فراهم می‌کند. این مهم با چند دقیقه وقت گذاشتن و پرهیز از شتاب به راحتی شدنی است .

۴- واژه‌های Legal (قانونی، حقوقی)، Ethical ( اخلاق بیرونی )، Moral ( اخلاق سرشتی با درونی) اگر چه به هم نزدیک و حتی به جای یکدیگر استفاده می‌شود ولی معنی هم پایه ندارند. واژه Legal به معنی قانون نوشته وابسته به علم حقوق و قضائی است، در حالی که دو واژه Ethical و Moral اگر چه هر دو به معنی اخلاق است اما Ethics در پیوند و بر پایه قوانین و اصول توصیه شده با سرچشمه بیرونی مانند اخلاق حرفه‌ای و محل کار و مانند آن است اما، Moral معنی اخلاق با سرچشمه درون و سرشتی شخصی است و به باور من ارزنده‌ترین است. برای روشننگری سه واژه بیان شده، نمونه‌ای بیان کنم . تخصص من جراحی دهان، فک و صورت است، از دیدگاه قانونی یا Legal من اجازه درمان‌های دندانپزشکی مانند ترمیم دندان را دارم چون دکترای عمومی آن را دارم. از دیدگاه اخلاق بیرونی یا Ethical هم من در مطب خصوصی اجازه درمان دندانپزشکی مانند ترمیم دندان را دارم ( البته در

دانشکده اجازه ندارم چون بخش تخصصی آن وجود دارد، ولی از دیدگاه اخلاق سرشتی یا درونی یا Moral من باید به بیمار بگویم که تخصص من جراحی است و سال ها است که درمان های ترمیمی دندانپزشکی را انجام نداده ام. امیدوارم روزی جامعه به نوعی از کمال در اخلاق برسد که دیدگاه یا معنی هر سه واژه Legal و Ethical و Moral یکی و یا دست کم نزدیک به هم شود.

۵ - بسیاری از همکاران با نگاه من به آنچه که در این نوشته ها خواهد آمد همدل هستند. اگر چه گمان می کنم برخی از همکاران بویژه جوان، اگر چه رعایت احترام سن و دیرینگی را کرده و مخالفت خود را بی پرده بیان نمی کنند ولی در درون، همدل نیستند و یا دست کم انجام آن را دشوار می دانند. پیشنهاد من این است که نگاه نا همراه و چالشی خود را بی درنگ و بی گمان بیان کنند تا سبب تلطیف و تکمیل و شیوائی اندیشه دو سویه گردد. من را در زمان حیات به چالش کشید، تا در ممات به غیبت و بدگوئی !!!.

۶ - انتخاب عناوین این مجموعه بر پایه نگرش و ویژگی کمال گرایی من و شاید برای دلداری و تسکین خودم بوده است. اشتیاق و امید به جامعه مطلق سالم و اخلاق مداری دارم که همان گونه که پیشتر نوشتم، مفهوم این سه واژه Moral و Ethical و Legal در طبابت با هم یکی و یا دست کم نزدیک شوند. به باور من تمام انسان ها نه سفید مطلق و نه سیاه مطلق، بلکه خاکستری می باشند که آن هم در فراز و فرود است. کوشش کنیم در راستای خاکستری با گرایش بیشتر به سفید باشیم.

۷ - نگارش ویرایش اول این نوشته را در هنگام فراز پاندمی COVID - 19 (اسفند ۱۳۹۸ تا شهریور ۱۳۹۹) (۲۰۲۰ میلادی) انجام دادم. سپس بویژه از پرستاران و پزشکان و کارکنان بیمارستان های درمان کننده گرفتاران این بیماری الزامی است. بسیاری از بزرگان از ترس هر چند ناچیز گمانه دچار شدن، یک بار هم برای روحیه دادن بیماران در بیمارستان حاضر نشدند. اگر چه نوشته های این مجموعه بیشتر بیان پدیده های منفی است، هرگز به مفهوم نبودن فداکاری و انسانیت نیست، ولی به باور من ویژگی های عالی انسانیت و حکمت با طبابت یکپارچه (Integrated) است، که امتیاز نیست و باید مطلق و گسترده باشد و نه ناچیز. ویرایش دوم به همراه عناوین تازه در بهار ۱۴۰۳ (۲۰۲۴) و ویرایش سوم در بهار ۱۴۰۵ (۲۰۲۶) آماده گردید. با وجود خواهش از بسیاری از همکاران و دانشجویان برای بررسی ویرایش دوم و ارشاد من، افسوس از حتی یک مورد پیشکش افزودنی.

۸ - ویراستاری حرفه ای نوشته ها انجام نشده، چه انگیزه و مراد من رساندن مفهوم بوده است، بنابراین انشاء نوشته ها بی گمان دارای کاستی هایی می باشد. یادآوری و گوشزد انگیزه بازسازی و تشکر و یادگیری دو سویه است. با توجه به این که تایپ و صفحه آرائی را خودم و با تجربه اندک انجام داده ام، بی گمان با کاستی هایی همراه است. تا جایی که به مفهوم گزندی نرسد، کوشش در بکارگیری واژگان شکرین پارسی داشته ام، سرگرم یادگیری هستم، سپس چنانچه جایگزین مناسب تر واژگان یادآوری گردد.

۹ - نوشته ها بر پایه نگرش شخصی همراه بیان مصداق (گواه) است و به همین انگیزه، واژه "من" مانند به باور من، نگاه من، و مانند این ها فراوان بیان شده. خواهش می کنم اگر پاره ای از نوشته ها شما را خشمگین کرد، همه فریاد خود را بر سر من بکشید.

۱۰ - گفتگوی همراه و ناهمراه را برای یاد گیری خودم و کامل شدن این مجموعه ناگزیر می‌دانم. قرار دادن روی تارنمای دانشکده به همراه برگه پرسش و پاسخ، بر پایه همین نگرش بوده است. از سرکار خانم دکتر منصوره دمیرچی‌لو رئیس کتابخانه دانشکده دندانپزشکی شهید بهشتی که این دسترسی را میسر نمودند و همچنین همکاری سرکار خانم رقیه کاظمی و خانم عطیه یوسفی و طیبه رضوی در کتابخانه دانشکده تشکر بسیار دارم .

۱۱ - در پایان از دانشمند فرهیخته و اخلاق‌مدار، سرکار خانم دکتر آزیتا تهرانیچی استاد دانشکده که با نگرش ویرایش اول این گزیده، امکان استفاده از تارنمای کتابخانه دانشکده را پدید آوردند سپاسگزاری می‌کنم .

۱۲ - طنز خودجوش راستین ارثی، از جدم میرزا رحیم ابوالحسن یغمای جندقی ( شاعر و طنز پرداز دوره محمد شاه قاجار ۱۱۶۰ تا ۱۲۳۸ خورشیدی ) در من به شدت وجود دارد، چنانچه در نوشته‌ها آمد به دل نگیرید، اگر چه به بیان چارلی چاپلین :

" من هر قدر با بیان طنز کوشش کردم تا مردم بفهمند، اما آن‌ها فقط خندیدند "

بیتی است مشهور و زبازد ( ضرب المثل ) از یغمای جندقی که میفرماید :

" گوش اگر گوش تو و ناله اگر ناله ماست آنچه البته به جایی نرسد فریاد است "

امیدوارم به ناله نوشته‌هایم گوش فرا دهید، شاید فریاد لطافت کودک درون به جایی برسد !!!

## مسعود یغمائی

استاد ( معلم ) پژوهشکده و بخش جراحی دهان ، فک و صورت دانشکده دندانپزشکی،

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

ویرایش اول: پائیز ۱۳۹۹ ( 2020 )

ویرایش دوم: بهار ۱۴۰۳ ( 2024 )

ویرایش سوم بهار ۱۴۰۵ ( 2026 )

[masvaghmaei@gmail.com](mailto:masvaghmaei@gmail.com)

[masvaghmaei@sbmu.ac.ir](mailto:masvaghmaei@sbmu.ac.ir)

Cell : 09121115426

### ۳ - کاهش لطافت در طبابت

یادآوری چند نمونه برای بیان نگرش یاری‌دهنده است :

۱ - دوران کودکی، در موارد بیماری پدرم من را نزد طبیبی در خیابان نواب ( در نزدیکی منزل ) می‌برد. هنوز نام "دکتر نبوی" و چهره این طبیب با موهای سفید را به یاد دارم. دکتر نبوی پیش از گوش دادن به قلب و ریه، گوشی خود را برای چند ثانیه در کف دست خود قرار می‌داد تا سردی فلز دیافراگم سرگوشی موجب ناراحتی نشود. همین رفتار بسیار ساده هنوز در یاد من باقی مانده است. شکی ندارم پزشک عمومی و متخصص امروزی ده ها و شاید صد ها برابر طبیب پنجاه سال پیش توان و دانش علمی بیشتری دارد، ولی شتاب و نیز پیشرفت‌های بررسی‌های پاراکلینیک، معاینات بالینی و تهیه تاریخچه را به شدت کاهش داده است. به باور من، هر چند اگر تشخیص با آزمایشات لابراتواری و انواع تصویربرداری هم شدنی باشد، پیوند کلامی و لمسی با بیمار، هم برای پیوند دادن یافته‌های پاراکلینیک با یافته‌های بالینی و تاریخچه، و هم برای برقراری ارتباط عاطفی با بیمار الزامی است. در گذشته و زمانی که نزد طبیب متخصص داخلی و قلب و گوارش و به مانند آنها می‌رفتیم، به سبب نبود پاراکلینیک پیشرفته دقیق بیشتر گفتگو و معاینه وجود داشت و همین ناگزیری به پیوند کلامی و لمسی برای تشخیص، سبب برقراری ارتباط خوب میان بیمار و طبیب و افزایش کارایی درمان می‌شد. چکیده این که پیوند شیوه های خوب کلامی و لمسی گذشته، با پیشرفت‌های پاراکلینیک امروزی، نه تنها در دو گانگی نیست، بلکه به راحتی همسو و سبب بهبود گوارائی لطافت در طبابت می‌شود. شوربختانه جایگزینی پاراکلینیک، به جای تاریخچه و معاینه بالینی یکی از مهم های فراموش شده طبابت امروزی است .

۲ - نمونه دیگر، چند سال پیش خانمی میان سال ( زیر درمان نگاه دارنده تالیدومید برای میلوم مولتیپل )، را در دانشکده معاینه کردم. ایشان دو سال قبل مورد جراحی بالا بردن کف سینوس سمت راست همراه Bio - Oss و قرارداد یک ایمپلنت در ناحیه مولر دوم راست بالا قرار گرفته بود. با وجودی که ماده Bio - Oss تنها در پیرامون ایمپلنت مشاهده می‌شد، ولی ایمپلنت از نگاه بالینی محکم و قابل قبول بود. بیمار پس از جراحی بالا، دچار علائم درد پخش شونده تا ناحیه مفصل گیجگاهی فکی راست و دیسستزی ( Dysesthesia ) در ناحیه راست فک بالا با شدت و ضعف بود. به دلیل انتشار علائم تا ناحیه مفصل راست برای بیمار از یک سال پیش نایت گارد ساخته شده بود. در معاینه مولر اول راست بالا در مجاورت ایمپلنت به دلیل نبودن دندان مقابل حدود سه میلیمتر پائین آمده و علائم ترک خوردگی داشت. معاینه پرپودونتیست، دندان مولر اول راست بالا را غیر قابل نگاهداری اعلام نمود. به هر حال با توجه به طولانی بودن علائم درد و پارستزی و اضافه شدن عوامل روحی روانی توصیه شد به عنوان متهم ردیف یک، مولر اول راست بالا خارج شود. جالب این که عمده علائم از بین رفت و با توصیه بخش پروتز استفاده از نایت گارد متوقف شد.

پس از چند ماه بیمار برای بررسی جایگزینی دندان خارج شده مولر اول بالا و فضای بی دندانی در این سمت به بخش پروتز ثابت دانشکده مراجعه نمود. من با رزیدنت‌ها کارگاه طولانی داشتیم، با این وجود در استراحت کوتاه کلاس، بیمار را به بخش پروتز ثابت بردم و شرح سرگذشت را گفتم و از بیمار خواهش کردم با توجه به این که من کلاس دارم در صورت نیاز به بخش جراحی مراجعه کند، با یکی از اساتید بخش جراحی هم صحبت و سفارش کردم. پس از پایان کارگاه ساعت ۵ پس از نیمروز به منزل برگشتم و گوشی موبایل خود را روشن و مشاهده کردم بیمار پیام صوتی طولانی از ناراحتی و بدتر شدن خود گذاشته بود. با ایشان تماس گرفتم و متوجه شدم بیمار به بخش جراحی مراجعه می‌کند. توسط همکاری که با ایشان تلفنی صحبت کردم معاینه می‌شود، به دلیل جالب بودن بیمار از نگاه آموزشی دانشجویان را جمع کرده و چندین عکس با گوشی گرفته می‌شود و به بیمار گفته می‌شود باید صبر کند و شش ماه دیگر برای معاینه مجدد مراجعه کند. بیمار فکر کرده بود، جمع شدن دانشجویان و گرفتن عکس‌های متعدد دلیل بیماری عمده ایشان و حتی گمان بدخیمی کرده بود (با توجه به سابقه میلوم مولتیپل). نیامدن من به دلیل کلاس را هم با همین برخورد در پیوند دانسته بود. پس از حدود یک ساعت گفتگو تا اندازه ای سکون و آرامش یافت. نکته بسیار کوچک ولی فراموش شده در رفتار حرفه‌ای با این بیمار این است که دیسستزی و درد مبهم پراکنده و مزمن (بیش از سه ماه) می‌تواند سبب برهم خوردن سلامت روح و روان شود و بنابراین اول باید بی‌اهمیتی علائم گذشته را به بیمار توضیح می‌دادند، تا از جمع شدن دانشجویان و عکس گرفتن که در دانشکده با اجازه بیمار مرسوم است، برداشت بیماری خطرناک نشود. نمونه دیگر بیماران با ناراحتی‌های ناحیه مفصل گیجگاهی فکی با سرچشمه عضلانی است، به دلیل ارجاع و رفتن از مطبی به مطب دیگر، گمان می‌برد که بیماری خطرناک و بی‌درمانی دارد. معاینه با شکیبائی این بیماران، اطمینان دادن (Counselling) برای از بین بردن نگرانی بیمار، به باور من مهم‌ترین و کارآمدترین بخش درمان است.

۳- من یک نمونه تجربه شخصی خود را در بخش جراحی بیان کنم. موارد بسیار دانشجویان به من مراجعه و از شکست در بدست آوردن بی‌حسی موضعی مناسب تنه ای در بیمار خود گزارش کرده و درخواست می‌کردند من برای بیمار تزریق بی‌حسی را انجام دهم. طبیعی است در این حالت چند دانشجو هم دور بیمار جمع می‌شدند. من پس از پوشیدن دستکش در اولین دیدار با بیمار، سلام کرده و به ایشان می‌گفتم که اگر ناراحت نمی‌شوید، من برای دانشجویان توضیح دهم. همیشه خوش آمد بیماران را داشتم و حتی یک مورد هم به یاد ندارم که بیمار اجازه توضیح آموزشی به دانشجویان را نداده باشد و گمان می‌کنم بیمار احترام بیشتری هم برای من گذاشته و همین برداشت سبب موفقیت و نتیجه بهتر تزریق بی‌حسی موضعی بود.

۴- سخن از بی‌حسی موضعی شد، نمونه ساده دیگری را بیان کنم. انجام بی‌حسی موضعی در نقاط مختلف دهان احساس متفاوت برای بیمار ایجاد می‌کند. چشم داشت بیمار از موفقیت بی‌حسی موضعی، بی‌حسی و یا گزگز لب و زبان و نسج نرم است، در حالی

که تزریق بی‌حسی در برخی نقاط دهان بی‌حسی نسج نرم مانند لب و زبان را ایجاد نمی‌کند. که تنها نمونه این نوع بی‌حسی موضعی در ناحیه دندان عقل یا مولرهای فک بالا است که بی‌حسی ناچیز در گونه ایجاد می‌کند. چنانچه بیمار آگاه نشود، با نگرش نبود تأثیر بی‌حسی موضعی ممکن است واکنش نشان دهد، بویژه این که بیمار فشار هنگام کار را حس کرده و چون بی‌حسی نسج نرم وجود ندارد، بیان از ناکافی بودن بی‌حس موضعی می‌کند، درحالی که دلیل اصلی، توضیح ندادن به بیمار در مورد :

الف - نبود بی‌حسی لب و زبان در این تزریق به دلیل مشترک نبودن اعصاب حسی که در واقع خود یک امتیاز است .

ب - باقی ماندن حس فشار و لرزش با وجود بی‌حسی که باید به بیمار توضیح داده شود و بداند که این حس طبیعی است .

من همیشه پیش از شروع جراحی زیر بی‌حسی موضعی، از روی شان استریل با انگشت فشار ملایم وارد، و به بیمار می‌گفتم این حس هنگام جراحی طبیعی است. توضیح این که بی‌حسی موضعی روی رشته‌های گوناگون عصبی بر پایه ضخامت و داشتن و یا نداشتن میلین تأثیر متفاوت دارد . طبیعی است رشته‌های عصبی نازک‌تر و بدون میلین زودتر تحت تأثیر بی‌حسی موضعی قرار می‌گیرد برهمن پایه ترتیب اثر به قرار زیر است : ۱- اعصاب اتونوم ۲ - حس سرما ۳ - حس گرما ۴ - حس درد ۵ - حس تماس ۶ - حس فشار ۷- حس لرزش. ۸- حس عمقی (Proprioception) ۹ - اعصاب حرکتی .

با توجه به پدیده های بالا، آگاهی درست بیمار در پیوند با حس لمس و لرزش و فشار الزامی است و تنها با چند دقیقه وقت به سادگی حل شدنی است. سلام کردن با تبسم طبیب پیش از معاینه در بیمار احساس راحتی بیشتری می‌کند. البته چنانچه گفتار بیمار زیاد و بدون پیوند با تشخیص باشد، لازم است با شکیبائی و هنرمندانه روش مکالمه را به سوی مناسب هدایت کرد. به باور من هیچ دوگانگی میان پیشرفت‌های تازه و رفتارهای پسندیده حرفه‌ای گذشته نیست. هنر پیوند پیشرفت‌های تازه پاراکلینیک با خوبی‌های سنت رفتاری گذشته، پزشک دانشمند را دگرگون و به سوی آنچه من حکیم یا طبیب فرزانه می‌نامم رشد می‌دهد .

۵ - در مورد بیماران بیمارستانی که قرار است مورد جراحی با بی‌هوشی قرار گیرند، من همیشه حدود یک ساعت پیش از زمان انتقال به اطاق عمل، با بیمار و نزدیکان وی در بخش دیدار می‌کردم. این دیدار بهترین آرام‌بخشی پیش از جراحی است. هم‌چنین یکی دیگر از برتری های این دیدار پیش از جراحی با بیمار و نزدیکان وی از بین بردن این برداشت نادرست است، که بویژه در ایران و بیمارستان‌های دانشگاهی وجود دارد که رزیدنت‌ها، بدون حضور استاد جراحی را انجام می‌دهند. البته یکی از انگیزه های این برداشت نادرست هم ورود مستقیم جراح به اطاق عمل و دیدار با بیمار پیش داروئی گرفته خواب آلود روی تخت اطاق عمل است. این دیدار باید پس از انتقال از اتاق عمل به بخش هم انجام شود. بیان دستورات و مراقبت‌های پس از جراحی، در منزل به آرامش و لطافت طبابت کمک می‌کند. در مورد درمان‌های سرپائی و بویژه جراحی دستورات و مراقبت‌های لازم در منزل به بیمار و همراه وی می‌تواند از برخی فوریت‌های پزشکی ( نمونه کاهش فشار خون وضعیتی ) پیشگیری کند. من گفتاری دارم برای

دانشجویان و رزیدنت‌ها که می‌گویم: "راحت‌ترین بخش جراحی بیمار خود جراحی است" چه بسیار پیامد‌های مهم دیگر در آماده‌سازی جسمی و روانی بیمار و نزدیکان، پیش و پس از جراحی باید انجام شود که خود عمل جراحی را به راحتی بخش کوچک‌تر و راحت‌تر مجموع بسته‌درمانی می‌دانم.

۶ - این روزها انجام درمان‌های بسیار طولانی و چندساعته در یک جلسه زیر بی‌حسی موضعی همه‌گیر شده است. برای نمونه در پیام‌های اینستاگرام بارها، انجام جراحی دو طرفی بالا بردن کف سینوس به همراه ایمپلنت‌های پر شمار فک بالا و پائین زیر بی‌حسی موضعی را مشاهده کرده‌ام. اگر به بیمار شدنی بودن در دو جلسه بسته به تحمل وی گفته نشده باشد، بیمار گمان می‌کند ناچار است جراحی را در یک جلسه انجام دهد. البته زیر بی‌حوشی باید در یک جلسه انجام شود ولی با بی‌حسی موضعی می‌تواند بسته به بردباری و تاب‌آوری بیمار در یک یا دو جلسه و یا بیشتر انجام شود و نباید گونه‌ای بیان شود که بیمار گمان به ناچاری کند، که این به راستی گواه نبود لطافت در طبابت و شاید گواه شکنجه بیمار باشد، هم‌چنین یکی از انگیزه‌های پیدایش فوریت‌های پزشکی در مطب دندانپزشکی است. در مردان مسن‌تر توجه به بزرگی پروستات، در طرح‌زمان درمان باید مورد توجه باشد. پر بودن مثانه، به همراه احساس سرما و درد از عوامل مهم خروج نا‌آرام از بی‌حوشی عمومی است. به‌آزار و خجالت بیمار زیر بی‌حسی موضعی با مثانه پر باید توجه و مدیریت شود. یادمان طنزگونه‌ای از یکی دوستان دارم. وی که تا ۸۵ سالگی مطب دندانپزشکی عمومی داشت، روزی برای خانمی مسن درمان انجام می‌داد که کمی به درازا می‌کشید و ناگهان متوجه می‌شود که بیمار کنترل‌ادرازی خود را روی یونیت از دست می‌دهد، وی برای پیشگیری از شرمندگی بیمار، لیوان آب را از کاسه شور یا کراشوار یونیت برداشته و از بیمار درخواست دهان‌شویه می‌کند، ولی در هنگام دادن لیوان به بیمار آگاهانه در میان راه روی لباس وی ریخته و از بیمار به سبب سهل‌انگاری خود پوزش می‌خواهد تا بیمار شرمنده نشود. درود بر این خلاقیت!!!

۷ - نوید استفاده از هوش مصنوعی ( Artificial Intelligence = AI )، در تشخیص و درمان و جراحی بسیار شدنی است. به طنز می‌گویم، چندان لطافت در طبابت در پاره‌ای از پزشکان و پرستاران و منشی‌ها کاهش یافته و رفتار ماشینی شده که پیش از ورود هوش مصنوعی، خودمان شبیه آن شده‌ایم. نگرانم روزی لطافت هوش مصنوعی برتر از طبیب و انسان واقعی گردد!!!

۸ - در گذشته متخصصین دندانپزشکی اطفال به دلیل نیاز به لطافت بیشتر، خانم دکتر بودند و حتی آقایانی که وارد این تخصص می‌شدند، شخصیت آرام و لطیف‌تری داشتند. شور بختانه امروز با فراوانی استفاده از بیهوشی، نیاز دو چندان به لطافت در این رشته هم کم‌تر شده و به شوخی می‌گویم، گویا کودک لطیف درون مردان متخصص اطفال هم در حال خشن شدن است!!!

۹ - نمونه‌های کاهش لطافت در طبابت فراوان است، ولی به همین پیمانانه بسنده می‌کنم.

#### ۴ - کاهش توجه به اهمیت رضایت آگاهانه و آزادانه ( Informed Consent )

به باور من، از میان مهم‌های فراموش شده طبابت امروزی در ایران، کم‌توجهی به اهمیت تهیه رضایت آگاهانه و آزادانه، دارای اهمیت بیشتری است. بدست آوردن آگاهی‌ها و ریزگان فراوان در این زمینه با یک جستجوی اینترنتی به زبان فارسی و انگلیسی به راحتی دست یافتنی است، ولی مایلم نگاه خودم را در ابتدا با بیان چند نمونه بازگو کنم :

۱ - با توجه به این که بروز آشفته‌گی‌های حسی بویژه در ناحیه لب پائین، بیش‌ترین دلیل ناراحتی و شکایت بیماران است. در مقدمه کتاب " بررسی بالینی کانال ماندیبولر " این مورد را بازگو کرده‌ام، که در موارد گمان بروز این عارضه یعنی اختلال حسی لب پائین، بی‌گمان باید به زبان ساده و بدون استفاده از واژه‌های علمی انگلیسی ( انسستزی، پارستزی، دیسسستزی و به مانند آنها ) به بیمار توضیح داده شود (روش بیان خودم در همین بخش خواهد آمد). بارها در بخش جراحی از دانشجویان و رزیدنت‌ها این پرسش را داشته‌ام که چرا بیان احتمال بروز عارضه، اختلال یا آشفته‌گی حسی لب پائین در جراحی‌های مجاور آن ( مانند خارج کردن دندان مولر سوم نهفته و حتی روئیده ) الزامی است؟ پاسخ بیشتر دانشجویان آمیزه نکته‌های زیر بوده است :

الف - اگر این عارضه رخ داد بیمار و خانواده از نظر قانونی شاکی نشوند .

ب - بیمار و خانواده با عمل‌کننده در دوران مراحل بهبودی همکاری و بردباری بیشتری داشته باشد .

ج - آمادگی و پذیرش بهتر بیمار و خانواده با این عارضه و برخورد بهتر در معاینات و پیگیری‌های بعدی .

اگرچه همه موارد بالا درست است، ولی به باور من مهم‌تر از همه، فرهنگ‌سازی تدریجی در گستره جامعه، آمادگی برای شنیدن راستی است، و این نکته یک مهم فراموش شده در طبابت امروزی بویژه در ایران است. در دوران رزیدنسی در آمریکا، موظف بودیم به تمام بیمارانی که برای جراحی‌های دنتوآلوئولر، برای نمونه خارج کردن دندان عقل یا مولر سوم پائین مراجعه می‌کردند ( نهفته و حتی روئیده مجاور دسته عروقی عصبی ) احتمال اختلال حسی لب پائین را به گونه و شیوه‌ای که احساس آن را به خوبی درک کنند بیان می‌کردیم و جالب این که پذیرش راحت و خوبی داشتند و با شنیدن احتمال عوارض جراحی برآشفته نمی‌شدند. شکی ندارم، دلیل این پذیرش خوب عادت به شنیدن حقیقت احتمال، حتی اندک بروز عوارض جراحی است. بیشتر دانشجویان و همکاران گمان می‌کنند، گرفتن رضایت‌نامه برای آسودگی و حمایت قانونی و حق عمل‌کننده است، در حالی که رضایت آگاهانه و آزادانه در درجه اول حق بیمار است. من به شدت باورمندم که حق بیمار و حق طبیب نه تنها در تضاد و تقابل با هم نیست بلکه همسو است. حتی اگر زمانی گمان کنیم در تقابل قرار گرفته‌ایم بی‌گمان حق بیمار باید در اولویت و برتری باشد. همان‌گونه که بیان کردم بالا بردن تدریجی فرهنگ جامعه در پذیرش حقیقت احتمال بروز عارضه از وظایف عمده پزشکان است و اگر تمام اطباء تهیه

رضایت‌نامه آگاهانه را روزمره انجام دهند، فرهنگ پذیرش شنیدن عوارض احتمالی با سرعت بیشتر همگانی می‌شود. به یاد دارم، در سال‌های دانشجویی اگر برای بیمار بیوپسی انجام می‌دادیم، با نگرانی گمان می‌کرد که سرطان دارد. اما با روزمره شدن انجام بیوپسی این گمان و نگرانی بسیار کاهش یافته است. همین روش برای برخورد بهتر بیماران و خانواده آن‌ها با شنیدن عوارض احتمالی به دست همه همکاران ضروری است. امیدوارم روزی خود بیماران و نزدیکان وی به شنیدن عوارض احتمالی طرح درمان و روش‌های جایگزین پافشاری داشته باشند، چه همان‌گونه که بیان شد بی‌گمان رضایت آگاهانه و آزادانه حق بی‌چون و چرای طبیب، بیماران و نزدیکان وی است. منافع بیمار در برابر منافع طبیب در عنوان جداگانه خواهد آمد.

۲ - دو واژه عارضه ( Complication ) و سهل‌انگاری ( Negligence ) با هم متفاوت است. طبیب و جراح موظف به بیان عوارض ( Complications ) احتمالی و نه بیان سهل‌انگاری ( Negligence ) است. چه عوارض یا Complications با وجود همه دقت‌ها و ریز بینی‌های عمل‌کننده می‌تواند رخ دهد ( مانند جراحی دندان عقل پائین مجاور کانال ماندیبولر ) ( شکل ۱ ) ، ولی در جراحی دندان عقل پائین نباید اختلال در عملکرد عصب زبانی ایجاد شود و در صورت بروز و ماندگاری بیش از یک سال بیشتر حکم، و داوری به سهل‌انگاری ( Negligence ) داده می‌شود. بنابراین برای تهیه رضایت آگاهانه و آزادانه، تنها در پیوند با عوارض احتمالی ( و نه سهل‌انگاری ) است، بی‌گمان پزشک در برابر سهل‌انگاری مسئول و پاسخگو است.

عصب زبانی در ناحیه مولر سوم پائین متوسط حدود  $2/5$  میلی‌متر (  $\pm 0/7$  میلی‌متر ) در مدیال کورتکس لینگوال است، البته در برخی اندازه‌گیری‌ها این فاصله حدود  $0/6$  میلی‌متر از کورتکس لینگوال در ناحیه مولر سوم ذکر شده و به عبارت دیگر بسیار به کورتکس لینگوال مولر سوم نزدیک است ( شکل ۲ ) . هم‌چنین عصب زبانی معمولاً  $2/8$  میلی‌متر (  $\pm 1$  میلی‌متر ) پائین‌تر از لبه یا کرست لینگوال مولر سوم است ولی در ۱۰ تا ۱۵ درصد موارد می‌تواند هم سطح و حتی بالاتر از آن باشد و در حدود ۲۵ درصد موارد به کورتکس لینگوال مولر سوم پائین چسبیده است و بنابراین احتمال صدمه به عصب زبانی در جراحی دندان عقل پائین اگر چه نادر ( حدود یک درصد ) وجود دارد و به همین دلیل برخی آن را سهل‌انگاری ( Negligence ) نمی‌دانند و به عنوان عارضه ( Complication ) بیان می‌کنند. در یک بررسی اینترنتی که انجام دادم، در آمریکا موارد شکایت بیماران از اختلال حسی عصب زبانی پیرو جراحی دندان عقل، رأی دادگاه در صورت دائمی بودن ( بالای ۶ ماه تا یک سال ) بیشتر سهل‌انگاری جراح بوده است. من ترجیح می‌دهم سهل‌انگاری ( Negligence ) در نظر گرفته شود تا عارضه ( Complication ) به دلایل زیر :

الف - عصب زبانی دارای سه عملکرد مهم است ( حس یک سوم قدامی زبان + حس چشائی + ترشحی غدد بزاقی زیر زبانی و زیر فکی ). بنابراین صدمه به عصب زبانی بسیار ناراحت‌کننده تر از، حتی اختلال حسی عصب دندان‌تحتانی است و بویژه از بین رفتن حس چشائی بسیار آزار دهنده است. البته اختلال ترشح بزاقی کمتر نمود بالینی دارد.

ب - ترمیم عصب زبانی نامناسب تر از عصب دندان‌تحتانی است، چه دو انتها درون نسج نرم است در حالی که در مورد عصب دندان‌تحتانی امکان ترمیم در مسیر کانال (چنانچه مسدود نشده باشد) فراهم و مناسب و امکان پذیرتر است.

ج - با توجه به موارد بیان شده بالا، به باور من بروز اختلال حسی زبان در جراحی دندان عقل پائین بهتر است سهل‌انگاری (Negligence) در نظر گرفته شود تا هنگام جراحی با احترام بیشتری با آن برخورد شود. همان گونه که بیان شد در بیشتر پرونده‌های صدمه به عصب زبانی در صورت ماندگاری (۶ تا ۱۲ ماه) حکم صادره دادگاه، بیشتر سهل‌انگاری جراح بوده است. البته در جراحی‌های وسیع مانند تومورهای شامل ناحیه ترومولر که نیاز به برداشت وسیع و فدا کردن (Sacrifice) عصب زبانی است، عارضه (Complication) می‌باشد و باید به بیمار نشانه و پیامدهای صدمه به عصب زبانی مانند، اختلال در حس یک سوم ناحیه قدامی زبان و بویژه از بین رفتن حس چشائی که ناراحت کننده تر است توضیح داده شود و رضایت آگاهانه کتبی بدست آید، ولی در مورد جراحی دندان عقل پائین نباید به بیمار این احتمال گفته شود، چه قرار نیست و به باور من نباید رخ دهد. عصب زبانی (شکل ۲) پس از مجاورت و حتی تماس با کورتکس لینگوال دندان عقل پائین به سمت مدیال است و در واقع با سایر دندان‌های مولر و پرمولر فاصله می‌گیرد و محتمل‌ترین نقطه احتمالی صدمه در ناحیه نزدیکی آن با مجرای بزاقی کف دهان یا وارتون (نمونه برداشتن سنگ بزاقی) و یا جراحی غده بزاقی زیر زبانی است.

با توجه به اهمیت پرهیز از صدمه به عصب زبانی طی جراحی دندان عقل پائین توصیه می‌شود:

- ۱- طرح مناسب فلپ برای جراحی دندان عقل پائین (شکل ۳).
- ۲- حفاظت پریوست ناحیه لینگوال با الواتور پریوست بویژه هنگام استفاده از فرز در ناحیه دیستو لینگوال.
- ۳- احتیاط کامل هنگام برداشتن فولیکول چسبیده به مخاط سمت لینگوال.
- ۴- موقع بخیه زدن، لبه بزرگ از مخاط لینگوال گرفته نشود چه ممکن است سبب فشرده شدن عصب با بخیه شود.
- ۵- در موارد نهفته نسج نرم و مواردی که ناحیه مزیال دندان عریان و قسمت دیستال با نسج نرم پوشیده شده، با برش کوچک مخاط برای خروج دندان داده شود، و گرنه هنگام استفاده از الواتور و خروج تاج، مخاط پوشاننده دیستال بالا آمده و می‌تواند سبب صدمه پریوست و عصب زبانی گردد.
- ۶- توصیه همیشگی من به دانشجویان این است که پس از خارج کردن دندان عقل چه نهفته و چه روئیده، ناحیه لینگوال را لمس کنند چه به دلیل نازکی کورتکس این ناحیه می‌تواند به سمت لینگوال دچار شکستگی و صدمه به عصب زبانی شود. چنانچه در زمان جراحی این شکستگی احساس شود با فشار ملایم به جای خود بر می‌گردد و نیاز به دستکاری جراحی آینده نمی‌باشد.

۷- چنانچه جراحی دندان عقل پائین زیر بیهوشی انجام می‌شود، لازم است از فشرده شدن مخاط لینگوآل هنگام استفاده از رتراکتور زبان ( Weider ) پرهیز گردد.

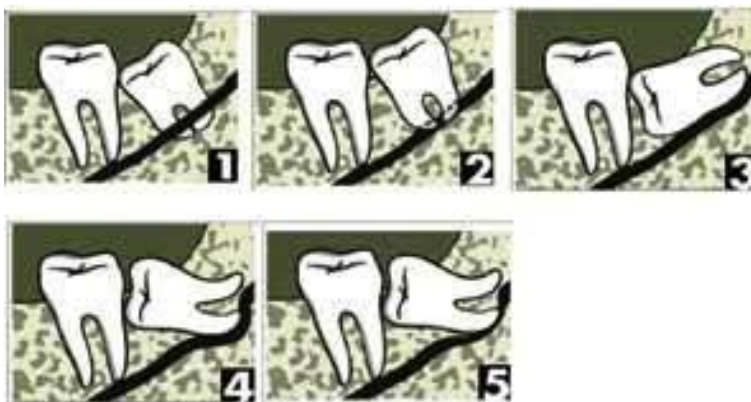
در صورت بروز اختلال حسی ناحیه عصب زبانی پس از جراحی دندان عقل پائین، توصیه من برداشتن زودرس بخیه‌ها جهت آزاد شدن فلپ می‌باشد. به دلیل اهمیت دوباره گوئی می‌کنم، تنها گمان عوارض درمانی و جراحی ( Complications ) باید به زبان قابل درک به بیمار گفته شود ولی موارد سهل‌انگاری ( Negligence ) نباید گفته شود چه این مورد نباید پیش آید و چنانچه بروز کند، در واقع کوتاهی و قصور ( Malpractice ) به حساب می‌آید. روش بیان احتمال عوارض هم خیلی مهم است و بیشتر در کتب این روش‌ها بیان نشده چرا که بر حسب مورد ( خود بیمار و خانواده و نوع احتمالی عوارض ) متفاوت و طیب باید با ظرافت و لطافت و هنر خود روش بیان را انتخاب کند. البته در روش بیان عوارض نکاتی است، که بی‌گمان باید پاس شود یکی از مهم‌ترین آن استفاده نکردن از واژه‌های انگلیسی و علمی ( مانند انستزی، پارستزی، دیستزی ) است و در واقع باید نوعی بیان شود که به راحتی توسط بیمار و همراهان درک شود. توصیه می‌کنم هنگام بیان عوارض احتمالی، نزدیکان همراه وی حضور داشته شوند ( مگر مواردی که بیمار بالغ و تمایل نداشته باشد ) و به حاضرین فرصت داده شود تا هر پرسشی که دارند را بیان کنند. در موارد مجاورت و یا تماس احتمالی کانال ماندیبولر با ریشه دندان عقل ( که حتی در موارد روئیده هم ممکن است رخ دهد ) ( شکل ۱ ) من بیشتر با این بیان به بیمار توضیح می‌دهم :

” در حال نشان دادن رادیوگرافی، محل و مسیر عبور کانال و عصب را نشان می‌دهم و می‌گویم، همه ما این را داریم و یک عصب حسی در حد ضخامت یک نخ کاموا و حدود سه تا چهار میلی‌متر داخل آن است و حس لب پائین ما از همین عصب است البته تنها و تنها حس لب است و نه حرکت آن. نوک ریشه موقع خروج ممکن است یک تماس یا غلغلک با آن پیدا کند. حتی همین تماس کوچک می‌تواند در کارکرد آن تأثیر و شما در لب پائین حسی مشابه زمانی که بیشتر آمپول بی‌حسی داشته‌اید و یا زمانی که بی‌حسی در حال از بین رفتن است و گزگز می‌کند داشته باشید و یک لکه بی‌حسی در لب و چانه احساس کنید که البته خودتان احساس می‌کنید و حرکت نیست. این لکه بی‌حسی یا گزگز همواره کم کم کوچک شده و مدت ۲ تا ۳ ماه از بین می‌رود. همیشه بیشتر بیماران پس از این توضیح می‌پرسند، آیا این حالت می‌تواند دائم باقی بماند؟ جواب من این است که من تا به حال نداشته‌ام و درست مانند این است که از خلبان بپرسید آیا این پرواز سقوط می‌کند؟. جواب خلبان باید این باشد که :

” من ۳۰ سال تاکنون پرواز داشته‌ام و اگر این اتفاق می‌افتاد این جا نبودم ولی صد در صد نمی‌توانم بگویم احتمال صفر است ”

من رضایت آگاهانه را در حد شفاهی و برپائی آسودگی دو سویه برگزار می‌کردم ولی بهتر است در یک برگه همراه امضاء بیمار و نزدیکان وی باشد. بویژه در مراکز دانشگاهی بهتر است برگه رضایت آگاهانه پس از توضیحات شفاهی برای امضاء به بیمار داده شود و از وی درخواست شود پس از مطالعه کامل و پرسیدن تمام پرسش‌ها امضاء کند. البته امضاء رضایت نامه آگاهانه بیانگر انجام وظیفه پزشک است و جلوی انکار، تکذیب و حاشا را می‌گیرد. البته امضاء رضایت آگاهانه دلیل مصونیت پزشک در برابر قصور و سهل‌انگاری ( Negligence = Malpractice ) نمی‌باشد.

نکته مهم دیگر، افزون بر اجبار به بیان عوارض ماندگار یا دیرپای احتمالی ( Complication ) که بیان گردید، باید عوارض گذرای معمول پس از جراحی مانند تورم، درد و سایر عوارض زود گذر عادی پس از جراحی هم باید بیان گردد تا بیمار در موارد انتخابی بودن جراحی ( Elective Surgery )، زمان مناسب جراحی را خود بیمار انتخاب و هماهنگ کند. این نکته مهم در عنوان جداگانه " کاهش توجه به دستورات و راهنمایی‌های پس از جراحی " در صفحات آینده بیان خواهد شد.



شکل ۱- پنج یافته در رادیوگرافی پانورامیک

در ارتباط با چگونگی ارتباط دندان عقل پائین با کانال دندان تحتانی

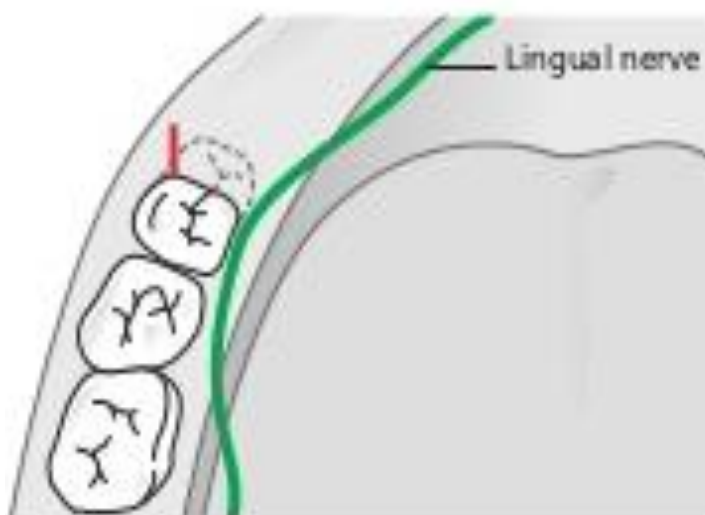
البته در مجموع ۹ علامت رادیوگرافیک بیان شده که می‌تواند ناچار به بررسی بیشتر با CT شویم. به جدول ( ۱ ) در باره ۹ یافته رادیوگرافیک که بر پایه آن، جراح می‌تواند تصمیم به انجام CT بگیرد نگاه کنید.

۱- رویهم افتادگی یا Superimposition      ۲- افزایش رادیولوسنسی      ۳- انقطاع در دیواره رادیوپک کانال

۴- انحراف کانال یا Deviation      ۵- باریک شدن کانال یا Narrowing

( جدول ۱ ) ۹ یافته رادیوگرافی پانورامیک که شاخص واقعی بودن ارتباط و برپایه آن جراح می تواند تصمیم به انجام CT بگیرد .

Panoramic findings	Indicator for CT Scan
1- Radiolucent band	10 ( 23 % )
2- Loss Of MC border	14 ( 32 % )
3- Change MC direction	17 ( 39 % )
4- MC narrowing	25 ( 57 % )
5- Root narrow	16 ( 36 % )
6- Root deviation	14 ( 32 % )
7- Bifid Apex	11 ( 25 % )
8- Superimposed	2 ( 5 % )
9- Contact MC	5 ( 11 % )



شکل ۲ - مجاورت عصب زبانی در ناحیه مولر سوم پائین ( مراجعه به متن )



شکل ۳ - طرح فلپ مناسب برای جراحی دندان عقل پائین. معمولاً حدود ۱۰ میلی متر انسزیون دیستال مولر دوم کفایت می‌کند. برش طولانی می‌تواند موجب قطع عضله باکسیناتور و خونریزی از شریان باکال و صدمه به عصب گونه ای یا Long buccal شود. تمایل لاترالی انسزیون ضمن سهولت آزادی فلپ و سبب پرهیز از احتمال صدمه به عصب زبانی می‌شود. توصیه می‌کنم بلافاصله پس از کنار زدن فلپ یک Wedge مناسب مخاطی از دیستال مولر دوم برای پرهیز از ایجاد پاکت پریودونتال دیستال مولر دوم و دید بهتر برداشته شود.

### نکات مهم در رضایت آگاهانه و آزادانه

- ۱ - سهیم کردن بیمار و نزدیکان وی در طرح درمان است.
- ۲ - تأثیر مناسب در نتایج بالینی و روانی پس از جراحی دارد.
- ۳ - حق بیمار است. اگرچه به باور من حق بیمار و طبیب نه تنها در تضاد یا تقابل با هم نمی‌باشد بلکه همسو است. حتی در گمان تقابل حق بیمار در تقدم و برتری است. منافع بیمار در برابر منافع طبیب در عنوان جداگانه بیان خواهد شد.
- ۴ - بنیادین‌ترین مفهوم در اخلاق پزشکی است.
- ۵ - در رضایت آگاهانه و آزادانه، بیمار یا جانشین یا کفیل وی از طرح درمان، باید از و عوارض احتمالی مطلع می‌شود.
- ۶ - رضایت آگاهانه و آزادانه، و ابطال‌پذیر است.
- ۷ - رضایت بدون آگاهی مفهوم اخلاقی و حقوقی خود را از دست می‌دهد.
- ۸ - در بیان طرح درمان و عوارض احتمالی نباید از واژگان پیچیده و به ویژه پزشکی غیر فارسی بیگانه برای بیمار استفاده شود. برای نمونه همان‌گونه که در صفحات پیش بیان شد، احتمال اختلال حسی لب پائین نباید با واژگان پزشکی مانند انستری و یا پارستری بیان شود، بلکه احساس حالت برای بیمار توضیح داده شود. روش بیان در صفحات پیش آورده شده و بازگو نمی‌شود. عمده صدمات احتمالی مرتبط با اعصاب حسی و بویژه شاخه‌های حسی عصب ماندیبولر است. خوشبختانه صدمات اعصاب حرکتی مانند شاخه‌های حرکتی عضلات جونده که از شاخه حرکتی عصب ماندیبولر است و هم‌چنین عصب صورتی که عصب حرکتی عضلات چهره‌ای است، در جراحی‌های متداول دهان، فک و صورت بسیار نادر است ( مگر جراحی‌های پاروتید و مفصل گیجگاهی فکی و تراما و برخی جراحی‌های زیبایی ). در مورد اعصاب حرکتی عضلات جونده ( همگی از شاخه حرکتی عصب ماندیبولر است،

مگر بطن خلفی عضله دو بطنی که از عصب فاسیال یا صورتی حرکت می‌گیرد) با توجه به عمق قرارگیری خوشبختانه دستخوش صدمه در جراحی‌های دهان، فک و صورت نمی‌باشد. با توجه به فراوانی جراحی‌های ایمپلنت بیمار حق دارد فاصله زمانی انجام جراحی تا بهره برداری نهائی را بداند. این نکته به ویژه در اعمال جراحی آماده‌سازی (مانند بالا بردن کف سینوس) که تا بهره‌برداری از ایمپلنت زمان طولانی‌تری باید بردباری کرد الزامی است.

۹ - به بیمار و نزدیکان همراه بیمار اجازه کامل و راحت پرسش داده شود.

۱۰ - متن رضایت نامه آگاهانه آزادانه بر اساس نوع جراحی و عوارض احتمالی متفاوت است. برای نمونه در بیماری که تحت عمل جراحی مغز و اعصاب قرار می‌گیرد عوارض و پرسش‌های مهم مانند نتیجه جراحی، کیفیت زندگی پس از جراحی، ترس و بیم انجام ندادن جراحی، و طول عمر پس از جراحی همیشه بیان و باید پاسخ داده و در متن رضایت‌نامه آورده شود. در جراحی‌های دهان، فک و صورت متن رضایت‌نامه متفاوت است و یک نمونه که برای بخش جراحی دهان، فک و صورت دانشکده دندانپزشکی شهید بهشتی تهیه شده در پایان همین بخش آورده شده است.

۱۱ - تنها در موارد اورژانس واقعی (خطر انسداد راه هوایی و خونریزی) درمان بدون رضایت‌نامه مجاز است.

۱۲ - رضایت آگاهانه می‌تواند در موارد رضایت ترک بیمارستان (با وجود توصیه پزشکی) با میل و مسئولیت شخصی باشد.

۱۳ - فشرده کنم: **رضایت آگاهانه و آزادانه (Informed Consent)** به معنای اجازه و اذن بیمار به پزشک جهت دخل و تصرف و مداخله در بدن او جهت درمان است که لازمه آن، پیشکش آگاهی درست مربوط به بیماری به بیمار و نزدیکان، توسط پزشک و فهم آن توسط بیمار است. این آگاهی باید به بیماری صورت گیرد، که ظرفیت تصمیم‌گیری و فهم اطلاعات مربوطه را دارد و پیامدهای ناشی از تصمیم‌گیری خود را درک می‌کند. گزینش بیمار باید به دور از هرگونه فشار یا فریب یا ناگزیری باشد و بیمار در گزینش خود باید داوطلبانه و آزادانه عمل کند.

۱۴ - موارد نیاز به رضایت‌نامه آگاهانه آزادانه شامل:

- تمام اعمال جراحی.
- بی‌هوشی و آرام بخشی.
- اقدامات تشخیصی درمانی تهاجمی مانند شوک درمانی الکتریکی (ECT)، پرتو درمانی، شیمی درمانی، انواع آنژیوگرافی و به مانند آن‌ها.
- استفاده از خون و فراورده‌های آن (ترانسفیوژن).
- تحقیقات.

## برائت نامه ( Acquittal )

برائت نامه عبارت است از آن که، پزشک قبل از شروع به اقدام درمانی، خطرات احتمالی را به بیمار و یا ولی او تذکر دهد و به شکل نوشتاری یا کتبی، برائت نامه را دریافت کند تا چنان چه خسارت یا زبانی روی دهد، مسئول و مدیون نباشد. در حالتی که پزشک، رضایت بیمار را اخذ کرد مجاز است تا بر اساس تشخیص خود، مناسب ترین راه درمان را انتخاب و بر پایه آن عمل کند، از آن جایی که برائت را اخذ کرده است، اگر بیمار در طی درمان دچار عوارض یا نقص عضو شود ( در صورتی که پزشک بر اساس موازین علمی و فنی عمل کرده باشد ) مقصر نیست.

## تفاوت رضایت نامه و برائت نامه

اگر پزشک تنها رضایت نامه دریافت کرده باشد، اگر مرگ، نقص عضو، یا خسارت مالی، روی دهد ضامن است، ولی اگر برائت را اخذ کند مسئول خسارت وارده نیست. البته اگر پزشک در بروز عوارض مقصر نباشد حتی در صورت عدم اخذ برائت نیز ضامن نیست همچنین اگر پزشک در انجام اقدامات پزشکی مقصر باشد و کوتاهی کند، برائتی که پیش از درمان گرفته است موجب از بین رفتن مسئولیت او نمی شود.

## فرم رضایت نامه و اجازه عمل ( برائت نامه )

با توجه به این که آگاهی از وضعیت بیماری و درمان های ضروری و مخاطرات و ریسک های احتمالی و یا عوارض ناخواسته از حقوق بیماران است، آگاهی های لازم در مورد جراحی شما در زیر آورده شده است. پس از مطالعه و مشاوره و پرسش و پاسخ از پزشک خود اقدام به امضاء رضایت نامه بنمائید. عوارض عمومی و اختصاصی جراحی شما شامل موارد زیر است:

- ۱ - تورم، درد، خونریزی، و کبودی در ناحیه عمل، زخم و خراشیدگی در نواحی مجاور از جمله لب و زبان.
- ۲ - احتمال ترمیم نامناسب و عفونت که نیاز به درمان های اضافی بعدی را ایجاد کند.
- ۳ - احتمال صدمه به ترمیم، پرکردگی، پروتز یا روکش های مجاور محل عمل جراحی.
- ۴ - طولانی شدن دوره درمان به دلایلی ناخواسته و حتی عوارضی که نیاز به اقدامات درمانی در بیمارستان داشته باشد.
- ۵ - واکنش های حساسیت و آلرژی نسبت به داروها و مواد مصرفی.
- ۶ - احتمال باز شدن سینوس به دهان که نیاز به درمان در همان جلسه یا جلسه ای دیگر داشته باشد.
- ۷ - تصمیم به باقی گذاشتن قطعات کوچک نوک ریشه با دید جراح در مواردی که به خیر و صلاح باشد.

۸ - در مورد جراحی دندان‌های عقل که مجاور عصب حسی دندان‌های تحتانی (کانال ماندیبولر) باشد، احتمال اختلال در کارکرد عصب حسی لب پائین و چانه وجود دارد که به شیوه بی‌حسی یا خواب رفتگی، گزگز و احساس درد یا سوزش به همراه بی‌حسی در ناحیه از عوارض احتمالی مهم جراحی دندان‌های عقل پائین است که بیشتر طی سه ماه و کم‌کم بهبود می‌یابد ولی در مواردی طولانی و حتی می‌تواند همیشگی باقی بماند. در مورد احتمال بروز اختلالات حسی در ناحیه لب و چانه و زبان به صورت کامل، تمام پرسش‌های خود را بپرسید و تا تمام سئوالات و تردیدهای شما پاسخ داده نشده و تا زمانی که خود شما و نزدیکان قانع نشده اید رضایت عمل را امضاء نکنید. توصیه می‌شود برای آگاهی بیشتر با جراح دیگری هم اگر صلاح دانستید مشورت کنید.

۹ - عارضه نادر دیگر طی جراحی دندان عقل پائین بروز ترک خوردگی یا شکستگی در فک پائین است که در صورت بروز نیاز به درمان اضافی دارد.

---

اینجانب.....فرزند.....شناسنامه.....شماره ملی ..... بدینوسیله اعلام می‌دارم از کلیه موارد مندرج در بندهای فوق کاملاً مطلع شده، تمام سئوالات خود را انجام داده و با آگاهی کامل از تمام عوارض احتمالی براءت جراحان بخش جراحی دهان و فک و صورت را از عوارض احتمالی اعلام نموده و بدینوسیله هیچ گونه ادعایی اعم از کیفری و حقوقی نخواهم داشت.

نام و امضاء بیمار (ولی):

نام و امضاء شاهد یا یکی از نزدیکان بیمار:

تاریخ:

همان‌گونه که پیشتر بیان شد، من رضایت آگاهانه را در مطب و حد شفاهی و برقراری آسودگی و پیوند دو سویه با بیمار و نزدیکان وی برگزار می‌کردم ولی بهتر است در یک برگه با امضاء بیمار و نزدیکان همراه وی باشد. بویژه در مراکز دانشگاهی بهتر است برگه رضایت آگاهانه پس از توضیحات شفاهی برای امضاء به بیمار داده شود و از وی درخواست شود پس از مطالعه کامل و قانع شدن از تمام پرسش‌ها امضاء کند. البته امضاء رضایت‌نامه آگاهانه بیانگر انجام وظیفه پزشک است و دست کم جلوی انکار را می‌گیرد، ولی رضایت آگاهانه، دلیل مصونیت پزشک در برابر سهل‌انگاری و قصور (Negligence = Malpractice) نیست.

## ۵ - افزایش پاراکلینیک های غیر ضروری

پاراکلینیک ( آزمایشات لابراتواری و انواع تصویر برداری ها ) قرار بوده برای ارزیابی یافته‌های تاریخچه و بالینی باشد ولی شوربختانه در بسیاری موارد جایگزین آن شده است. امروزه نمونه‌های فراوان، در همه رشته‌های تخصصی وجود دارد. روش‌های نوین تصویر برداری‌های تشخیصی مانند :

CT Scan/ CBCT /MRI /Pet Scan/ Sonography/Sialography /Bone Scan/ CTx / Bone density/....

همگی عالی و به تشخیص و طرح درمان مناسب کمک می‌کند و در مواردی انجام آن‌ها الزامی است، اما شوربختانه در بسیاری موارد جایگزین تهیه تاریخچه و معاینه بالینی شده و شاید انگیزه پزشکی قانونی هم در این پدیده نقش داشته باشد. من به دانشجویان برای نمونه می‌گویم هواپیما وسیله بسیار عالی، ولی استفاده از آن برای سفر چند کیلومتر زیاده روی است. به باور من بیش از نیاز واقعی انجام می‌شود، ولی گسترش این شیوه سبب، پذیرش هم عمل کننده و هم بیمار شده است. روش درست مشاهده پاراکلینیک ( از جمله رادیوگرافی ) باید پس از پرسش تاریخچه و معاینه بالینی باشد ولی در تجربه شخصی در دانشکده بیشتر به تصاویر پیش از معاینه بالینی نگاه می‌شود. جالب این که زمانی که سرگرم گفتگو با بیمار برای بررسی تاریخچه و سپس معاینه بالینی بودم دانشجویان شاهد، رادیوگرافی را به گونه‌ای نشان می‌دهند که انگار من فراموش کرده ام !!! پس از پایان معاینه رادیوگرافی و یا سایر مدارک پاراکلینیک را بررسی و به دانشجویان توضیح میدهم که ارزیابی پاراکلینیک پس از معاینه بالینی است. بسیاری از بیماران که برای جراحی‌های رایج دنتوآلوئولر ( مانند دندان‌های نهفته بویژه مولر سوم، اکسپوز دندان نهفته بویژه کانین و مانند این‌ها ) مراجعه می‌کنند از پیش افزون بر رادیوگرافی ساده مانند پانورامیک، همراه خود سایر انواع تصویربرداری مانند CT / CBCT دارند که به راستی در برنامه درمان و روش جراحی در بسیاری از موارد کمکی نمی‌کند. برای من جالب است که چرا دندانپزشکان عمومی و متخصص CT Scan بسیار، ولی CBC کم تر درخواست می‌کنند؟ انگیزه بیان نمونه بالا این است، که بسته به نیاز یافته‌های تاریخچه‌ای و معاینه بالینی باید اقدام به انجام انواع پاراکلینیک شود و نه در همه موارد معمول و متداول. برای نمونه بررسی دقیق ساختمان‌های حساس آناتومیک مانند سینوس ماگزیلری و دسته عروقی عصبی ( NVB ) مانند کانال ماندیبولر و نیز ارزیابی دقیق عرض و ارتفاع استخوان موجود که در طرح درمان ایمپلنت بسیار مهم است، انجام تصویربرداری‌های دقیق تر مانند CT / CBCT الزامی است. خاطره جالبی از دوران رزیدنسی در آمریکا به یاد دارم. شروع سال اول، تازه کار و کم تجربه، برای معاینه یک بیمار دچار حادثه تصادف اتومبیل همراه یک استاد و یک رزیدنت سال بالاتر، به سوی اطاق محل بستری می‌رفتیم. استاد از من خواست پیش از رفتن به اطاق بیمار رادیوگرافی‌های وی را بررسی و شکستگی‌ها را تشخیص دهم. خوشبختانه من این اشتباه را انجام ندادم و به استاد گفتم " اجازه دهید ابتدا بیمار را معاینه کنم " که البته این روش درست

است و گرنه یک یافته طبیعی آناتومیک مانند درز بینی پیشانی می تواند به عنوان خط شکستگی ارزیابی گردد، ولی چنانچه معاینه بالینی را ابتدا انجام داده باشیم توانا به تفسیر یافته رادیوگرافیک هستیم ( توضیح اینکه در زمان رزیدنسی جراحی دهان و فک و صورت من ۱۹۷۷ تا ۱۹۸۱ میلادی برای ارزیابی شکستگی های استخوان های فک و صورت بیشتر از رادیوگرافی های ساده استفاده می شد و CT Scan رایج نبود ) . در هر حال بررسی رادیوگرافیک و سایر روش های تصویربرداری باید پس از معاینه بالینی باشد و نه پیش از آن . در مورد جراحی دندان های عقل نهفته بویژه پائین با توجه به مجاورت احتمالی با کانال ماندیبولر امروزه علاوه بر رادیوگرافی پانورامیک از CT Scan بسیار و همه گیر انجام می شود . به باور من اگر انجام جراحی اجباری است ( مانند بروز عفونت پری کورونیت و پاتولوژی اطراف تاج ) نقشی در روش جراحی ندارد و تنها گمان بروز عارضه بیشتر به بیمار توضیح داده می شود و شاید یک مدرک پزشکی قانونی باشد. در زمان رزیدنسی در آمریکا به تمام بیمارانی که برای جراحی دندان عقل نهفته پائین مراجعه می کردند دو عارضه احتمالی ( اختلال حسی لب و احتمال شکستگی فک پائین به زبان ساده قابل درک و علمی ) به بیمار و نزدیکان همراه توضیح داده می شد که دارای فواید پر شمار است از جمله :

الف- همکاری بیمار و نزدیکان چنان چه عارضه ای مانند اختلال حسی در لب پائین که در صفحات پیش و در بخش رضایت نامه آگاهانه ( Informed Consent ) بیان شد تنها بیمار باید در جریان عارضه ( Complication ) احتمالی قرار گیرد. به بیان دیگر با وجود نهایت دقت و ظرافت در جراحی چنانچه ریشه مجاور عصب باشد یک تماس و تحریک ساده می تواند موجب اختلال حسی لب پائین شود. بنابراین جراح موظف به آگاه کردن بیمار و نزدیکان تنها، از احتمال عارضه ( Complication ) است و نه کوتاهی یا سهل انگاری یا Negligence و به همین انگیزه اختلال حسی زبان نباید بیان شود چه نباید در جراحی دندان عقل پائین رخ دهد. در این مورد در صفحات پیش بیان شد و دو باره گوئی نمی کنم .

ب- با توجه به بیان عوارض احتمالی که به بیمار توضیح داده می شود ( مانند احتمال اختلال حسی لب پائین و شکستگی فک پائین در جراحی دندان عقل پائین و یا باز شدن سینوس و نیاز به درمان اضافی در موارد احتمالی و مانند این ها ) در بیشتر موارد رخ نمی دهد یک فرهنگ سازی در سطح جامعه برای پذیرش احتمال عارضه جراحی به تدریج رخ می دهد. به باور من دلیل اصلی پذیرش نامناسب برای حتی شنیدن عارضه جراحی بیماران در ایران ناشی از کوتاهی و گناه جراح است . دانستن احتمال عوارض جراحی حق مسلم بیمار و نزدیکان وی است. به راستی باور دارم که حق بیمار و جراح با هم نه تنها در تضاد نیست بلکه سراسر همسو است. وظیفه اصلی پزشک و جراح اصلاح فرهنگ بیمار است. من همیشه باورمند بوده ام که طبیب سه پیام یا رسالت دارد :

۱ - اصلاح فرهنگ بیمار و نزدیکان وی در ارتباط با پذیرش عوارض احتمالی و احساس حق برای پرسشگری کامل .

۲ - انتقال اطلاعات و ایجاد آگاهی بیشتر در سطح جامعه . ۳ - درمان

شوربختانه مورد سوم بیشتر مورد توجه بوده است. همیشه باور دارم که "راحت‌ترین قسمت جراحی خود جراحی است" به بیان دیگر آماده سازی بیمار و نزدیکان برای پذیرش هم طرح درمان و هم فرد درمان کننده مهم‌تر از خود درمان است. با توجه به اینکه بیشتر درمان‌های دندانپزشکی و جراحی‌های ناحیه دهان، فک و صورت انتخابی یا Elective است، در مواردی که پذیرش عارضه احتمالی برای بیمار و یا همراهان مشکل است، من همیشه توصیه می‌کنم با همکاران دیگر مشورت کنند چه به باور من :

" شنیدن احتمال عارضه از چند زبان بهتر از شنیدن چند بار از یک زبان است ". همان گونه که بیان شد به دلیل رایج نبودن بیان احتمال عارضه توسط جراحان، برای بیمار و همراهان شنیدن این مطالب در برخی موارد عجیب به نظر می‌رسد و تغییر این نگرش به عهده جراح است. برای نمونه در گذشته چون انجام بیوپسی خیلی مرسوم نبود، هر وقت به بیمار پیشنهاد نیاز به بیوپسی از عارضه می‌شد، تصور و ترس ضایعه بدخیم و سرطان تقویت می‌شد، در حالی که با متداول شدن انجام بیوپسی برای همه ضایعات اکنون این پذیرش در بیماران ایجاد و ترس بی جا از بین رفته و یا دست کم بسیار کاهش یافته و امیدوارم روزی باشد که بیمار پافشاری به انجام بیوپسی داشته باشد. همین پدیده باید با بیان عوارض احتمالی جراحی هم رخ دهد و این وظیفه بسیار مهم فراموش شده است. انجام پاراکلینیک‌های غیر ضروری در بسیاری از تخصص‌های پزشکی هم متأسفانه رایج شده است. در گذشته که روش‌های پاراکلینیک پیشرفته امروزی در دسترس نبود به دلیل ارتباط کلامی و لمسی بیشتر برای تهیه تاریخچه و معاینه بالینی، ارتباط عاطفی بیشتری برقرار می‌شد که به باورم خیلی به نتیجه درمان کمک می‌کرد. پس از ورود روش‌های پیشرفته پاراکلینیک شوربختانه این ارتباط انسانی عاطفی کاهش یافته و یافته‌های آزمایشگاهی و پاراکلینیک جایگزین آن شده است. دوباره پافشاری می‌کنم که روش‌های تشخیصی متعدد تهاجمی و غیر تهاجمی بسیار عالی امروزه در دسترس است و در موارد ضروری بر پایه تاریخچه و یافته‌های بالینی انجام آن در تشخیص و طرح درمان بسیار مفید و حتی الزامی است. فشرده نوشته‌هایم این است که پاراکلینیک، باید برای تایید یا رد یافته‌های تاریخچه و معاینه بالینی باشد و نه جایگزین آن .

## ۶-۱ افزایش درمان های غیر ضروری

پیش از ورود روش های جدید پاراکلینیک، بویژه انواع تصویربرداری ها که بسیار هم در جای مناسب عالی است، در گذشته تهیه تاریخچه و معاینه بالینی در حد آگاهی و توانائی های زمان، و ارتباط کلامی و تماسی و عاطفی و انسانی بیشتر بین بیمار و پزشک برقرار، و خیلی اندک ممکن بود درمان های غیر ضروری انجام شود و اگر درمان دارویی و جراحی غیر ضروری انجام می شد، بیشتر سهوی و به دلیل تشخیص نادرست بود. هنوز هم در تخصص هائی که Procedure ( پروسه یا روش های عملی تشخیصی ) وارد نشده، بهتر مانده است. دندانپزشکی عمومی و تخصصی کم و بیش همراه انجام درمان های عملی است و شوربختانه چنانچه عمل کننده بخواهد بهر دلیل سهوی ( امیدوارم ) یا عمدی درمان های غیر ضروری انجام دهد میدان برای وی باز است. بسیاری از درمان های غیر ضروری در کوتاه یا دراز مدت می توانند حتی صدمه زننده باشند. بویژه در جراحی های تنها با هدف زیبایی جراح بسیار نقش مهمی در پیشگیری از جراحی های غیر ضروری دارد. نمونه ای بیان می کنم که در طول طبابت برای خودم بارها رخ داده است. دختر جوان با فقط شکایت دیده شدن بیش از حد لثه فک بالا هنگام خنده ( Gummy Smile ) مراجعه نموده . در موارد خفیف من همیشه به بیمار توضیح می دادم که چنانچه جراحی را انجام ندهد در سنین بالاتر، کم سن تر دیده می شود و بنابراین توصیه می کردم در این مورد فکر و مشورت بیشتر داشته باشد. توضیح این که بیمارانی که فقط خنده لثه ای یا Gummy Smile بدون دفورمیتی اسکلتال عمده ( مانند Long Face ) دارند، و برای نمونه اندکی رشد عمودی بیشتر فک بالا و یا کوتاهی و فعالیت بیشتر عضلات لب بالا هنگام خنده سبب مراجعه بیمار شده است، انجام جراحی بالا بردن فک بالا به روش استئوتومی لفورت یک، ممکن است در کوتاه مدت سبب رضایت بیمار باشد ولی با بالا رفتن سن، بیمار مسن تر دیده می شود و این نکته باید به بیمار و نزدیکان وی با بیان چرایی توضیح داده شود. شوربختانه بسیاری از جراحان بیماران را تشویق به چشم پوشی از این گونه جراحی ها نمی کنند. این نکته در بسیاری از جراحی های زیبایی دیگر مانند راینوپلاستی، بلفاروپلاستی، ژنیوپلاستی و بسیاری از درمان های دیگر دندانپزشکی نیز در میان است. نگرش من این نیست که زیبایی اهمیت ندارد، در تعریف امروزی از بیان سازمان بهداشت جهانی سلامت عبارت است از :

" حالت آسایش کامل جسمی، روانی، اجتماعی و نه تنها نبودن بیماری و ناتوانی "

بنابراین بر پایه تعریف بالا، اگر چه توجه به نگاه زیبایی از نقطه نظر آسایش روانی و اجتماعی مهم است، ولی در بسیاری از موارد دلیل مراجعه بیمار بزرگ نمائی مشکل است و در مواردی که از دیدگاه جراح ناهنجاری بسیار خفیف است، باید بیمار را تشویق به چشم پوشی از درمان کند، بویژه زمانی که درمان نیاز به جراحی زیر بی هوشی دارد و نتایج مورد چشم داشت هم اندک و ناچیز و

هیا هو ی بسیار برای هیچ یا اندک است. دوباره سفارش می‌کنم، جراحی‌های ناهنجاری‌های ناحیه فک و صورت در بسیاری موارد به راستی ضروری است در مرتبه اول برای بدست آوردن کارکرد یا فانکشن بهتر، و در مرتبه دوم زیبایی است. البته زیبایی در بسیار موارد هدف اصلی جراحی نیست ولی با توجه به این که فانکشن یا کارکرد در تضاد با زیبایی نیست، نتیجه جراحی به خواسته اصلاح اکلوزن و کارکرد بهتر سلامت سیستم جوته و در نهایت نتایج زیبایی هم برای بیمار ایجاد می‌کند، و شاید این بخش از نتیجه برای بیمار و نزدیکان وی جذاب‌تر باشد. فشرده این که جراحی ناحیه دهان و فک و صورت اگر چه در بسیاری موارد ضروری است ولی در بسیاری موارد دیگر جراحی‌های تنها برای زیبایی آن هم به پافشاری بیمار (در تجربه من گاهی به انگیزه ناکامی در زمینه های دیگر زندگی) و برای تغییر اندک که بهتر است پرهیز گردد. انجام درمان و جراحی‌های غیر ضروری در تخصص‌های دیگر هم مطرح است ولی من ترجیح دادم در رشته پیوند با دندانپزشکی و جراحی دهان و فک و صورت باشد، ولی به هر حال در بررسی جراحی‌های غیر ضروری در آمریکا که در واقع نوعی قصور پزشکی یا Malpractice است، سوی جراحی‌های غیر ضروری زیبایی، جراحی‌های غیر ضروری شایع دیگر شامل کاردیاک یا قلبی (آنژیوگرافی، آنژیوپلاستی، قرار دادن پیس میکر یا ضربان ساز)، جراحی مهره‌ها (Back Surgery)، سزارین (Cesarean Section) و هیسترکتومی (Hysterectomy)، جراحی‌های زانو (Knee Surgery) بوده است.

بنابراین انجام جراحی‌های غیرضروری به باور من همه‌گیر و شوربختانه در بسیار موارد سهوی نبوده و انگیزه اقتصادی دارد. با توجه به نمایان بودن صورت، درخواست جراحی‌های تنها برای بدست آوردن زیبایی بیرونی، بسیار زیاد شده است. بی‌گمان پیشرفت در جراحی‌های به "اصطلاح زیبایی"، بویژه در ناحیه صورت و هم چنین افزایش تعداد جراحان متخصص در این زمینه کار ساز بوده است. به باور من، در مواردی که درخواست بیمار غیرمعقول باشد، جراح باید تلاش کند تا بیمار قانع شود و از جراحی چشم پوشی کند. از این رو جراحان نقش بسیار مهمی در پیشگیری از درمان‌های غیر ضروری دارند. در این موارد تشویق جراح و بویژه اغراق و گزافه‌گوئی نتایج گناه بزرگی است. گزافه‌گوئی در نتایج درمان‌ها و جراحی‌های بویژه مؤثر در زیبایی در عنوان مستقل، در صفحات آینده بیان خواهد شد. به باور من اگر در ارزش‌های انسانی به زیبایی درونی یا Internal Beauty توجه شود، بسیاری از درخواست‌ها برای به دست آوردن زیبایی اندک بیرونی یا External Beauty برچیده می‌شود.

علم بهتر است یا ثروت، موضوع انشاء دوران کودکی دبستان بود. همیشه با سادگی و باور دوران خوب کودکی، و البته گرفتن نمره خوب، در بیان برتری علم بر ثروت چه زیاده روی‌ها کردیم. تا چند سال پیش باور من: "از علم بهتر است یا ثروت" شده بود: "ثروت ناشی از علم بهترین است" ولی اکنون و با افول ارزش‌ها می‌گویم: "ثروت ناشی از علم همراه اخلاق بهترین است"

## ۷- بزرگ نمائی درمان های ضروری

انجام درمان های غیر ضروری ( چه غیرجراحی یا Medical در پزشکی، چه درمان های غیر جراحی در دندانپزشکی، و چه درمان های جراحی دهان، فک و صورت) همگی Malpractice یا قصور پزشکی است، که در بخش پیشین بیان گردید. بسیاری از درمان های جراحی ناحیه به سادگی و به شکل سرپائی ( Outpatient ) در مطب قابل انجام است. بزرگ نمائی درمان های ضروری بیمار و ارجاع به بیمارستان برای انجام جراحی زیر بی هوشی در مواردی که به سادگی با بی حسی موضعی قابل مدیریت است به باور من می تواند به عنوان قصور بیان شود. البته مواردی داریم بینابینی که انجام درمان جراحی با کمی زحمت احتمالی برای بیمار به گونه سرپائی و با بی حسی موضعی قابل انجام باشد، ولی چنانچه گزینش و پافشاری بیمار پس از روشنگری جراح، انجام درمان در بیمارستان و زیر بی هوشی عمومی باشد پذیرفتنی است. البته در جراحی های وسیع تر مانند تراما ها، جراحی های ارتوگناتیک، پاتولوژی ها، و مانند این ها نیاز به بستری کردن و انجام جراحی زیر بی هوشی است و مورد گفتگو نیست. مورد سخن من موارد محدود و متوسط جراحی هائی است که در مطب و با بی حسی موضعی و سرپائی قابل انجام است، چنانچه با بزرگ نمائی بیمار به سوی درمان بیمارستانی و زیر بی هوشی هدایت شود به باور من غیر اخلاقی و قصور است. یادآوری می کنم در چهار مورد اصلی نیاز به بستری کردن و درمان در محیط بیمارستان داریم :

الف - گستردگی درمان های جراحی، غیر قابل انجام با بی حسی موضعی است ( نمونه پاتولوژی های وسیع، تراماهای عمده، ارتوسرجری، بازسازی، مفصل گیجگاهی فکی و مانند این ها ) .

ب - گستردگی درمان جراحی متوسط است ( مانند یک پاتولوژی در فک یا نسج نرم ) که ممکن است با کمی سختی در مطب و با بی حسی موضعی قابل انجام باشد ولی با توضیح روش های انجام و آگاهی بیمار و راحتی بیشتر وی تصمیم به انجام جراحی زیر بی هوشی در محیط بیمارستان گرفته می شود .

ج - نوع درمان جراحی یا دندانپزشکی در مطب و با بی حسی موضعی قابل انجام است ولی به دلیل عدم تحمل بیمار، سرپائی قابل انجام نیست ( نمونه یک شکستگی ساده کندیل که در فرد بالغ و در مطب و سرپائی قابل مدیریت است ولی همین شکستگی در یک کودک می تواند نیاز به درمان زیر بی هوشی در بیمارستان داشته باشد. نمونه دیگر درمان های عمومی دندانپزشکی است که در یک کودک با شرایط خاص ذهنی بناچار باید زیر بی هوشی انجام گردد ) .

د - نوع درمان دندانپزشکی یا جراحی هم قابل انجام با بی حسی موضعی است و هم بیمار بردباری آن را با بی حسی موضعی دارد ولی به دلیل برخی بیماری های عمومی پیشرفته و توصیه پزشک بیمار ( برای مدیریت پیش و میان و پس از درمان ) نیاز به انجام

درمان با بی‌حسی موضعی در محیط بیمارستان را دارد ( نمونه بیمار ویژه زیر درمان های ضد انعقادی، که قطع طولانی دارو را پزشک بیمار صلاح نمی داند و لازم می داند برای کوتاه کردن زمان طبیعی شدن انعقاد، مدیریت را در محیط بیمارستانی انجام دهد، بنابراین جراحی بیمار در محیط بیمارستان و زیر بی حسی موضعی انجام می شود، و موارد دیگر به صلاح پزشک بیمار ) .

نمونه‌ای بیان کنم ، بیماری ۲۹ ساله با رادیوگرافی پانورامیک جهت مشاوره به من مراجعه نمود. بیمار دارای یک دندان نهفته مولر سوم راست پائین با پاتولوژی رادیولوسنت حدود ۳ سانتیمتری اطراف تاج دندان نهفته بود. بیمار بدون علامت و تصادفی در رادیوگرافی مشاهده شده بود. پس از معاینه بیمار من به ایشان توضیح دادم، اول این که ضایعه مدتی است وجود داشته و بنا بر این عجله و فوریت در درمان نیست و با برنامه‌های کاری‌اش هماهنگ و انجام دهد، دوم این که درمان قابل انجام سرپائی و با بی‌حسی موضعی در مطب است البته اگر از نظر روحی بیمار همکار و بردبار باشد و در غیر این صورت انجام زیر بی‌هوشی اگر چه کمی زیادی است ولی غلط نیست. پس از توضیح من بیمار نامه بستری شدن در بیمارستان را برای جراحی به من نشان داد و به بیمار فوریت درمان تاکید شده بود . به باور من با بزرگ نمائی مشکل و فوریت دادن نیاز به جراحی امکان فکر کردن و مشاوره را از بیمار گرفته‌ایم که اخلاقی نیست. استاد بسیار اخلاق‌مدار دوران رزیدنسی من در آمریکا ( Dr Morton Goldberg ) به رزیدنت‌های شتابان و عشق جراحی می‌گفت " این بیمار ۳۰ سال این ناهنجاری را داشته ۳ هفته اضافی اشکالی ندارد !!! " .

با وجودی که در عنوان پیش بیان کردم، مایلیم دوباره گوئی کنم :

علم بهتر است یا ثروت، موضوع انشاء دوران کودکی دبستان بود. همیشه با سادگی و باور دوران خوب کودکی، و البته گرفتن نمره خوب، در بیان برتری علم بر ثروت چه زیاده روی ها کردیم . تا چند سال پیش باور من : " از علم بهتر است یا ثروت " شده بود :

" ثروت ناشی از علم بهترین است " ولی اکنون و با افول آشکار و گسترده ارزش ها و انجام درمان های غیر ضروری و بزرگ نمائی درمان های ضروری باورم دگرگون شده و اکنون می گویم :

" ثروت ناشی از علم همراه اخلاق بهترین است " هم بهترین و هم با خیر و برکت و افزونی است .

## ۸ - بیان و تحمیل یک طرح درمان

من همیشه در طرح درمان ( Treatment Plan ) جمله‌ای به دانشجویان می‌گویم که به باورم بسیار مهم است :

**" ما بیمار را درمان می‌کنیم نه بیماری را "**

**"Treating the patient and not the disease"**

بسیاری از درمان‌های دندانپزشکی و جراحی دارای طرح‌های درمانی متعدد است که هر کدام مزایا و معایبی می‌تواند داشته باشد. بیان طرح‌های متفاوت نیازمند چند دقیقه وقت گذاشتن است. شوربختانه امروزه برخی دندانپزشکان و جراحان هم حوصله توضیح تمام طرح‌های درمانی را ندارند و هم بیشتر مایل به رهنمود بیمار به پذیرش تنها یک طرح مورد نظر خود می‌باشند. درمان‌های جراحی‌های پیش از پروتز و ایمپلنت، جراحی‌های ارتوگناتیک، مفصل گیجگاهی فکی (TMJ)، پاتولوژی و سایر جراحی‌های دهان، جراحی‌های زیبایی و سایر درمان‌های دندانپزشکی همگی دارای تنها یک طرح درمانی نمی‌باشند، و نقش عمل‌کننده، بیان طرح‌های گوناگون با زبان ساده برای بیمار است. شوربختانه امروز پدیده تحمیل تنها یک طرح درمانی گسترده و پرهزینه تر همه گیر شده و من بارها با آن روبرو شده‌ام، چند نمونه :

الف - خانم ۷۰ ساله سالم از نظر عمومی، دارای ۷ دندان باقیمانده قدامی پائین (پره مولر اول راست پائین تا کانین سمت چپ) و ۶ دندان باقی مانده فک بالا (مولر دوم و کانین و پره مولر اول دو سمت بالینی قابل قبول از نقطه نظر پریدودنتال). بیمار از پروتز پارسیل فک بالا و پائین استفاده می‌کند که البته قدیمی و ثبات مناسبی هم ندارد. دو سمت خلفی فک پائین بی‌دندان همراه تحلیل قابل توجه است. بیمار به کلینیک بسیار قابل تایید در تهران مراجعه و توسط متخصص معاینه و پیشنهاد بیرون آوردن تمام دندان‌های موجود، و قرار دادن تعدادی ایمپلنت می‌شود. بیمار برای مشاوره به دانشکده مراجعه نمود. در رادیوگرافی پانورامیک با وجود ریشه‌های کمی کوتاه، دندان‌های قدامی پائین از دید بالینی محکم بودند. پس از مشاوره با بخش پریو و پروتز و اندو و توضیح کامل به بیمار و با توجه به رضایت نسبی بیمار از پارسیل‌های نامناسب موجود، طرح درمان زیر در نظر گرفته شد : درمان اندودونتیک دو دندان پائین + پروتز ثابت (بریچ ۷ دندان قدامی پائین) + اصلاح یا تعویض دو پلاک پارسیل بالا و پائین. به باور من در معاینه پیش و توصیه جراح به خارج کردن دندان‌ها و استفاده از ایمپلنت باید بررسی می‌کرد :

آیا بیمار از پلاک‌های پارسیل راضی است؟ اگر با وجود نامناسب بودن، بیمار تا حدودی راضی است، بیانگر کم توقع بودن بیمار است. آیا بیمار حاضر به جراحی وسیع پیوند استخوان یا جابجائی عصب در ناحیه خلفی فک پائین و پارستزی احتمالی است؟ آیا بیمار حاضر به بردباری بین زمان قرار دادن ایمپلنت و بهره برداری از آن را دارد؟ آیا مشکلی با هزینه دارد؟ به هر حال ارائه تنها

یک طرح درمان ( حتی اگر بهترین و کامل ترین و آرمانی باشد ) و آگاهی ندادن به بیمار از سایر طرح های دیگر ( حتی اگر طرح درمانی متوسطی باشد ) کار درستی نیست. مزایا و معایب طرح های ممکن باید توضیح داده شود و پس از مشاوره طرح درمان مشخص و پی گیری گردد. دوباره پافشاری می کنم :

" ما بیمار را درمان می کنیم نه بیماری را "

## " Treating the patient and not the disease "

ب - بیمار دختر ۱۸ ساله با پروگناتیسیم اندک فک پائین و همراه انسیزورهای نوک به نوک (Edge To Edge). طرح درمان ارتودونسی و جراحی Set Back یا عقب بردن فک پائین به بیمار داده شده. نکته مهم که باید در طرح درمان بررسی می شد و بسیار مهم است این است که با توجه به اندک بودن پیش آمدگی چانه، آیا خیلی برای بیمار مهم است؟ جالب این که بیمار بیان می کند که از وضع فک و چانه و چهره خود ناراضی نیست و تنها جلو بودن دندان های پائین مورد مراجعه بوده است. بنابراین با مشاوره ارتودونتیست، جراحی می تواند از طرح درمان خارج شده و تنها درمان ارتودونسی انجام شود.

نکته مهم این که اگر طرح درمان ارتودونسی + جراحی بود، حرکت ارتودونتیک دندان های قدامی پائین باید در جهت افزایش پروگناتیسیم دندانی برای آماده سازی جراحی بود، در حالی که در طرح ارتودونسی بدون جراحی حرکت دندان های قدامی پائین برخلاف طرح جراحی، به سمت عقب است. شوربختانه در این بیمار هم نکته مهم رضایت بیمار از شکل ظاهر و پیش آمدگی اندک چانه از بیمار پرسش نشده و طرح مفصل تر به بیمار ارائه شده بود. با وجودی که تخصص من جراحی است ولی همیشه گفته ام :

" در بسیاری موارد جراحی نکردن نیکوتر است "

ج - شوربختانه، بسیاری از دندانپزشکان بیمار را توصیه به قرار دادن پودر استخوان پس از بیرون آوردن دندان برای پیشگیری از تحلیل استخوان می کنند. این عمل که حفظ ساکت دندانی یا Socket Preservation نامیده می شود، اگر چه در موارد ویژه و بر پایه ساکت دندانی و طرح درمان آینده با و یا بدون فاصله زمانی ( ایمپلنت در ساکت تازه ) این درمان ضروری است ولی پافشاری و تحمیل این طرح برای تمام موارد خارج کردن دندان در اندازه آگاهی من، به نظر علمی نمی رسد و شاید درمان اضافی تلقی گردد البته امیدوارم توصیه به انجام آن سهوی باشد .

د - بیان و انجام یک طرح درمان بدون آگاهی بیمار از مراحل بعدی تا سرانجام درمان خلاف اخلاق است. برای نمونه در زمانی که بالا بردن کف سینوس ماگزیلری برای قرار دادن ایمپلنت آینده مورد پیشنهاد است، بیمار باید بداند که از شروع تا زمان بهره‌برداری نهائی کم و بیش، حدود یک سال باید بردباری داشته باشد.

ه - گاهی تنها یک برنامه و طرح درمان دلخواه عمل‌کننده آن‌گونه برای بیمار توجیه می‌شود، که انگار اگر آن طرح پیشنهادی انجام نشود رویدادی ناگوار رخ داده و مدار و گردش کره زمین تغییر می‌کند!!!

بیان تنها یک درمان خاص که همواره گسترده تر هم هست، شوربختانه امروزه بسیار مشاهده می‌شود که البته محدود به دندانپزشکی و تخصص‌های آن هم نیست و در سایر تخصص‌های پزشکی که به ویژه روش‌های عملی تشخیصی یا Procedure وارد آن شده است هم وجود دارد. این پدیده محدود به ایران هم نیست و همان‌گونه که در بخش پیش بیان شد، انجام جراحی متعدد غیرضروری به ویژه در زمینه‌های کاردیاک ( آنژیوپلاستی، آنژیوپلاستی، قرار دادن پیس میکر)، ارتوپدی ( جراحی مهره‌ها و زانو)، گاینکولوژی ( هیستروکتومی، سزارین )، جراحی‌های زیبایی هر ساله در آمریکا گزارش می‌شود. به باور من تخصص‌هایی از پزشکی که هنوز Procedure ( پروسه یا روش‌های عملی تشخیصی ) وارد آن نشده بهتر مانده است. کاردیولوژی در گذشته بیشتر همراه صحبت با بیمار ( تاریخچه ) و معاینات بالینی کلامی و لمسی و برقراری ارتباط عاطفی بود که در بهبودی و یا دست کم احساس بهبودی بیمار نقش مهمی داشت. ورود روش‌های عملی یا Procedure های تشخیصی ( مانند اکو، آنژیوگرافی، تالیوم اسکن و مانند این‌ها )، ارتباط کلامی لمسی را کاهش داده. این روش‌های تشخیصی بسیار ارزشمند است ولی اگر با ارتباط عاطفی گذشته یکپارچه می‌شد عالی‌تر بود. به باور من نه تنها هیچ تضاد بین استفاده از روش‌های نوین تشخیصی و برقراری ارتباط عاطفی و سنتی انسانی گذشته نیست، بلکه تمام و کمال همسو است و تنها نیاز به چند دقیقه وقت و فرصت دادن به بیمار برای کمی صحبت کردن بدون نگرانی از احساس مزاحمت برای پزشک است. من برای مشاوره به یکی از همکلاسی‌های قدیم که اکنون کاردیولوژیست است مراجعه کردم با شوخی به او گفتم: " چرا با قلب مانند پمپ آب چاه برخورد می‌کنید !!! ". درست است که عمل ظاهری قلب پمپ است ولی نباید مانند پمپ آب چاه با آن برخورد گردد. تقویت روحیه بیمار در کارکرد این پمپ بسیار سودمند است. فشرده این که در هم آمیختن خوبی‌های سنت با خوبی‌های پیشرفت‌های تازه هم در زندگی روزمره و هم در طبابت به سادگی ممکن و سبب بازگشت لطافت بیشتر در طبابت و آرامش هم بیمار و هم طبیب می‌شود.

## ۹- شتاب در داوری، تشخیص، بیان دیدگاه

ارزیابی بیمار را همه میدانیم که در ۷ مرحله بیان شده است. به باور من کامل شده آن دارای ۱۰ مرحله می باشد :

۱. اطلاعات فردی .
  ۲. شکایت اصلی .
  ۳. تاریخچه شکایت اصلی .
  ۴. سابقه پزشکی بیمار .
  ۵. سابقه پزشکی خانوادگی و اجتماعی .
  ۶. معاینه بالینی .
  ۷. پاراکلینیک اگر بر پایه یافته های پیشین نیاز باشد ( آزمایشگاه های، انواع تصویر نگاری مانند رادیوگرافی، CT، MRI، ..... )
  ۸. برقراری تشخیص یا تشخیص های افتراقی .
  ۹. طرح یا طرح های درمان .
  ۱۰. توضیح طرح های درمانی به بیمار و نزدیکان و دریافت رضایت آگاهانه و آزادانه .
- در بیشتر موارد دندانپزشکی و جراحی های سرپائی، انجام تمام مراحل بالا شاید ده تا پانزده دقیقه به زمان نیاز داشته باشد . من یکی از پرسش هایی که در سابقه پزشکی برایم بسیار مهم است و سعی می کنم به قول معروف از زیر زبان بیمار بکشم، داروهای مصرفی است، چه در درجه اول بیانگر نوع بیماری است، در درجه دوم بیانگر شدت بیماری و میزان کنترل آن است، و در درجه سوم می تواند راهنمایی برای پرهیز از تداخل دارویی و بروز فوریت های پزشکی باشد، در درجه چهارم شایع ترین علت خونریزی جراحی داروهای مصرفی بیمار است ( ۵ دارو که با حرف A انگلیسی شروع می شوند و شامل آسپیرین / آنتی کوآگولانت ها / الکل / آنتی بیوتیک ها / آنتی کانسروها است) و سرانجام در درجه پنجم این که برخی داروهای مصرفی بیمار مانند داروهای پائین آورنده فشار خون بالا، گشاد کننده های عروقی، آلفا بلوکر ها و بتا بلوکرها، داروهای ضد افسردگی حلقوی، فنوتیازین ها، مخدرها، داروهای درمان پارکینسون ( لوودوپا )، آنتی هیستامین ها، دیورتیک ها، مسدود کننده های کانال کلسیم و گانگلیونی هم از نگاه تداخلات دارویی و هم بروز فوریت های پزشکی مانند کاهش فشار خون وضعیتی می تواند نقش مهمی داشته باشد. در کتب مرجع نوشته شده که بیش از ۴۰ درصد بیماران بالای ۶۰ سال یک یا چند دارو مصرف می کنند. در یک بررسی در دانشکده

دندانپزشکی شهید بهشتی در ۶۰۰ مراجعه‌کننده بین ۲۵ تا ۷۵ ساله در مجموع ۳۸/۳ در صد بیماران دارو مصرف می‌کردند (۵۶/۳ درصد اگر بیش از یک دارو برای هر نفر بر آورد شود) . ترتیب مصرف از بیشترین به کم ترین شامل :

۱- NSAIDS ۲- انواع دیگر آنالژژیک ها ۳- آرام بخش ها ۴- آنتی بیوتیک ها ۵- داروهای گوارشی ۶- داروهای قلبی ۷- داروهای کنترل فشار خون بالا ۸- داروهای مربوط به تیروئید بود .

مقدمه طولانی شد برگردم به اصل موضوع یعنی شتاب در داوری و بیان دیدگاه، و تشخیص. چند نمونه :

الف - توصیه می‌کنم معاینه بالینی ناحیه‌ای که شکایت اصلی بیمار است نگاه اول نباشد. برای نمونه اگر بیماری که با شکایت دندان درد یا تورم سمت راست فک پایین مراجعه کرده، اگر بدون درنگ محل شکایت را نگاه کرده و سپس در رادیوگرافی پوسیدگی عمیق را مشاهده کنیم تشخیص و طرح درمان مشخص می‌شود و امکان زیاد دارد وجود یک ضایعه یا پاتولوژی بدون درد ناحیه دیگر دیده نشود. موارد بسیار با این پدیده برخورد کرده ام که با دیدن سریع محل ناراحتی و رادیوگرافی و داوری سریع تشخیصی، یک پاتولوژی مهم بدون درد و شکایت در ناحیه دیگر دهان از قلم افتاده است. به همین دلیل من خود را عادت داده‌ام که معاینه محل شکایت بیمار آخرین محل بررسی باشد .

ب - با مشاهده رادیوگرافی و معاینه بالینی بیماری که در محل دیگر درمان شده است، نباید بدون آگاهی کامل داوری منفی کنیم. برای نمونه یک درمان اندودونتیک ناکامل در رادیوگرافی مشاهده می‌کنیم نباید بلافاصله و بدون آگاهی از تمام مراحل درمان داوری منفی نمائیم. نمونه دیگر بیماری که چند ماه پیش تصادف اتومبیل داشته و در بیمارستان توسط همکاری، درمان شده و اکلوزن و نتیجه درمان نسبی بوده و ایده آل نیست. با توجه به این که من صدمات پس از حادثه را ندیدم نباید داوری کنم ممکن است شدت صدمات آن گونه شدید بوده که این نتیجه قابل قبول و ممکن است که نتیجه می‌باید بهتر از این می بود، ولی از آنجائی که من حالت اولیه را ندیده ام نمی‌توانم داوری درست داشته باشم. بسیاری از شکایات نظام پزشکی و پزشکی قانونی بیماران ناشی از یک قضاوت شتابان توسط پزشک دیگر است. نمونه دیگر بیمار با رادیوگرافی پری آپیکال برای نمونه، لاترال بالا با درمان اندودونتیک یا جراحی اپیکو مراجعه کرده است، رادیو لوسنسی ۳ میلی متری بالای نوک ریشه مشاهده می‌شود، نباید بلافاصله داوری پاتولوژی نوک ریشه عنوان گردد . ابتدا باید معاینه بالینی گردد که آیا تورم یا فیستول و یا حساسیت در لمس وجود دارد؟ چه مدت از درمان گذشته است؟ مقایسه با رادیوگرافی قبلی؟ ممکن است این رادیولوسنسی فقط یک اسکار پری آپیکال باشد. چنانچه با عجله داوری گردد موجب تشویش بیمار و شکایت بی‌جا از پزشک اولیه می‌شود. جالب این که من خودم بیماری داشتم که پس از درمان اندودونتیک نیاز به جراحی اپیکواکتومی برای برداشتن پاتولوژی حدود یک سانتیمتری ناحیه آپیکال داشتم. درمان به خوبی انجام شد . بیمار دو هفته بعد برای درمان دندانپزشکی عمومی به دندانپزشک خود مراجعه کرده

بود، بیمار به من تلفن زد و با نگرانی گفت دکتر دندانپزشکم به من گفته این ضایعه که خوب نشده؟ البته آشکار است که رادیولوژی نوک ریشه کم کم و چندین ماه برای پر شدن با استخوان به زمان نیاز دارد و حتی چنانچه کورتکس لینگوال یا پالاتال هم سوراخ شده باشد ( Through & Through ) مقداری از رادیولوژی به عنوان اسکار اپیکال باقی میماند. اگر چه من به بیمار توضیح دادم ولی به هر حال گفته یک پزشک دیگر مهم است و می‌تواند سبب تشویش و نگرانی و شک نادرست بیمار گردد. من همیشه سعی می‌کنم در داوری موارد درمان دیگر همکاران، لب‌های خود را محکم نگاه دارم مگر آن که نتیجه درمان خوب باشد، که در این حالت و با اطمینان و آرامش برای رفع نگرانی بیمار بیان می‌کنم .

ج - نمونه دیگر، خانم ۲۸ ساله را مورد جراحی دندان عقل نهفته کامل در استخوان قرار دادم. با توجه به این که در بیمار سالم از نقطه نظر عمومی و موضعی، نباید آنتی بیوتیک تجویز شود، تنها مسکن تجویز شد تا برپایه نیاز استفاده شود. من بر پایه عادت همیشگی، حدود ده دقیقه دستورات پس از عمل را شفاهی و عملی به بیمار توضیح می‌دادم و در ضمن یک برگه کتبی دستورات پس از جراحی نیز همراه تلفن تماس منزل و موبایل را به بیمار می‌دادم . یکی از توضیحات شفاهی و نیز نوشته شده در برگه کتبی دستورات، چگونگی شروع و افزایش و کاهش تورم است. جالب این که دو روز بعد بیمار به من زنگ زد و گفت من شب گذشته منزل یکی از دوستان بودم و خانم دکتر دندانپزشکی که آن جا من را دید و گفت تورم دارید چرا دکتر به شما پنی سیلین نداده است. برای من سه عدد پنی سیلین نوشت که یک عدد را دیروز تزریق کرده ام، عقیده شما چیست ؟ من خواهش کردم مراجعه کنند سه روز بعد از جراحی تورم اندک و نرم و از روز پیش کاهش یافته بود. این نکته بسیار مهم و بدیهی است که عفونت زخم جراحی قبل روز سوم پس از جراحی بسیار بعید است، مگر عفونت از قبل در محل موجود باشد. تورم جراحی بلافاصله پس از جراحی بتدریج آغاز و معمولاً ۴۸ تا ۷۲ ساعت بعد از جراحی به اوج می‌رسد و سپس به تدریج کاهش و حدود ۷ تا ۱۰ روز پس از جراحی بخش بیشتر آن از بین می‌رود . البته افزایش تورم پس از روز چهارم و به ویژه همراه سفت شدن و درد مهم و می‌تواند علامت شروع عفونت زخم جراحی باشد. بنابراین قضاوت خانم دکتری که به بیمار پنی سیلین تجویز کرده بود از دو نگاه قابل بررسی است. اول اینکه اطلاعی از عمق جراحی و میزان انتظار تورم ندارد و دوم اینکه تورم نرم یک روز پس از جراحی عفونت نیست و تورم قابل پیش بینی و مناسب پس از جراحی است. مناسب است که به این مهم توجه داشته باشیم که :

## " آماس مقدمه ترمیم است "

بنابراین تورم معمول، مناسب برای ترمیم است. شوربختانه امروزه به غلط دگزامتازون (رایج‌ترین داروی تزریقی تجویزی در ایران) برای کاهش آماس حتی برای درمان های معمول استفاده می‌شود . در مورد صحبت و تجویز پنی سیلین توسط خانم دکتر

دندانپزشک طبیعی است که من نباید آن خانم دکتر را نزد بیمار سرزنش کنم و به همین دلیل مدیریت کرده و خواهش کردم که به همان یک تزریق بسنده کند. توضیح این که در جراحی‌های ارتوگناتیک و سایر مواردی که توسعه ادم به اطراف راه هوایی می‌تواند نگران کننده شود کورتیکواستروئید مانند دگزامتازون از یک ساعت پیش از جراحی شروع و برای ۲۴ تا ۴۸ ساعت ادامه می‌یابد. امروزه شوربختانه برای درمان‌های معمول و متداول و به غلط استفاده می‌شود. دو باره تاکید می‌کنم آماس مقدمه ترمیم است و نباید با آن به عنوان پدیده نا مطلوب برخورد کنیم .

۵- روزی در بخش جراحی بودم که رزیدنت بخش پروتز متحرک بیمار مرد ۶۶ ساله‌ای را همراه رادیوگرافی پانورامیک برای معاینه آورده بود با طرح وستیبولوپلاستی ناحیه قدامی فک پائین. برای آماده سازی پروتز کامل در رادیوگرافی پانورامیک حدود ۳۰ میلی متر ارتفاع کلی استخوان وجود داشت که برای این جراحی مناسب است. من پیش از معاینه با نگاه کلی به اسکلت صورت و نسج نرم آن به رادیوگرافی شک کرده و با یک انگشت روی فک داخل دهان و انگشت دیگر لبه پائینی چانه تحلیل شدید را ملاحظه کردم و پس از بررسی مشخص شد رادیوگرافی موقع قرار دادن در پاکت در بخش رادیولوژی به اشتباه جابجا شده. در رادیوگرافی واقعی بیمار فقط ۱۲ میلی‌متر استخوان در ناحیه قدامی وجود داشت که برای وستیبولوپلاستی مناسب نمی‌باشد. در بررسی رادیوگرافی بیمار به دو نکته مهم باید توجه کنیم، اول مطمئن شویم متعلق به خود بیمار است. جالب این که در مواردی نام دیگری روی رادیوگرافی نوشته شده ولی رادیوگرافی درست و متعلق به خود بیمار است و این زمانی رخ می‌دهد که بیمار با دفترچه شخص دیگری رادیوگرافی را گرفته !!! نکته دوم در بررسی رادیوگرافی تاریخ و میزان قدیمی بودن آن است .

ه - نمونه دیگر قضاوت و داوری سریع و اقدام به درمان اندودونتیک در صورت عدم پاسخ به پالپ تستر بدون توجه به تاریخچه است. در موارد جراحی‌های ارتوگناتیک مانند لفورت یک و یا استئوتومی‌های سگمنتال دندان‌های محل در واقع دارای گردش خون و زنده (Vital)، ولی به دلیل قطع سیستم عصبی (Denervate) است. بنابراین عدم پاسخ به پالپ تستر تا یک سال و حتی بیشتر می‌تواند ادامه یابد و در قضاوت به نیاز به درمان اندودونتیک نباید تنها به ارزیابی پالپ تستر اکتفا کرد. نمونه های عجله در داوری و بیان شتاب زده دیدگاه و تشخیص، بسیار نامناسب و حتی اگر پزشک در قضاوت متوجه اشتباه خود شود ، اصلاح دیدگاه قبلی به راحتی میسر نیست. توصیه می‌کنم تا بررسی و ارزیابی همه اطلاعات لب های خود را به هم فشرده و محکم نگاه داریم .

پدیده شتاب در قضاوت و در تشخیص و بیان دیدگاه در دندانپزشکی، شاید شایع تر باشد. چه اول این که بیشتر به دلیل قابل دیده شدن، بسیاری از درمان‌های ناحیه دهان و فک و صورت، راحت مورد قضاوت همگان قرار می‌گیرد، درحالی که برای نمونه آنژیوپلاستی عروق کرونر قابل رویت و قضاوت افراد نیست. دوم این که یک اشتباه بزرگ دندانپزشکان این است که پیش از هر چیز

رادیوگرافی بیمار را مشاهده و تنها بر پایه آن قضاوت می‌کنند، در حالی که دیدن رادیوگرافی پیش از تاریخچه و معاینه یک اشتباه بزرگ است چه ممکن است سبب وسوسه و انگیزه به بیان دیدگاه شتاب زده شود .

اگر چه قضاوت عجولانه به دلایل بالا در دندانپزشکی می‌تواند بیشتر رخ دهد، ولی در سایر رشته‌های تخصصی پزشکی هم رخ می‌دهد. با وجودی که مایلیم بیشتر در محدوده رشته خود صحبت کنم ولی اتفاق جالبی برای خودم رخ داد و من اوج قضاوت عجولانه و بسیار ناراحت کننده را دیدم که به صورت کوتاه بیان می‌کنم :

حدود هشت سال پیش مورد انجام آنژیوگرافی تشخیصی عروق کورونری قرار گرفتم که گرفتگی در حد نیاز به آنژیوپلاستی نبود، چه هیچ علامت بالینی وجود نداشت. چند ماه بعد به پافشاری یکی از همکاران به کاردیولوژیست دیگری که هم دوره‌ای زمان دانشجویی من بود مراجعه کردم. ایشان از من هیچ پرسشی در مورد تاریخچه و علائم بالینی نکرد و مستقیم به سراغ تصویر آنژیوگرافی رفت شاید باورتان نشود عین واقعیت را می‌گویم حتی به پنج ثانیه پس از مشاهده آنژیوگرافی هم نرسید که با عجله و خیلی جدی و با اطمینان و محکم فرمودند :

" خیلی گرفتگی زیاد است شما نیاز فوری به بای پس دارید، ورزش نکنید "

من به دکترگفتم : که من علامتی ندارم و صبح ها حدود نیم ساعت هم نرمش می‌کنم و احساس ناراحتی ندارم. دکتر پس از صحبت‌های من گزارش آنژیوگرافی که داخل پاکت بود را مطالعه کرد و کمی از دید شتاب زده اول خود کوتاه آمد و به دادن نسخه برای دو داروی وازودیلاتور و دو داروی ضد پلاکتی ( آسپیرین و کلوپیدوگرل یا پلاویکس ) اکتفا کرد . البته من دارو ها را نگرفتم و به دستور کاردیولوژیستی که آنژیوگرافی را انجام داده بود، تنها آسپیرین قلبی ۸۱ میلی گرمی را ادامه دادم .

این یک نمونه بارز از قضاوت شتاب‌زده بر پایه بررسی تنها پاراکلینیک و بدون توجه به تاریخچه و معاینه بالینی است. شما می‌توانید احساس استرس ناشی از قضاوت عجولانه کاردیولوژیست برای بیمار را درک کنید. حتی قضاوت و داوری درست تر پس از بیان تاریخچه ( البته توسط خودم و نه پرسش ) و مشاهده گزارش کتبی، نمی‌تواند استرس قضاوت و کلام اولیه را از بین ببرد و این شاید بدترین نوع قضاوت عجولانه بود که من در دوران عمر خود با آن برخورد کرده‌ام. در عنوان بعدی، نمونه‌هایی از شتاب در قضاوت بر پایه پاراکلینیک ( گزارش پاتولوژی ) بیان خواهد شد. در باره نگرفتن نسخه دکتر کاردیولوژیست هم‌دوره ای خودم، طنزی به یادم آمد : گویند فردی هنگام بیماری به پزشک مراجعه، نسخه را از داروخانه گرفته، و پس از آن بسته داروها را داخل سطل زباله می‌انداخت. پرسیدند، پس چرا دکتر رفتی؟ گفت او هم باید زندگی کند. پرسیدند چرا داروخانه رفتی و کلی هزینه داروها را دادی؟ گفت او هم باید زندگی کند. پرسیدند چرا داروها را دور ریختی؟ گفت آخر خودم هم باید زندگی کنم !!!

## ۱۰ - شتاب در تصمیم طرح درمان بر پایه پاراکلینیک ( گزارش پاتولوژی )

انواع آزمایشات لابراتواری، تصویربرداری و پاتولوژی برای کمک به تشخیص بالینی مورد استفاده می‌باشد. تلفیق و یا پیوند مناسب بین یافته‌های تاریخچه و یافته‌های بالینی و یافته‌های پاراکلینیک باید توسط طبیب انجام و در صورت معقول بودن پیوند بین مجموع یافته‌ها تصمیم‌گیری کند. در پیوند با گمان نادرستی و شتاب در داوری بر پایه تنها تصویربرداری‌ها در مورد پیش نمونه‌های بیان شد. در این بخش مایلم در ارتباط با یافته‌های پاتولوژی نمونه‌ای بیان کنم، چه در صورت شتاب به درمان جراحی تنها، بر پایه گزارش پاتولوژی ممکن است دچار اشتباه بزرگ و حتی در مواردی غیر قابل بازگشت شویم. یک نمونه :

سال‌ها پیش، دختر جوان ۱۸ ساله توسط ارتودونتیست به من ارجاع شد. به دستور ارتودونتیست ۲ سال پیش بیمار تحت جراحی اکسپوز دندان لاترال راست پائین قرار گرفته بود و دندان اکسپوز شده به خوبی داخل قوس آورده شده بود. رادیوگرافی پانورامیک و پری اپیکال همراه بیمار بیانگر ضایعه رادیو لوسنت با اندازه حدود ۱۰ میلی متر در عرض و ۲۰ میلی متر در ارتفاع بود و نزدیک به تمام ریشه لاترال راست پائین را در بر گرفته بود و در واقع ثبات دندان در محل توسط باند و سیم ارتودونسی برقرار بود. طرح ارتودونتیست بیرون آوردن این دندان همراه ضایعه پاتولوژی در پیوند با آن بود. با ارتودونتیست هماهنگ شد تا بی درنگ پیش از جراحی آرچ وایر ارتودونسی را بردارد. در لحظه جراحی دندان لاترال راست پائین کاملاً متحرک بود و تنها به ضایعه پاتولوژیک اتصال داشت. با بی‌حسی موضعی و فلپ مثلثی محدود ضایعه به همراه دندان با راحتی بسیار خارج گردید. به اندازه‌ای راحت و با الواتور پریوست از استخوان اطراف آزاد گردید، گوئی و انگار که هیچ چسبندگی به آن ندارد. گزارش پاتولوژی توسط متخصصین پاتولوژی دهان و فک و صورت بسیار گرانمایه به قرار زیر بود :

### Pindborg tumor = calcifying epithelial odontogenic tumor = CEOT

بر پایه گزارش بالا و تهاجم موضعی این تومور برداشتن وسیع موضعی (Wide Local Excision) باید انجام شود. اگر بر پایه گزارش پاتولوژی، جراحی وسیع انجام می‌شد، از دید قانون یا Legal برای جراح گناهی انگاشته نمی‌شد، ولی از دید اخلاق سرشتی یا Moral جراح گناهکار بود. پیشتر در باره سه واژه Legal و Ethical و Moral مشروح بیان گردید .

با توجه به سن بیمار و محل ضایعه و بویژه یافته‌های بالینی هنگام جراحی، با متخصصین پاتولوژی مشاوره و تصمیم به بررسی با رنگ‌آمیزی اختصاصی ( فکر کنم آن زمان Congo Red استفاده شده بود ). گزارش پاتولوژی به قرار زیر اصلاح شد :

### Adenomatoid odontogenic tumor = AOT

با توجه به اصلاح گزارش پاتولوژی درمان ساده قبلی کافی و نیاز به درمان جراحی وسیع منتفی شد. تصور من این است که شاید

پاتولوژی دور تاج دندان در زمان اکسپوز وجود داشته، و با گذشت زمان طی درمان ارتودونسی گسترش یافته است، ولی با توجه به وجود آرچ وایر ارتودونسی با وجود درگیری تمام طول ریشه در ضایعه دیر هنگام تشخیص داده شده است .

پس از درمان درست در واقع بیمار تنها یک دندان لاترال راست پائین را از دست داد که به راحتی با درمان ارتودونسی که در جریان بود بسته شد. جالب این که این بیمار چند سال بعد در کانادا دانشجوی دندانپزشکی شده بود و با معلوماتی که در مورد خود پیدا کرده بود تا سالها نتیجه درمان خود را به من اطلاع می داد و بسیار از درمان درست خود خوشنود و سپاسگزار بود. این تنها یک نمونه بود که طبیب بی گمان باید همه یافته‌های تاریخچه و بالینی و پاراکلینیک را در هم آمیخته و از شتاب در جراحی به ویژه اگر وسیع باشد پرهیز کند. نمونه‌های وارونه هم فراوان است که گزارش پاتولوژی خوش خیم است، ولی سیر بالینی تهاجمی در این موارد هم جراح باید با پاتولوژیست هم اندیشی کند و انگیزه باید همیشه تنها و تنها منافع بیمار باشد، اگر چه من به سبب باور پایدار در نوشته ام بارها بازگو کرده ام ، که منافع بیمار با طبیب نه تنها در تضاد نیست بلکه همسوئی کامل دارد. منافع بیمار در برابر منافع طبیب در عنوان جداگانه بیان خواهد شد . یکی از گلایه های درست پاتولوژیست ها، نارسائی در پیوند آگاهی دو سوپه با همکاران است .

## ۱۱ - اهمیت نگاهداری نمونه بافتی برای ارزیابی پاتولوژی

با بیان نمونه‌ای به این زمینه ورود می‌کنم :

در بخش جراحی بودم، که یکی از همکاران دانشکده به همراه بیماری برای مشاوره آمدند. بیمار خانمی ۵۰ ساله با ضایعه مخاطی اگزوفیتیک (exophytic) حدود ۲ سانتیمتری روی کرسست دیستال دندان مولر دوم سمت چپ پائین ( آخرین دندان ) بود. ضایعه به سمت لینگوال و به سمت کف دهان گسترش داشت. بیمار حدود دو ماه پیش در این ناحیه ضایعه مخاطی حدود ۸ میلیمتری داشته که با بی‌حسی موضعی برداشته شده بود. از همکار پرسیدم که جواب پاتولوژی چه بوده، مشخص شد که به گمان تشخیص بالینی یک هیپرپلازی تحریکی مانند گرانولوم پیوژنیک، نمونه دور انداخته شده است. بیمار می‌گوید که پس از برداشتن اولیه که حدود دو ماه پیش انجام شده بود، محل زخم بهبود نیافته و با سرعت زیاد مجدد رشد کرده و اکنون سه برابر شده و بر خلاف بار پیش که ضایعه تنها روی کرسست ناحیه پشت مولر دوم چپ پائین بوده، اکنون به سمت کف دهان نیز گسترش پیدا کرده است. با

توجه به دور انداختن ضایعه برداشته شده قبلی و رشد سریع و شک بدخیمی، ابتدا پس از رادیوگرافی پانورامیک جدید که بیانگر محدودیت ضایعه به ناحیه مخاطی بود، بیوپسی قطعه کوچک ( Incisional Biopsy ) انجام شد. خوشبختانه گزارش پاتولوژی Pyogenic Granuloma بود. به دلیل گسترش لینگوالی ضایعه و دیستالی بودن محل ضایعه و عدم تحمل روانی بیمار با توجه به عود ضایعه و نیاز به برداشت وسیع تر بر پایه سابقه ضایعه، برداشت وسیع در بیمارستان با بیهوشی انجام شد و خوشبختانه جواب نهائی پاتولوژی نیز گواهی کننده گزارش پیشین ( Pyogenic Granuloma ) بود. شورشخانه، نمونه بیان شده نایاب نیست و در زمان کاری بسیار برخورد کرده‌ام. من بیانی دارم برای همکاران :

" اگر تمام یادگیری خود در بخش پاتولوژی را دور می‌ریزید، ولی هرگز نمونه را دور نریزید "

به باور من، در تمام مواردی که حتی کوچک ترین تردید بالینی برای خوش خیم و عادی بودن ضایعه هم نیست، ارسال نمونه برای پاتولوژیست الزامی است. روزمرگی این رفتار در فرهنگ و آگاهی عمومی جامعه کمک می‌کند تا این نگرش و دیدگاه که ارسال نمونه به آزمایشگاه به دلیل شک به بدخیمی است به تدریج از بین برود. خوشبختانه در سال‌های تازه بسیار در این زمینه پیشرفت به دست آمده که ناشی از تفکر بهتر جراحان و نیز در دسترس بودن مراکز بسیار عالی و پیشرفته پاتولوژی دهان و فک و صورت در ایران است. امیدوارم آگاهی عمومی در این زمینه به حدی رشد کند، که بیمار خود درخواست و پافشاری برای ارسال نمونه بافتی به آزمایشگاه را داشته باشد. برخی از دانشجویان پیشین، نبودن پاتولوژیست در شهر محل کار خود را دلیل دور انداختن نمونه بیان می‌کنند. من از این گروه خواهش می‌کنم، دست کم نمونه را در فرمالین ۱۰ در صد قرار داده و نگاه دارند، تا به ترمیم کامل و طبیعی ناحیه دل آسوده شوند و هرگز نمونه را دور نریزند. نکته مهم دیگر در مورد نمونه‌های استخوانی ارسالی به آزمایشگاه پاتولوژی، زمان بیشتری است که باید برای دریافت گزارش پاتولوژی بردبار باشیم (دکلسیفیه کردن نمونه). من همیشه این نکته را با بیان دلیل به بیمار می‌گفتم تا از تاخیر نگران نشود. چه برخی از بیماران از تاخیر نگران و تصور بدخیمی می‌کنند. یکی دیگر از مهم‌های فراموش شده، گزارش کوتاه و ناکافی جراح به پاتولوژیست از سابقه و نشانه‌های بالینی و یافته‌های هنگام جراحی است، که این پدیده یکی از گلايه‌های به حق پاتولوژیست‌ها است. با توجه به ضایعات اختصاصی که تنها در ناحیه دهان و فک و صورت وجود دارد، پافشاری می‌کنم که نمونه‌ها توسط پاتولوژیست‌های دهان و فک و صورت ارزیابی گردد. البته برخی از بافت‌های برداشته شده نیاز به ارسال به پاتولوژی را ندارند. از جمله این بافت‌ها، پوست سالم برداشته شده در جریان جراحی‌های زیبایی، دندان خارج شده‌ای و اجسام خارجی که نسجی به آن متصل نباشد، چربی برداشته شده در جراحی لیپوساکشن و موارد دیگری است که در جستجوی اینترنتی در دسترس است.

## ۱۲- بالا بردن توقع بیمار با گزافه گوئی نتایج درمان، بویژه جراحی‌های مؤثر در زیبایی

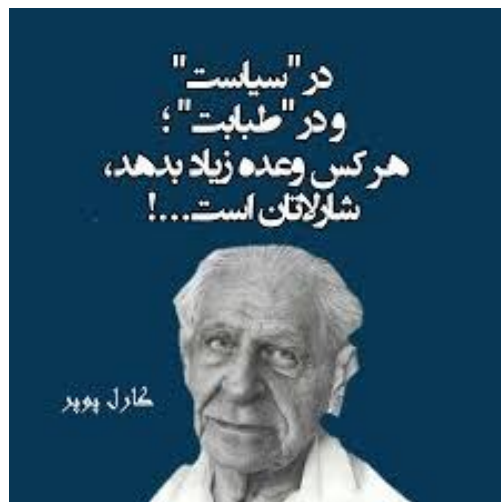
اکنون گونه‌های فراوان پیش بینی و شبیه‌سازی (Prediction & Simulation)، برای جراحی‌های ناحیه صورت وجود دارد. من خرده‌ای با این پیشرفت‌های تکنولوژی ندارم، ولی چنانچه پیاپی و به انگیزه تشویق بیمار برای انجام جراحی‌های ارتوگناتیک و راینوپلاستی و سایر جراحی‌های مؤثر در زیبایی باشد برایم همراه با درنگ است. با توجه به گمان گزافه در نتایج، ممکن است توقع بیمار و نزدیکان وی چنان بالا رود که حتی نتایج معقول و خوب جراحی هم برایشان راضی کننده نباشد. البته بیان کلی تغییرات آن هم در صورت کنجکاوی بیمار در حدی معقول بدون اشکال است. می‌دانم بسیاری از جراحان جوان و حتی رزیدنت‌های پیشین این افکار را قدیمی و کهنه و مدفون شده می‌دانند. به هر حال این باور و تجربه شخصی من است که چنانچه توقع بیمار و نزدیکان وی بالا برده نشود، رضایت همراه شگفتی پس از جراحی لذت بخش‌تر است. یادمان جالبی دارم: یک دختر جوان دارای ۱۲ میلی متر این بایت اسکلتی و صورت کشیده و عدم کفایت لب‌ها (Lip incompetence) که توسط ارتودونسی، آماده جراحی شده بود را مورد جراحی ارتوگناتیک هر دو فک قرار دادم. صبح روز بعد که برای ویزیت و ترخیص بیمار به بیمارستان رفتم پدر و مادر بیمار را دیدم و جالب این که شگفتی نتیجه جراحی به اندازه ای برایشان جالب بوده که وقتی به اطاق دخترشان رفته بودند وی را نشناخته و فکر کرده بودند که به اطاق اشتباه رفته اند. البته این اغراق‌آمیزترین موردی بوده که من با آن برخورد کردم. به هر حال این باور من است که توقع را بالا نبریم. در زمان رزیدنسی من بیش از ۴۵ سال پیش (۱۹۸۱-۱۹۷۷) موظف به آماده سازی پیش بینی نسج سخت و نرم یا Prediction Tracing بودیم، جالب اینکه بررسی پس از جراحی یا Post Op Tracing در اغلب موارد به ویژه تغییرات نسج نرم کامل هم سو با پیش بینی پیش از عمل نبود.

موضوع را با این جمله از Karl Popper (۱۹۰۲-۱۹۹۴) فیلسوف اتریشی قرن بیستم پایان می‌دهم (شکل ۴)

" In politics and in medicine, he who promises too much is likely to be a quack "

( quack = charlatan )

( شکل ۴ )



### ۱۳ - آگاهی بیمار و نزدیکان از درمان‌های چند مرحله‌ای با فاصله (فواصل، مراحل، هزینه)

یکی از ویژگی‌های برخی از درمان‌های دندانپزشکی، چند مرحله بودن آن است. دندانپزشکی رشته‌ای خاص در پزشکی است که بیش از دوازده رشته تخصصی بالینی دارد. در بسیاری از درمان‌ها بویژه ایمپلنت و جراحی‌های بازسازی و ارتوگناتیک نیاز به چند مرحله درمانی با فاصله و توسط چند متخصص دارد و آگاه نکردن بیمار و نزدیکان سبب بروز بدگمانی می‌شود. من تنها چند مورد رایج‌تر را به عنوان نمونه بیان می‌کنم:

الف- بیمار مورد جراحی چندین ایمپلنت دندانی توسط جراح دهان و فک و صورت و یا پرئودونتیسیت و یا دندانپزشک عمومی قرار می‌گیرد. به دلیل هزینه بالا ناشی از هزینه مواد مصرفی، بیمار این مرحله اول را سپری می‌کند. بین ۳ تا ۶ ماه بعد لازم است مرحله دوم پروتز بوسیله پروتزیست یا دندانپزشک عمومی انجام گردد. با توجه به هزینه بالای مرحله دوم و فاصله قابل توجه با مرحله اول بیمار و نزدیکان نسبت به هزینه این مرحله دچار شک شده و در بسیاری موارد فکر می‌کند هزینه پرداخت شده مرحله اول شامل مرحله دوم هم بوده و در نتیجه سوء تفاهم یا بدگمانی ایجاد می‌شود. در مواردی که من پی‌گیری کردم جراح مرحله اول کلامی، و تنها به بیمار توضیح داده ولی شاید پافشاری لازم نشده است. به باور من توضیح مراحل درمانی با فاصله و با هزینه‌های جداگانه نباید تنها به خود بیمار محدود گردد، بلکه شامل بیمار و نزدیکان شود، و بهتر است شفاهی و کتبی باشد. موردی داشتم که یکی از دوستان که جراح عمومی یک بیمارستان خصوصی است با من تماس گرفت، از من خواست که یکی از کارمندان قسمت فنی بیمارستان را در دانشکده معاینه و کمک کنم. بیمار مراجعه کرد و مشخص گردید که بیمار هفت ماه پیش مورد جراحی شش ایمپلنت در فک بالا و پائین قرار گرفته و هزینه توسط همکاران جراح در این بیمارستان به این کارمند کمک شده بود. نتایج درمان ایمپلنت بسیار عالی بود، ولی بیمار گمان داشته که پرداخت هزینه مرحله اول، شامل مرحله دوم هم بوده است. در پایان و پس از مشاوره با بخش پروتز دانشکده، من با جراح پرئودونتیسیت بیمار که از دوستان است تماس گرفتم و قرار شد مرحله دوم هم با کمک خودشان انجام شود. شکی ندارم که آگاهی هزینه‌های جداگانه دو مرحله به بیمار زبانی یا شفاهی گفته شده، ولی با توجه به فاصله زمانی بین دو مرحله یا فراموش و یا انکار می‌کند که به او گفته شده است. به همین دلیل پیشنهاد من آگاهی هم شفاهی و هم کتبی و امضاء رضایت‌نامه آگاهانه و آزادانه است تا دست کم، از انکار پیشگیری شود. امکان بروز این پدیده بویژه در درمان‌های چند مرحله‌ای با فاصله و پرهزینه بیشتر است. نکته جالب این که در بیمارستان طالقانی شهید بهشتی و در زمان جنگ هشت ساله، مجروحین با صدمات جنگی ناشی از ترکش خمپاره ( Shrapnel Injury )، که از دست رفتن وسیع نسج نرم و سخت داشتند، دست کم به سه مرحله جراحی ( دبریدمان، ترمیم نسج نرم، پیوند استخوان ) با فاصله نیاز داشتند،

ولی کوچکترین دشواری با این بیماران بردبار و شکیبنا نداشتیم که شاید به دلیل رایگان بودن تمام مراحل بسیار گسترده جراحی بود. به باور من بیشتر بد گمانی ها و فراموشی ها و انکارها مانند مورد پیش به دلیل هزینه های بالا است .

ب- مورد رایج دیگر در جراحی های ارتوگناتیک است. در بیشتر موارد بخشی از درمان ارتودونسی پیش از جراحی و بخش باقی مانده درمان ارتودونسی پس از جراحی انجام می شود. در مرحله اول ارتودونتیسیت، برای حدود یک سال یا بیشتر ارتودونسی را انجام و بیمار آماده جراحی می شود. این بیماران بی گمان باید پیش از شروع درمان ارتودونسی توسط جراح دهان و فک و صورت معاینه و ارتباط درست بین جراح و بیمار و ارتودونتیسیت برقرار و پس از آگاهی تمام مراحل (چگونگی، فواصل، هزینه ها) درمان آغاز گردد. یک مورد جالب داشتم، بیمار دختر خانم ۱۹ ساله با این بایت اسکلتال ۱۲ میلی متری (Skeletal Open Bite) همراه صورت کشیده (Long Face) و بی کفایتی لب (Lip Incompetence). ناهنجاری بسیار واضح و ارتودونتیسیت آماده سازی پیش از جراحی را عالی انجام داده و نتایج خوب جراحی قابل پیش بینی بود. جالب این که بیمار به دلایل روحی از بی هوشی عمومی به شدت وحشت داشت و راضی به جراحی با وجود پافشاری ارتودونتیسیت نشد. بزرگترین اشتباه، نبود مشاوره جراحی پیش از شروع ارتودونسی بوده و در واقع چنانچه بیمار راضی به جراحی نشود که نشد، تمام نتیجه و زحمت ارتودونتیسیت و بیمار از بین می رود. چنانچه این بیمار حتی با پافشاری ارتودونتیسیت و دیگران هم وادار و ناچار و ناگزیز به انجام جراحی زیر بی هوشی گردد، به باور من پسندیده رفتار حرفه ای اخلاقی در طبابت نیست. اگر چه مورد بالا نایاب است، ولی به هر حال بهتر است بیمار با جراح خود در ابتدای شروع درمان ارتودونسی آشنا و احساس خوب و راحت با وی داشته باشد. مورد مشابه دیگر درمان های تکمیلی با فاصله کم تر در دندانپزشکی درمان اندودونتیک است که با فاصله نیاز به درمان ترمیمی و یا پروتز ثابت دارد و بیمار در پیوند با هزینه های جداگانه دچار بدگمانی می گردد. موارد مشابه در تخصص های پزشکی کمتر مطرح است، ولی در درمان های دندانپزشکی به دلیل فراوانی تخصص ها و نیاز به درمان های چند رشته ای با فاصله، فراوان رخ می دهد. شروع کننده درمان موظف به آگاه کردن بیمار و نزدیکان از درمان های متعدد با فاصله ( که گاهی طولانی ) است تا از بدگمانی های احتمالی پرهیز گردد. مورد دیگری به یاد دارم، به بخش پروتز ثابت تخصصی برای مشاوره جراحی یک مرد جوان رفتم. بیمار یک اپن بایت شدید اسکلتال به همراه دندان های کوتاه ناشی از عارضه ( Dentigerous Imperfecta ) داشت. رزیدنت تخصصی بسیار عالی و با زمان و زحمت زیاد ، طرح درمان را روی آرتیکولاتور مناسب با رابطه فیس بو ( Facebow ) آماده کرده بود. این بیمار نیاز به جراحی فک بالا و پائین و هم چنین روکش تمام دندان ها را داشت که طرحی بسیار طولانی و گسترده است. جالب این که در اولین برخورد من با بیمار، به شدت شروع به گلایه کرد که من سه ماه است این جا می آیم و کاری نشده، در حالی که بسیار کار بزرگ و طراحی عالی انجام شده بود ولی بیمار از گستردگی درمان های لازم جراحی و پروتز پیش از آغاز آگاه نشده بود .

## ۱۴ - کاهش توجه به دستورات و راهنمایی‌های پس از درمان و جراحی

در بسیاری از کلینیک‌های خصوصی و دانشگاهی به تحویل یک برگ کلی دستورات پس از جراحی بسنده می‌شود که به باور من کافی نیست. در مطب و یا بخش‌های جراحی دانشکده‌ها وجود یک فضای کوچک به عنوان اتاق استراحت الزامی است. دستورات مهم پس از جراحی باید به صورت شفاهی و عملی به بیمار ارائه و آموزش داده شود و البته دستورات کتبی همراه تلفن همراه جراح هم باید به بیمار داده شود ولی دادن تنها دستورات کتبی بدون آموزش شفاهی و عملی کفایت نمی‌کند. به ویژه این که در برخی از جراحی‌ها دستورات و آموزش اختصاصی باید بیان گردد. اگر چه دستورات و آموزش شفاهی می‌تواند توسط پرستار انجام شود، ولی من ترجیح می‌دادم دستورات و آموزش شفاهی را خودم انجام دهم. البته این کار را چند دقیقه پس از استراحت بیمار و در اتاق بهبودی انجام می‌دادم و ترجیح می‌دادم، چنانچه بیمار اجازه دهد همراه یا هم منزل وی نیز هنگام ارائه دستورات پس از عمل حضور داشته باشد. این که نوشتم اجازه بیمار برای حضور همراه در اتاق بهبودی برای موارد نادر است که همراه با بیمار نسبت نزدیک نداشته و هم خانه نمی‌باشد و بیمار با حضور وی احساس خوبی ندارد. این موارد نادر است و بیشتر همراه بیمار از نزدیکان و هم‌خانه، مانند پدر و مادر و یا زن و شوهر و یا فرزندان که در این مورد حضور آن‌ها بسیار مناسب است. یک بار من اشتباه بدی کردم و از بیمار که خانم جوانی بود پس از جراحی و انتقال او به اتاق استراحت پرسیدم مایل هستید به پدر بگویم نزد شما بیاید؟ که با تبسم گفت شوهر من است !!! این اشتباه بد من اگر چه با تبسم دو سویه حل شد، ولی تجربه بزرگی شد. اگر چه دستورات کلی مراقبت‌های پس از جراحی به صورت شفاهی و کتبی به بیمار داده می‌شود، ولی در برخی جراحی‌ها نیاز به دستور و آگاهی‌های اختصاصی است که در صورت سهل‌انگاری می‌تواند برای بیمار ایجاد مشکل کند. چند نمونه بیان می‌کنم:

الف - پس از جراحی بستن ارتباط دهانی سینوسی، چنانچه احتمال خروج طبیعی و احتمالی خون از بینی را برای بیمار توجیه نکرده باشیم بروز این پدیده طبیعی موجب وحشت بیمار می‌شود. همیشه به دانشجویان و رزیدنت‌ها گفته ام:

" ترجیح می‌دهم ساعت ۳ بعد از ظهر موضوع را توضیح داده باشم تا ۳ بعد نصف شب "

من با زبان ساده به بیمار می‌گویم بین سینوس و بینی سوراخی وجود دارد. بنابراین اگر دستشوئی رفتی و به ویژه اگر سر را پائین بگیری ممکن است مقدار مختصر خون که در سینوس جمع شده، از سوراخ بینی همان سمت خارج گردد. نباید وحشت کنید و بیانگر سلامت این ارتباط طبیعی است. این توضیح موجب پرهیز از وحشت بیمار در صورت خروج خون از بینی می‌شود. بارها در دانشکده مشاهده کرده‌ام که رزیدنت با مهارت و زیبایی کامل و عالی جراحی بستن ارتباط دهانی سینوسی را با فلپ باکال و یا پالاتال و یا روش‌های دیگر انجام، و همین نکته کوچک ولی مهم را به بیمار توضیح نداده است.

ب - همیشه هم به بیمار و هم به همراه بیمار ( مانند مادر همراه دختر ) توصیه می‌کنم؛ دست کم در ۲۴ ساعت پس از جراحی هنگام خروج از تخت مانند رفتن به دستشویی، یکی دو دقیقه کنار تخت بنشیند و سپس حرکت کند، چه ممکن است به دلیل بروز کاهش فشار خون وضعیتی حادثه‌ای رخ دهد. موردی داشتم که بیمار بیرون آوردن معمول یک دندان را داشته و به دلیل بلند شدن ناگهانی از تخت و رفتن دستشویی دچار افت فشار خون وضعیتی شده و صورت با دستشویی برخورد و دچار شکستگی دنتوآلتولر شده است. این پدیده به ویژه در بیماران با جسم و پیکر ضعیف و ظریف بیشتر محتمل و من در این موارد تاکید بیشتر می‌کنم که برای نمونه مادر شب اول پس از جراحی، به دختر خود در خروج از تخت و راه رفتن و جابجائی کمک کند و در کنار او باشد. Postural Hypotension یا کاهش فشار خون وضعیتی در بیمارانی که از داروهای خاص مانند، داروهای مدر (دیوریتیک)، آنتاگونیست آلفا و بتا آدرنرژیک، مهار کننده‌های آنزیم مبدل آنژیوتانسین، داروهای ضد افسردگی، آرام بخش‌ها، مخدرها، لوودوپا (برای پارکینسون)، آنتی هیستامین‌ها، وازودیلاتورها، و داروهای پائین آورنده فشارخون با عمل مرکزی (مانند متیل دوپا) و در مجموع داروهایی که سیستم یا سامانه مقابله با جاذبه برای حفظ فشار خون را تضعیف نموده‌اند شایع‌تر می‌باشد و به باور من این توصیه برای تمام بیماران باید انجام شود، که برخاستن از تخت خواب اول به تدریج انجام شود و دوم این که همراه داشته باشد .

ج - در مطب و پس از خاتمه جراحی سرپائی با بی‌حسی موضعی، هنگام حرکت بیمار از روی یونیت تا Recovery Room یا اتاق بهبودی، من در کنار بیمار بودم تا چنانچه کاهش فشار خون وضعیتی رخ دهد بیمار ساپورت یا پشتیبان داشته باشد .

د - روزی در بخش بودم، جوانی که هفته قبل مورد جراحی انسزیون و درناژ آبه پالاتال قرار گرفته بود، با اعتراض و کم و بیش پرخاشگرانه داخل بخش آمده و می‌گفت، من که خوب نشده‌ام و هنوز ورم دارم. پس از معاینه مشاهده شد درمان به درستی انجام شده بود ولی به بیمار توضیح نداده بودند که در سقف دهان مخاط جدا شده به دلیل سختی و ثقل زمین مدتی به درازا می‌کشد تا به حالت عادی برگردد و تورم ظاهری دلیل ادامه آبه و عفونت نیست .

ه - مایلم تجربه ۳۰ ساله خودم را در این باره بیان کنم. شیوه من وقت زیادی بود که برای دستورات پس از عمل به بیمار و نزدیکان وی می‌دادم و حتی قرار دادن گاز مرطوب کوچک روی محل جراحی را به صورت عملی انجام و آموزش می‌دادم. با وجود آموزش کامل در مطب، یک برگه دستورات پس از جراحی داده و پافشاری می‌کردم که در صورت هر مشکل و حتی پرسش با من تماس بگیرند. جالب این که در مجموع ۳۰ سال تجربه مطب داری، تنها سه بار در شب اول پس از جراحی به مطب رفتم . بیمار یا

خانواده وی برای تماس با جراح باید احساس راحتی داشته باشد. شیوه یکی از اساتید دوره رزیدنسی من تماس با منزل بیمار در شب اول پس از جراحی بود که به باور من بسیار پسندیده است. اگر چه دوباره گوئی است ولی به شدت باور دارم، اگر وقت کافی برای آموزش دستورات پس از جراحی گذاشته شود و این آموزش همراه با ارائه دستورات کتبی و تلفن جراح شود، بیمار به ندرت نیازمند تماس نیمه شب با جراح می‌شود. همان‌گونه که پیشتر نوشتم، چنانچه در ساعت ۳ بعدازظهر به بیمار توضیح و آموزش کافی بدهیم، دیگر نیاز نیست همین توضیح و یا معاینه را در ساعت ۳ نیمه شب انجام دهیم.

در دانشکده از رزیدنت های پریو و اندو پرسیده ام که اگر شب اول پس از جراحی پریو بیمار نشت خونی داشت و یا درد شدید پس از درمان اندو داشت، در زمان بسته بودن دانشکده چه کند؟ البته بهتر بود چراغ دانشکده پس از ساعت کاری روشن بود و دانشکده کشیک شب، گردشی با یک رزیدنت می داشت و رزیدنت درمان کننده اگر لازم بود می توانست خودش به دانشکده بیاید. ولی در نبود این داشته ها، دست کم رزیدنت باید تلفن همراه خود را بدهد و در دستورات کتبی بیان شود، که در صورت بروز مشکل به اورژانس بیمارستان طالقانی مراجعه کند، چه دو رزیدنت جراحی دهان، فک و صورت همیشه کشیک شب می باشند و بهتر است که مشکل بیمار در خانواده دانشکده گشوده شود و اگر لازم باشد رزیدنت درمان کننده هم بتواند حضور یابد. با پرسشی که داشتم این پدیده نامناسب در سایر دانشکده های دندانپزشکی تهران و سایر استان ها نیز وجود دارد که با کمی تدبیر حل شدنی است.

## ۱۵- عدم توجه به ارجاع ( Referral ) و مشاوره ( Consultation ) درست

در سال های طبابت در مطب و دانشکده اندک نامه ارجاع درست، به ویژه در مورد عوارض جراحی داشته‌ام. نامه ارجاع را بسیاری از دندانپزشکان از گمان شکایت بیمار نمی‌نویسند، در حالی که چنانچه دندانپزشک عمومی یا متخصص واقعیت را نوشته و کپی یا رونوشت آن را داشته باشد، برای وی هم نقش پاس قانونی دارد و هم پاس اخلاق است. بین نامه ارجاع و مشاوره تفاوت است که کمتر به آن توجه می‌شود. در نامه Referral اجازه درمان داده می‌شود، در حالی که در نامه مشاوره یا consultation این اجازه وجود ندارد. به این مهم بیشتر میان همکاران متخصص در بیمارستان توجه می‌شود. توصیه من به همکاران دندانپزشک این است، اگر برای نمونه چنانچه ادامه درمان اندودونتیک را به متخصص واگذار می‌کنند، حتماً نامه ارجاع باشد و نه مشاوره و اگر دندانپزشک به عادت از واژه مشاوره استفاده می‌کند بی‌گمان اضافه کند:

" بیمار جهت مشاوره و ادامه درمان معرفی می‌شود "

## چند نمونه :

الف - اگر دندانپزشک پس از بیرون آوردن دندان مولر بالا با بازشدگی و ارتباط وسیع دهانی سینوسی مواجه شود، می‌تواند با نوشتن نامه ( و حفظ کپی ) بیمار را به جراح دهان و فک و صورت ارجاع و ضمن نوشتن جزئیات درمان انجام شده توسط خود و عارضه ایجاد شده از جراح تقاضای ادامه درمان کند. در نامه ارجاع برای ادامه درمان عارضه ایجاد شده، اول باید واقعیت را بنویسد تا درمان درست انجام شود. برای نمونه اگر هنگام بیرون آوردن مولر بالا، قسمتی از دندان و یا ریشه وارد سینوس شده باشد، در نامه ارجاع جابجائی ریشه به درون سینوس باید در نامه ارجاع نوشته شود و گرنه به ویژه به دلیل کوچکی ریشه جابجا شده و هم چنین وجود خون ( رادیوپیک ) در سینوس جراح تنها اقدام به بستن ارتباط دهانی سینوسی کرده و ریشه داخل سینوس باقی مانده، و عوارض مزمن بعدی در سینوس ایجاد می‌شود. در حالی که چنانچه جراح از وجود ریشه داخل سینوس مطلع باشد، حتی در طرح درمان، ممکن است از درمان سرپائی مطب به درمان زیر بی‌هوشی در بیمارستان تبدیل گردد .

نوشتن نامه ارجاع یا Referral که در بالا توضیح داده شد، بیانگر طرح و تصمیم درست دندانپزشک و در نتیجه امنیت قانونی است، در حالی که عدم تشخیص و یا تعویق بیش از حد درمان عارضه می‌تواند موجب عوارض بیشتر و پیچیده شدن درمان گردد و در این حالت از نقطه نظر اخلاقی و قانونی دندانپزشک پاسخگو است .

ب - یک نمونه از ارجاع یا Referral بسیار عالی که در کل عمر کاری خود در مطب داشتم توسط یک پرودونتیسست بود .

ایشان در نامه ارجاع نوشته بودند آقای دکتر یغمائی با سلام بیمار آقای..... در تاریخ..... در سمت راست بالا مورد جراحی قرار دادن یک ایمپلنت قرار گرفتند. به دلیل عدم موفقیت در تاریخ..... ایمپلنت برداشته شد. پس از برداشتن ایمپلنت باز شدگی سینوس مشاهده و به دلیل عدم ترمیم و بسته شدن خود بخود دو بار در تاریخ‌های..... و..... با فلپ باکال آن را بستم . متأسفانه هر دو بار فلپ پس از یک هفته باز شد. بیمار جهت ادامه درمان ارجاع داده می‌شود تا هرگونه صلاح می‌دانید اقدام فرمائید. این بهترین نوع نامه ارجاعی بود که من داشتم و بسیار برای تصمیم به طرح مناسب درمان کمک کننده بود. دست کم امتیاز این نامه خوب ارجاع این بود که من نباید فلپ باکال را برای سومین بار انتخاب کنم . برای درمان این بیمار پس از بررسی رادیوگرافی جدید سینوس، و شستشوی مفصل آن ارتباط دهانی سینوسی با فلپ پالاتال مناسب بدون کشش با موفقیت بسته شد و هیچ مشکل پس از جراحی وجود نداشت. پیشنهاد می‌کنم در صورت ارجاع برای ادامه هر درمان ناتمام، به درستی و راستی تمام ریزه کاری‌ها و پیامدها را در نامه ارجاع نوشته و بهتر است رونوشت آن را نگاه دارید .

ج - در عمل‌های جراحی بیمارستانی، جزئیات بی‌هوشی و جراحی بیمار نگاشته می‌شود. در نتیجه در صورت نیاز به درمان مجدد توسط جراح یا پزشک دیگر امکان دسترسی به شرح عمل یا عمل‌های جراحی قبلی وجود دارد. در زمان رزیدنسی در آمریکا، پس از پایان هر جراحی به اتاقک یا کابین کوچکی که در همان فضای نزدیک اتاق عمل بود می‌رفتم و Operative Report یا شرح عمل را که شامل ویژگی‌های بیمار، انگیزه جراحی، نوع بی‌هوشی، نام جراح و رزیدنت‌های کمک و سرانجام جزئیات عمل جراحی انجام شده و عوارض احتمالی پیش آمده هنگام جراحی را توسط میکروفن و ضبط موجود در کابین بیان می‌کردم. دیرتر نوار توسط کارمندی در بخش Medical report بیمارستان تایپ می‌شد. رزیدنت باید نوشته تایپ شده را واریسی و در صورت درستی امضاء کند. این شرح عمل در پرونده بیمار ثبت و حتی سال‌ها بعد قابل دسترسی بود. شور بختانه ما در نگاهداری شرح عمل ضعیف هستیم. در بیمارستان شرح عمل نوشته می‌شود ولی، بسیار کوتاه و نارسا و با توجه به تایپ نشدن بسیار بد خط است.

د- نامه مشاوره یا درمان Consultation بیشتر برای مشاوره با پزشک معالج بیمار نوشته می‌شود. در نامه مشاوره نوع دندانپزشکی یا جراحی، با بی‌حسی موضعی باید نوشته شود و توصیه‌های پزشک معالج را درخواست کند. پاسخ مشاوره می‌تواند مورد توجه عمل‌کننده قرار بگیرد و یا نگیرد، چه در هر صورت پاسخگوی درمان با عمل‌کننده است. یک نمونه، نامه مشاوره دندانپزشک به پزشک بیمار است که بیشتر موارد پاسخ، توصیه به عدم تجویز بی‌حسی موضعی همراه آدرنالین (اپی نفرین) است. در واقع این هم یک Advise است و بر پایه نیاز درمانی، این توصیه می‌تواند انجام شود و یا نشود. بیان این نکته مهم است که پزشکان در مورد آدرنالین (اپی نفرین) برداشت با غلظت یک در هزار دارند، که در موارد خاص مانند شوک آنافیلاکسی، آسم شدید، و ایست قلبی استفاده می‌شود در حالی که آدرنالین موجود در بی‌حسی موضعی دست کم صد بار و یا بیشتر، غلظت کم‌تر از آدرنالین موجود در مورد تجویزی پزشکی است. به هر حال دندانپزشک پاسخگوی اصلی درمان بیمار خود است و توصیه یا Advise را می‌تواند انجام بدهد و یا ندهد. با وجودی که گفتار در مورد اپی نفرین (ادرنالین)، در گنجایش این گردآمده نیست، ولی چون بسیار پرسش می‌شود، به چند پاسخ بسنده می‌کنم:

۱ - تنها مورد جدی عدم تجویز مطلق اپی نفرین، در بی‌حسی موضعی، آلرژی به بی‌سولفیت نگاهدارنده آن است و بس. آلرژی به بی‌سولفیت سدیم بیشتر به نوع برنکوواسپاسم است (در حالی که آلرژی به خود بی‌حسی موضعی بیشتر با نشانه‌های پوستی است) بنابراین در بیماران با آسم شدید با سابقه آلرژی به بی‌سولفیت نباید تجویز گردد. توجه کنیم بی‌سولفیت به عنوان نگاهدارنده و حفظ تازگی در مواد غذایی و رستوران‌ها مصرف می‌شود و علائم آلرژی تنفسی می‌تواند به سبب بی‌سولفیت سدیم مصرفی در مواد غذایی باشد. توجه کنیم خود اپی نفرین (ادرنالین) برنکودیلاتور قوی و درمان آسم شدید است، ولی آنچه آدرنالین بی‌حسی موضعی دندانپزشکی دارد، بی‌سولفیت سدیم است در حالی که نوع پزشکی با وجودی صد بار تا چهار صد برابر

غلیظ تر است، بی سولفیت ندارد چه ویال یک میلی لیتری مهر و موم و قابلیت نفوذ اکسیژن را ندارد ولی در کارتریج بی حسی موضعی اکسیژن از راه دیافراگم نفوذ پذیر است. بنابراین باید برای حفاظت از اکسیده شدن تدریجی آدرنالین بی حسی موضعی، محافظ اکسیداسیون آدرنالین یعنی بی سولفیت سدیم اضافه شود، چه تمایل بیشتر به جذب اکسیژن دارد.

۲ - همان گونه که بیان شد، موارد عدم تجویز مطلق اپی نفرین آلرژیک به بی سولفیت سدیم، فئوکروموسیتوم، آسم شدید، و دیابت وابسته انسولین است. در سایر موارد مانند قلبی عروقی و مانند این ها عدم تجویز نسبی است و باید از ۳۶ تا ۴۰ میکروگرم فرا تر نباشد (در فرد سالم حداکثر تا ۲۰۰ میکروگرم). که این بسته به نوع درمان انتخاب عمل کننده است.

۳ - من در انتخاب بی حسی موضعی (با یا بدون اپی نفرین) حتی در یک فرد سالم به چند نکته توجه می کنم، زمان جراحی؟ هموستاز مهم است؟ درد پس از جراحی؟ اگر نوع درمان کوتاه است و هموستاز و درد پس از جراحی کوتاه باشد (نمونه خارج کردن ساده یک ریشه)، با وجودی که عدم تجویز مطلق و نسبی هم وجود ندارد، از بی حسی ساده بدون اپی نفرین استفاده می کنم چه تنها از یک دارو یعنی بی حسی موضعی استفاده می کنم (کارتریج ساده تنها دارای بی حسی موضعی + آب مقطر + نورمال سالین برای ایزوتونیک شدن محلول یعنی سه ترکیب است، در حالی که نوع حاوی اپی نفرین علاوه بر موارد پیش، دارای اپی نفرین + بی سولفیت سدیم یعنی پنج ترکیب است). در مواردی که درمان جراحی کوتاه ولی هموستاز و پیش بینی درد پس از جراحی وجود دارد (مانند یک فرنکتومی لبیال یا لینگوال، اگر چه زمان جراحی کوتاه است ولی هموستاز ضمن جراحی مهم و نیز درد پس از جراحی می تواند طولانی باشد. بنابراین انتخاب من بی حسی موضعی با اپی نفرین است. در هر حال انتخاب بستگی به شرایط، مدت نیاز به بی حسی موضعی، نیاز به هموستاز، و مدت زمان اثر پس از درمان دارد. زیاده گوئی شد برگردم به ادامه.

در مواردی که بیمار توسط پزشک خود، تحت مدیریت درمانی است (برای نمونه درمان داروهای ضد انعقادی و مانند این ها)، با وجود دانش مدیریت توسط دندانپزشک، توصیه می شود برای احترام به حقوق بیمار و بنیاد **Medicolegal** نامه مشاوره برای پزشک بیمار نوشته شده و توصیه وی درخواست شود (البته در موارد فوریت، با مکالمه تلفنی این مشاوره می تواند انجام شود).

۵ - مشاوره بین تخصص های دندانپزشکی برای تعیین طرح درمان پیش از شروع درمان. بویژه در جراحی های پیش پروتزی مانند ایمپلنت (بین جراح و پروتزیست)، جراحی های ارتوگناتیک (بین جراح و ارتودونتیست) پاتولوژی های ناحیه (بین جراح و پاتولوژیست)، و انواع دیگر مشاوره بین تخصص های دندانپزشکی و هم چنین بین همکاران دندانپزشک عمومی و متخصص بسیار رایج و خوب است. در بسیاری موارد یک بیمار که نیازمند درمان های متعدد دندانپزشکی است، برای تعیین نوع درمان و اولویت و ترتیب انجام درمان ها توسط متخصصین مختلف ابتدا معاینه و مراحل طرح درمان مشخص گردد. در عنوان جداگانه رفتار حرفه ای بین رشته ای (**multidisciplinary & Interdisciplinary**) خواهد آمد.

## ۱۶- معرفی نامناسب دندانپزشکی در گستره جامعه

به باور من، یکی از مهم‌ترین ارزش‌های فراموش شده (کمتر توجه شده) توسط همکاران معرفی دندانپزشکی با عنوان بیشتر زیبایی در گستره جامعه است. پیام و آگهی‌های فراوان در رسانه‌های تصویری، نوشتاری، و مجازی در پیوند با زیبایی مشاهده می‌شود و حتی از واژه‌هایی مانند چسباندن نگین و ایجاد لبخند هالیوودی و مانند آن استفاده می‌شود. در بسیاری موارد این تبلیغات همراه تصویر خانمی است در حال خنده که زیبایی دندان‌ها و خنده همراه پخش اشعه نورانی است!!! (شکل ۵). شکی نیست زیبایی بر پایه تعریف رسمی سلامت، موجب شده که پیوند مهم سلامت دهان به درون فراموش شده است. اگر چه بیان ریزه کاری‌های این پدیده می‌تواند نام یک کتاب باشد، مایلم برداشت کلی خود را به صورت فشرده بیان کنم:



شکل ۵

ایمپلنت - دندانپزشکی زیبایی، لبخند هالیوودی

The World Health Organization (WHO) defined health in its broader sense in its 1948 constitution as "a state of complete physical, mental, and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity."

## تعریف سلامت

در ماده ۲ اساسنامه خود مصوب ۱۹۴۸ میلادی تعریف سلامت اینگونه است: سلامت عبارت است از حالت آسایش کامل جسمی، روانی، اجتماعی، و نه فقط نبودن بیماری و ناتوانی.

۱- دهان و روده بزرگ دو عضو اصلی ایجاد کننده باکتری می همراه عملکرد یا فانکشن طبیعی و روزمره خود می باشند. عبور باکتری می ناشی از روده با عبور از ورید باب کبد ( Portal Vein ) تعدیل می شود، در حالی که باکتری می ناشی از عملکرد طبیعی دهان امتیاز اولین عبور از کبد و پاک سازی توسط سیستم رتیکولو اندوتلیال را ندارد ولی بزرگترین امتیاز دهان دسترسی آسان برای رعایت بهداشت است .

۲- پوسیدگی دندان پس از سرماخوردگی دومین عفونت بشری است، ولی به باور من مهم تر است، چه مدت سرماخوردگی کوتاه، ولی پوسیدگی از زمان شروع تا مورد توجه قرار گرفتن ممکن است فاصله زمانی بسیار طولانی داشته باشد .

۳- بیش از ۵۰۰۰ دقیقه باکتری می در ماه به دلیل عملکرد یا دینامیک عادی دهان مانند جویدن غذا، مسواک زدن، نخ دندان و خلال دندان کردن داریم . عمده سرچشمه باکتری می دهان از لثه و پرپودونشیوم است. چهار ویژگی، در باکتری ناشی از دهان : الف- Frequency یا فراوانی .

ب- Nature یا طبیعت یا نوع میکروارگانیسم ها .

ج - Magnitude حدود یا بزرگی  $10^4$  CFU/ml .

د - Duration یا مدت هر باکتری می که بین ۶ تا ۳۰ دقیقه و بیشترین ۶۰ دقیقه می باشد .

طبیعی است در دهان های سالم هر چهار ویژگی باکتری می پائین تر و حتی نزدیک کشت منفی گزارش شده است ( به باور و گمان من، این اندک باکتری می نزدیک صفر در دهان های سالم ممکن است نقش ایمنی مانند واکسیناسیون داشته باشد که این را من تنها به گمانه یا فرضیه بیان کردم ). باکتری می پس از جراحی های دهان و سایر دستکاری های دندان پزشکی یکی از علل تب بویژه یک روز پس از درمان است و باید به این احتمال در تشخیص افتراقی توجه کرد ( شایعترین علت تب یک روز پس از جراحی های زیر بی هوشی اتلکتازی ریه ناشی از هیپو ونتیلیسیون است ) .

۴- امروزه پژوهش های فراوان، در باره پاتوژن باکتری می ناشی از دهان با بسیاری بیماری ها و بویژه آترواسکلروز عروق کرونر انجام شده. برخی آن را عامل اصلی و بسیاری دیگر عامل تشدید کننده می دانند. دلایل فرضیه نقش باکتری می دهان با بیماری عروق کرونر :

الف - صدمات متاستاتیک ناشی از خود باکتری می .

ب - صدمات متاستاتیک ناشی از سموم میکروارگانیسم های باکتری می .

ج - صدمات ناشی از آزاد شدن مدیاتورهای آماسی ( از لثه و سایر ارگان ها مانند کبد ) .

با توجه به اهمیت وفور مرگ و میر از آترواسکلروزیس ( ۳۳ تا ۳۹ در صد علت مرگ و میر در ایران ) .

دلایل تقویت فرضیه علمی نقش باکتری دهان در ایجاد و یا تشدید آترواسکلروزیس عروق کرونر عبارتند از :

الف - مطالعات اپیدمیولوژی .

ب- نقش باکتری در تجمع پلاکتی ( Platelet Aggregation ) .

ج - یافتن DNA باکتری‌های پریدونتال در آتروم‌های عروق کرونر .

د - مطالعات حیوانی و گزارش تسریع رسوب آتروم عروق کرونر با حضور دو باکتری تخریب کننده آماس مزمن پریدونتال .

### (Porphyromonas gingivalis & Aggregatibacter actinomycetemcomitans)

۵ - آترواسکلروزیس عروق کرونر فرآیندی دائمی است، که گمان می رود با اولین ضربان قلب ( پایان هفته چهارم ) در جنین شروع و بهائی است که ناگزیر برای ادامه حیات باید پرداخت کرد. آترواسکلروزیس پدیده آماسی/ ایمنی است و به همین دلیل نقش مستقیم باکتری‌های ناشی از دهان + سموم ناشی از باکتری + مدیاتورهای آماسی ناشی از خود پریدونشیوم و نیز مدیاتورهای ساخته شده در سایر ارگان ها مانند کبد را در تشدید آترواسکلروز کارساز می‌دانند و همان‌گونه که بیان شد با پژوهش های اپیدمیولوژیک و نتایج اتوپسی نمونه عروق کرونر و نیز پژوهش های حیوانی فرضیه یا گمانه نقش بیماری‌های پریدونتال و باکتری‌های ناشی از عملکرد روزمره را بسیار تقویت کرده است. بنابراین نکته اصلی من این است، که چرا عضو به این مهمی که در سلامت درون شاید بیش از هر عضو دیگری نقش دارد تنها به عنوان زیبایی در جامعه معرفی شده است؟؟ اگر اهمیت این موضوع به بیمار و همراهان وی به زبان ساده توضیح داده شود، پیاپی برای بررسی دوره‌ای مراجعه می‌کنند، که در این حالت یا بیمار نیاز به درمانی ندارد و یا درمان‌های ساده‌تر کفایت می‌کند و نیاز به درمان‌های پیشرفته به دلیل دیرکرد در مراجعه از بین می‌رود. توضیح برای بیمارانی که بی‌توجه به سلامت و بهداشت دهان بودند را من به این روش ساده انجام می‌دادم و به بیمار می‌گفتم که خون در گردش شما مانند یک آب زلال و پاک و بدون میکروب است. با این وضع دهان و لثه هر وقت غذا می‌خورید مقداری میکروب داخل خون شده و به نواحی دیگر بدن رفته و صدمه می‌زند. درست مانند اینکه آب پاک و زلال را در یک لیوان دارید اگر حتی قطره‌ای فاضل آب داخل آن ریخته شود دیگر در نوشیدن آن اکره و بی‌زاری می‌کنید .

۶ - اگر چه به دلیل اهمیت بیشتر در پیوند با نقش سلامت دهان و باکتری‌های آترواسکلروزیس و سکتته و سایر بیماری‌های قلبی پژوهش های بیشتری انجام شده، ولی نشانه های نامناسب آماس مزمن پریدونتال و باکتری‌های در سایر بیماری‌های عمومی هم مشخص شده است از جمله : تشدید دیابت / پنومونی باکتریال / زایمان زودرس و نوزاد با وزن زیر ۲/۵ کیلوگرم/ و زخم معده و هلیکوباکتر پیلوری ( Helicobacter Pylori ) است . بیان فشرده این که، در زمینه معرفی دندانپزشکی و این مهم‌ترین عضوی که سلامت آن نقش عمده در سلامت درون دارد، در گستره جامعه بسیار کوتاهی کرده‌ایم و این عضو مهم را شور بختانه، تنها به

عنوان نماد زیبایی به جامعه معرفی کرده‌ایم. همان گونه که از پیش نیز بیان کردم، به باور من اولین وظیفه ما تغییر و اصلاح فرهنگ و نگرش بیماران و سپس درمان های تخصصی دندانپزشکی و جراحی است. در باره نقش *Helicobacter Pylori* در زخم معده و اهمیت بسیار بهبود بهداشت دهان در پیشگیری از عود زخم معده پس از درمان دارویی توسط متخصص گوارش در عنوان جداگانه (محبوس شدن در رشته تخصصی) بیان گسترده خواهد شد.

## ۱۷- کاهش توجه به دوره‌های عمومی، درکنار دوره‌های رزیدنسی و فلوشیپ

دانشکده دندانپزشکی تهران در سال ۱۳۱۶ و ملی و مشهد در سال ۱۳۴۴ تاسیس و سپس به تدریج در سایر مراکز استانی و شهرستانی گسترش یافت و اکنون تعداد دانشکده‌های دندانپزشکی دولتی و آزاد و پردیس به بیش از ۶۰ رسیده است. حدود ۵۰ سال گذشته، هم تعداد دانشکده‌ها اندک بود و هم بیشتر محدود به تربیت دوره‌های عمومی بود. به تدریج دوره‌های تخصصی رزیدنسی، ابتدا در دانشکده دندانپزشکی تهران و سپس ملی (شهید بهشتی) و سپس به سایر دانشکده‌ها گسترش یافت. در سال‌های اخیر شروع دوره‌های فلوشیپ و PHD نیز گسترش یافته است. اگر چه متخصصین برجسته برای تحقیق و تدریس لازم است، ولی گزند بزرگ این است، که سبب کاهش توجه به دوره‌های عمومی شده است. من در زمان تدریس بیشتر تلاش داشتم که معلم دانشجویان ترم‌های پائین باشم، چه به باور من معلم کلاس اول و دوره ابتدائی در شکل گیری پایه رفتار درست دانشجویان مهم تر است. شوربختانه در برخی دانشکده‌ها از جمله شهید بهشتی که من در جریان هستم دوره تربیت بهداشتکار که نیاز بیشتر به آن وجود دارد تعطیل شده است. البته برقراری دوره‌های فوق تخصصی فلوشیپ و مستر شیپ و مانند این‌ها دهان پر کن‌تر و شاید سبب اعتبار بیشتر است. مملکت به درستی بیشتر نیاز به بهداشتکار و دندانپزشک عمومی خوب دارد و به باور من این دوره‌ها از دیدگاه کیفی زیر سلطه و چیرگی دوره‌های تخصصی و فوق تخصصی تا حدودی له شده‌اند. دوره سربازی به عنوان سپاهی بهداشت در میناب بندرعباس بودم ( سال ۱۳۵۳ ) به دلیل کمبود پزشک عمومی دست کم چهار پزشک از هند و پاکستان و

فیلیپین در بهداری شهر سرگرم به کار بودند و حقوق حدود ۶۰۰۰ تومان (حدود ۱۰۰۰ دلار در آن روزگار) که می‌گرفتند برایشان بسیار چشمگیر بود. خوشبختانه با افزایش دانشکده‌های پزشکی و دندانپزشکی و پذیرش بیشتر دانشجویان این کمبود نه تنها حل شده الان شاید بیش از نیاز داشته باشیم. بهر حال ما ایرانی‌ها یا از این لب بام می‌افتیم یا آن لب بام. بزرگی گفته بود لیسانس و دکتر بیکار بهتر از دیپلم بیکار است، که این تعبیر در هر دو سو قابل توجیه است. بهر حال مهم اصلاح تفکر و معقول شدن است همیشه آرزو داشته‌ام که تفکر دانشگاهی حتی در کلینیک‌های درمانی خصوصی جاری باشد در حالی که با پوزش در مواردی تفکر درمانگاهی را در دانشگاه می‌بینم. فکر می‌کنم بر پایه نیاز جمعیت و افزایش آن تربیت پزشک و دندانپزشک و متخصصین و نیز سایر رشته‌های دانشگاهی تربیت نمی‌شود و در بسیار موارد بیش از نیاز وجود دارد ولی به دلیل پراکندگی نامناسب، ناهنجاری‌های اجتماعی و اقتصادی را هم سبب شده است. در عناوین بیان شده پیش از این مانند افزایش درمان‌های غیر ضروری، بزرگ نمائی درمان‌های ضروری، تحمیل یک طرح درمان گسترده، و مانند این‌ها، همگی بیشتر ناشی از تراکم متخصص در یک محل می‌باشد. چکیده کنم توصیه و خواهش از اساتید این است، که زمان و توجه بیشتری برای دانشجویان عمومی و بویژه سال‌های پائین تر داشته باشند، و رفتاری داشته باشند که دانشجوی دوره عمومی احساس کند که وی در اولویت است و در واقع هم وجود و هم فلسفه اصلی دانشکده‌ها برای تربیت شایسته دوره عمومی است و تربیت متخصص در کنار آن، برای نیاز پژوهش الزامی ولی در درجه دوم قرار دارد (دید شخصی پذیرای چالش).

اگر چه از مقامات دست اندر کار، نمی‌توان چشم داشت زیاد داشت ولی خواهش می‌کنم، چنانچه توان دارند اول دوره‌های بهداشتکار دهان را زنده کنند و دوم پذیرش دانشجویان دوره عمومی، بر پایه دست بالا پنجاه در صد بیشتر از نیاز جمعیت موجود و رشد سالانه آن باشد و سوم این که پذیرش و شروع دوره‌های فلوشیپ و مستر شیب به راستی بر پایه نیاز باشد و نه خود نمائی و پیش دستی دانشکده‌ها بر هم. بر پایه آمار در آمریکا، حدود ۲۲۰ هزار دندانپزشک در سال ۲۰۲۴ وجود داشته (۶۱ دندانپزشک برای هر ۱۰۰ هزار نفر از جمعیت، که قرار است تا سال ۲۰۴۰ به ۶۷ دندانپزشک برای هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت افزایش یابد)، در حالی که بر پایه آمار در آمریکا، حدود ۲۰۰ هزار بهداشتکار در سال ۲۰۲۴ وجود داشته (۹۵ در صد خانم)، که بیانگر اهمیت تربیت بهداشتکار در کنار دندانپزشک عمومی است، در حالی که در ایران شوربختانه به این مهم توجه کم‌تری شده است. در ایران و در سال ۱۴۰۲ حدود ۳۹ هزار دندانپزشک عمومی (۴۱ دندانپزشک برای هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت)، و حدود ۶۰۰۰ متخصص وجود داشته است. کم توجهی به نیاز به بهداشتکار برای پیشگیری، یکی از مهم‌های مورد بی‌مهری بوده است. جالب این که با وجود افزایش قابل توجه دندانپزشک (حدود ۶۰ دانشکده)، DMFT به جای بهبودی افزایش یافته. تصویب قانون تربیت بهداشتکار دهان و دندان در ۲۳ فروردین سال ۱۳۶۰ بسیار خوب بود، ولی با اهمال و اشتباهات اجرائی در عمل انجام نشد و تنها روز تصویب

قانون، شد روز دندانپزشک !!! شوربختانه شاید ( ممکن است اشتباه کنم ) با چشم و هم چشمی بین دانشکده‌ها به تربیت فلوشیپ و مستر شیپ بیشتر توجه شد و تربیت بهداشت کار تا حدودی متوقف شد، همان گونه که پیشتر نوشتیم در آمریکا تا حدودی تعداد دندانپزشک و بهداشتکار برابر است و جالب این که در آمریکا تربیت تعداد دندانپزشک تا سال ۲۰۵۰ خطی است در حالی که تربیت بهداشتکار دهان و دندان افزایشی است. به شدت باور دارم باید تربیت بهداشتکار افزایش یافته و آنان تنها در کنار دندانپزشک ( و نه مستقل ) به خدمت برای پیشگیری وارد شوند، وگرنه افزایش بیشتر DMFT تا زمان افزایش فرهنگ عمومی بهداشت، در جامعه افزایش بیشتری خواهد یافت. به باور من با اصلاح قانون تربیت بهداشتکار دهان که در ۲۳ فروردین سال ۱۳۶۰ و با توجه به کمبود دندانپزشک تصویب شد، اکنون و با توجه به افزایش کافی تعداد دندانپزشک باید بازنگری شود. پیشنهاد من برای اصلاح قانون به قرار زیر است :

- ۱- در همه دانشکده های دندانپزشکی، دوره دو ساله بهداشتکار دهان، دست کم ۲۰ نفر هر ترم از راه کنکور انتخاب شود .
- ۲- پس از پایان دوره بهداشتکار، برابر دوره به همراه دندانپزشک طرح داشته و پس از پایان آن، به همراه دندانپزشک به آموزش بهداشت و نیز درمان های مرتبط مانند جرم گیری و فلوراید تراپی موضعی و سایر درمان های پیش گیری و نیز دستیار دندانپزشک اجازه کار داشته باشد . پافشاری می کنم همراه دندانپزشک و نه مستقل .
- ۳- اگر بهداشتکاران دهان تمایل به ادامه تحصیل در رشته دندانپزشکی داشته باشند، باید در کنکور شرکت کنند و بهداشتکار بودن نباید امتیاز در نظر گرفته شود . چه به باور من کسی که وارد رشته بهداشتکاری می شود باید به همین رشته علاقمند باشد و نه به عنوان مقدمه ورود به رشته دندانپزشکی. البته بهداشتکار باید در صورت تمایل، اجازه شرکت در کنکور رشته دندانپزشکی و یا هر رشته دیگری را داشته باشد، ولی بهداشتکار بودن نباید امتیازی برای ورود به دانشکده دندانپزشکی باشد .
- ۴- رشته آموزشی دیگری به نام دستیار کنار دندانپزشک ( Chair side assistant ) وجود دارد که دوره یک ساله است. اگر چنین دوره هائی در دانشکده های دندانپزشکی بر پا گردد بسیار مناسب خواهد بود .
- ۵- به باور من، یکی از روش های کمک به بهبود وضع بهداشت دهان و دندان و پیشگیری از نیاز به درمان های فراوان پر هزینه و بهبود شاخص DMFT، باید قانون تربیت بهداشتکار دهان مصوبه سال ۱۳۶۰ بازنگری و اجرا گردد و یا وزارت بهداشت، اجازه پذیرش بهداشتکار دهان را بدهد تا دوره دو ساله را با برنامه به سرپرستی بخش پرودنتولوژی، انجام دهند .
- ۶- چنان چه روزی بزرگان با قدرت بر این واجب ( بایسته ) توجه کنند، من به شرط حیات برای هم فکری آماده ام .

## ۱۸- اهمیت اخلاق حرفه‌ای رسانه‌ای و آگاهی رسانی (سرنسخه و تابلو)

چکیده باور بی چون و چرای من مخالفت با انواع تبلیغات واقعی و مجازی توسط گروه پزشکی و حتی برای کالای عالی است، شک ندارم بسیاری از همکاران جوان با این دیدگاه من همدل نمی باشند. چند نمونه بیان می‌کنم:

۱- بویژه در اینستاگرام، مشاهده می‌کنم تعدادی از همکاران تصاویر درمان‌های خوب خود را ارائه می‌کنند. هدف چیست؟ اگر جلب بیمار باشد به باورم پسندیده نیست و اگر آموزش به سایر همکاران است باید هدف بیان شود و شاید بهترین مکان برای آموزش همکاران در دانشکده‌ها و کنگره‌ها است، نه نشان دادن در فضای مجازی برای مخاطب عام. اگر چه به باور من اکنون فضای مجازی واقعی، و زندگی واقعی مجازی شده است!!!

۲- تبلیغ برخی دندانپزشکان در رسانه‌های مجازی مانند اینستاگرام، فیس بوک، تلگرام، روزنامه، مجلات، پیک‌های تبلیغاتی و حتی تابلوهای بزرگ کنار جاده‌های بسیار رایج شده و عناوینی مانند ایجاد خنده هالیودی و چسباندن نگین و سفید کردن دندان و اعلام قیمت و تخفیف و گارانتی مادام‌العمر (بویژه برای ایمپلنت) و مانند این‌ها برای من بسیار آزاردهنده است.

۳- به باور من حتی برای یک کالای بسیار خوب، من نباید کنار بنر (برنوشته یا Banner) تبلیغاتی آن ایستاده تا تصویر گرفته شود و یا در سخنرانی نام تجاری کالا را بیان کنم. البته در گفتگوهای فردی یا چند نفری اشکالی ندارد که از نام تجاری که در عمل مناسب دیده‌ام، در صورت پرسش خودمانی نام ببرم ولی نه در یک سخنرانی رسمی و یا گفتگوی رسانه‌ای.

۴- شرکت پزشکان در برنامه‌های رسانه نوشتاری و صدا و سیما اگر به انگیزه، راهنمایی و پیشگیری باشد بسیار خوب است. شنیده‌ام، برخی پزشکان برای شرکت در برنامه تلویزیونی و معرفی خود حتی مبلغی پرداخت می‌کنند. اگر این پدیده حقیقت و شیوع داشته باشد به باور من حقیرترین نوع تبلیغ و نابودی حرمت، اعتبار، تشخیص، منزلت و پرستیژ حرفه‌ای است.

۵- آگاهی‌رسانی، در مقدار وارد کردن نام پزشک، تخصص، آدرس مطب، تلفن، ساعات و روزهای کار و جابجائی مطب در رسانه‌های نوشتاری و مجازی با توجه به گستردگی شهرها برای آگاهی بیماران و همکاران بسیار خوب است.

۶- به باور من در سرنسخه، تابلو مطب و هرگونه معرفی خود، باید به دقت و تنها و تنها عنوان مدرک عمومی و تخصصی بیان شود. حتی کم کردن عنوان تخصص هم درست نیست. برای نمونه در رشته تخصصی خود من که "جراحی دهان، فک و صورت" است حتی کم کردن عنوان می‌تواند موجب گمراهی گردد. شوربختانه برخی همکاران شاید سهوی و ندانسته واژه دهان را حذف و تخصص خود را "جراحی فک و صورت" عنوان می‌کنند، بدین گونه مرکز تخصص این رشته که دهان است حذف شده و به باور

من نادرست است. کم مانده که واژه دهان و فک را برداشته و بنویسند " جراحی صورت " که این دیگر خیلی گمراه کننده است .  
چکیده، به باور من تنها عنوان گواهی نامه دوره عمومی و تخصصی باید نوشته شود، نه یک کلمه بیشتر و نه یک کلمه کمتر .  
۷ - در سراسر نوشته‌هایم، از واژه باور من فراوان آمده است، چه همان‌گونه که در پیشگفتار آوردم بیشتر نوشته‌ها نگرش آرمانی شخصی است، که هم همراه و همدل دارد و هم برخی را هم ممکن است عصبانی کند. خواهش می‌کنم، هر چه فریاد دارید بر سر من بکشید !!! چالش با استدلال اندیشه و پندار ها را دوست دارم، به بیان جان ماکسول ( نویسنده، سخنران، کشیش آمریکایی متولد ۱۹۴۷ ) که بسیار به آن باور دارم : " زندگی بدون چالش، مزرعه بدون حاصل است " بارها خواهش کرده‌ام، من را در زمان حیات و با استدلال به چالش بکشید تا در ممات به غیبت و بدگوئی !!! چه "خیلی زود دیر می شود" .

## ۱۹- محبوس شدن در رشته تخصصی ( تک بعدی شدن = One Dimensional )

فراوانی تعداد رشته های تخصصی ( تنها دندان پزشکی بیش از دوازده رشته تخصصی کلینیکی یا بالینی دارد )، که از نگرش پژوهش و تدریس بسیار عالی است ولی ناگزیر و همیشه برای بیمار مفید نمی‌باشد. برای نمونه فشار خون ساده و رایج می‌تواند توسط یک پزشک عمومی به خوبی مدیریت گردد، ولی امروزه بیمار نمی‌داند به پزشک عمومی مراجعه کند، یا به متخصص داخلی، یا به متخصص قلب و عروق. شوربختانه پاره‌ای از متخصصین هم در رشته تخصصی خود محبوس شده‌اند، در حالی که بدن به شکل یک مجموعه در پیوند با هم است. در رشته‌های تخصصی بالینی دندانپزشکی هم همین نکته مشاهده می‌شود، که هر متخصص در محدوده تخصص خود محبوس و در بند شده است. اگر بال‌های بسته خود را باز کنیم و از این قفس تخصص پرواز کنیم و کل بدن را با دید برون و درون نگاه کنیم هم به نفع بیمار است و هم خود نسیمی از خلقت را درک کرده و آرامش بیشتری پیدا می‌کنیم و شاید به جای عنوان پزشک یا دکتر مانند گذشته "حکیم" نامیده شویم . البته این آرزوی آرمانی من است. با وجود موانع امروزی به باورم هنوز دست یافتنی است. به باور من علوم مرز جدا کننده ای ندارند و تمام رشته‌های علوم مانند فیزیک و شیمی و ریاضی و گروه پزشکی و موسیقی و..... در درجه اول اگر عمقی و ژرف نگاه کنیم، یک راه بسیار خوب برای پیدایش دید گسترده تر از پیرامون و یک راه‌گشای خوب برای احساس نسیمی از هدیه خلقت است. در درجه دوم علوم، بی‌چون و چرا در پیوند با هم است . همان‌گونه که کشف یک ارتوپد در دندانپزشکی می‌تواند بکار رود ( نمونه ایمپلنتولوژی نوین ) و با کشف

دندانپزشک هم می‌تواند در بیهوشی استفاده شود (مانند نیتروس اکساید). شوره‌بختانه پدیده محبوس شدن در قفس رشته تخصصی، دست آورد سال‌های تازه و محدود به ایران و رشته‌های تخصصی دندانپزشکی نبوده و شامل رشته‌های تخصصی پزشکی هم می‌شود. حبس در رشته تخصصی دو خرده بنیادین دارد اول اینکه می‌تواند به ضرر و زیان بیمار در تشخیص تمام شود، و دوم این که خود عمل کننده متخصص را در قفس محبوس و امکان پرواز و گستردگی دید و گوارایی حرفه‌ای را از خودش می‌گیرد. به باور من، زمانی که در یک رشته علمی متخصص می‌شویم، مانند این است که باند فرودگاهی را ساخته‌ایم که پرواز کنیم و نه دور آن قدم بزنیم. یک نمونه که برای خودم رخ داده را بیان می‌کنم: به دلیل سرفه و تنگی نفس در پیاده روی سربالائی که مدتی ادامه داشت چند سال پیش نزد استاد متخصص ریه رفتم. به دستور منشی دکتر پیش از ویزیت به رادیولوژی رفتم و یک رادیو گرافی قفسه سینه گرفتم که طبیعی بود. من در معرفی خودم کوشش دارم واژه دکتر را بیان نمی‌کنم تا هم خودم و هم او راحت تر باشد و من هم ویزیت پرداخت و مدیون نمانم چون به سختی باورمندم که: "هیچ چیز گران‌تر از مفت نیست"

متخصص ریه پس از دیدن رادیوگرافی، با گوشی تنها دو ناحیه جلوی ریه را سمع کرد. فرمودند مهم نیست و اسپری بینی حاوی کورتون را نسخه کردند. دو پرسش بسیار مهم باید از من انجام می‌شد که نشد:

۱- با توجه به سن من که در آن زمان بالای ۶۰ سال بود، آیا مشکل قلبی ندارید؟ چرا که نارسائی قلب یکی از علل سرفه و تنگی نفس می‌تواند باشد.

۲- آیا داروئی مصرف می‌کنید؟ چه در درجه اول می‌توانست بیانگر بیماری قلبی باشد یا نباشد و از این مهم تر این که عارضه جانبی برخی داروها مانند داروهای مهارکننده آنزیم مبدل آنژیوتانسین (ACEIs) سرفه‌های خشک، مقاوم، بدون خلط و مقاوم به داروهای ضد سرفه است. پرسش داروهای مصرفی بسیار بسیار مهم و کلیدی بود.

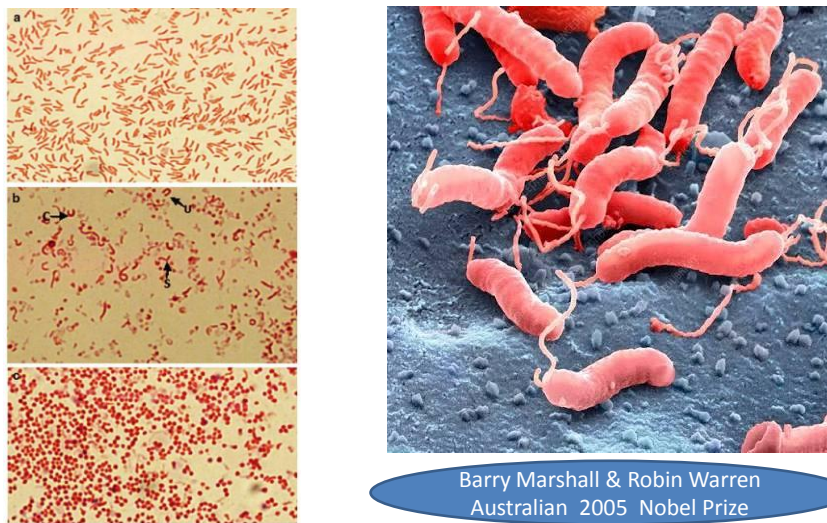
مورد بالا تنها یک نمونه بود موارد مشابه بسیار است. در رشته‌های تخصصی دندانپزشکی هم این پدیده رایج و شوره‌بختانه مواردی در سطح اساتید دانشکده هم مشاهده می‌شود. آرزوی من تفکر دانشگاهی حتی در درمانگاه‌ها است، در حالی که هنوز با پوزش کم و بیش در دانشگاه گاهی تفکر درمانگاهی دیده می‌شود. فشرده این که متخصص یک رشته علمی باید، هم در گستره رشته خود به روز باشد، هم در محدوده رشته علمی خود نماند، و سرانجام همه این‌ها بهانه‌ای برای پرواز و احساس نسیمی از هدیه خلقت شود.

یک نمونه بسیار ساده را بیان کنم که دیدگاه محبوس شدن در رشته تخصصی را به خوبی نشان می‌دهد:

عفونت هلیکوباکتر پیلوری (Helicobacter Pylori) که یک عفونت باکتریال گرم منفی و به عنوان عامل اصلی زخم معده بررسی و درمان می‌شود. این باکتری با ترشح مقدار زیاد Ureas و تبدیل به Amonia خود را با محیط اسید معده سازگار می‌کند (شکل ۶). برای تشخیص متخصص گوارش از اندوسکوپی (Upper Endoscopy) برای نمونه و کشت میکربی و

نیز از تست تنفسی اوره ( Urea breath test ( UBT ) استفاده می شود. در صورت قطعی شدن تشخیص، درمان چند هفته ای با یک یا دو ترکیبی از چند آنتی بیوتیک مانند Amoxicillin، Clarithromycin، Tetracyclin به همراه داروهای دیگر گوارشی از دسته ممانعت کننده پمپ پروتون ( Proton pump inhibitor ) مانند پنتاپرازول و اومپرازول، درمان می شود. در بسیاری مقالات وجود Helicobacter Pylori در پریدونتیت مزمن نشان داده شده. انتقال مدفوعی دهانی ( Fecal – Oral ) و گوارشی دهانی ( Gastro – Oral ) این باکتری وجود دارد. نکته مهم مورد نگاه من این است که متخصص گوارش با وجودی که اندوسکوپی از راه دهان انجام می شود به درجه بهداشت دهان نگاه نمی کند و نه دندانپزشک با وضع بد بهداشت و بیماری پریدونتال از وضع گوارشی بیمار نمی پرسد، در حالی که در بسیاری از موارد عود زخم معده به خوبی درمان شده، به دلیل درمان نشدن بیماری پریدونتال و بهبود بهداشت دهان است. این یک نمونه بسیار شفاف از محبوس شدن در رشته تخصصی و تک بعدی بودن است. از این نمونه ها بسیار است و تو خود حدیث مفصل بخوان از این مجمل .

**Peptic ( Gastric ) Ulcer  
Helicobacter Pylori infection  
S shaped anaerobic & Micro- aerobic gram negative  
( 50% population )**



( شکل ۶ ) H- Pylori باکتری عامل زخم معده و دو برنده استرالیایی جایزه نوبل در سال ۲۰۰۵ که نشان دادند که این باکتری با ترشح مقدار زیاد Ureas و تبدیل به Amonia قادر به زندگی در محیط اسید معده است .

## ۲۰ - پا فشاری به توجیه ناراحتی بیمار با دانسته های خودمان

این عنوان ادامه و پیامد پدیده پیشین، یعنی محبوس شدن در رشته های تخصصی است. در ناحیه دهان و فک و صورت افزون بر دندانپزشکی و بیش از دوازده رشته تخصصی بالینی آن، ناحیه زیر پوشش سایر تخصص ها مانند گوش و حلق و بینی، جراحی پلاستیک، جراحی سر و گردن، مغز و اعصاب، روان پزشکی، چشم، و پوست می باشد. در پاره ای از ناراحتی های بیمار مانند سردرد هر تخصص تلاش به توجیه ناراحتی بیمار با دانسته های رشته تخصصی خود می کند. برای نمونه دندانپزشک عمومی و متخصص دنبال نادرستی اکلوزن، گرفتگی عضلات جونده و ناراحتی مفصل گیجگاهی فکی (TMJ) و عوامل دندانی می گردد. متخصص گوش و حلق و بینی دنبال یافتن توجیه با رشته خود مانند ناراحتی سینوس ها و گوش است، و متخصص مغز و اعصاب هم دنبال توجیه سردرد بیمار با گونه هایی از سر دردها با سرچشمه درون جمجمه ای است، و سرانجام روان پزشک به دنبال نوعی اختلال روحی روانی است که به هر حال در بیشتر افراد هم نکته ای روانی پیدا می کند !!!

البته این پدیده تا اندازه ای طبیعی است ولی پافشاری به توجیه بیمار با رشته تخصصی خود، ممکن است درمان های اضافی و بی فایده انجام دهد. این پدیده افزون بر رشته های تخصصی پزشکی، حتی درون رشته های تخصصی دندانپزشکی هم می تواند رخ دهد. مایلم دو نمونه پیچیده را بیان کنم :

الف - خانم ۵۰ ساله دو سال پیش مورد جراحی بالا بردن کف سینوس ماگزیلری سمت راست و قرار دادن یک ایمپلنت در ناحیه حدود مولر دوم قرار گرفته است. مدتی بعد بیمار گاهگاهی دچار درد گنگ و سوزش با شدت و ضعف در ناحیه با پخش ناراحتی به ناحیه مفصل گیجگاهی فکی راست بوده است. به دلیل پخش ناراحتی به ناحیه TMJ، از یک سال پیش، نایت گارد برای بیمار ساخته و استفاده شده است. بیمار را بررسی کردم که البته به دلایل زیر پدیده پیچیده شده بود :

۱ - مزمن شدن ناراحتی و اضافه شدن جزء سایکولوژیک به آن. البته بیمار دوره ای داروهای تجویزی متخصص اعصاب و روان را هم مصرف کرده بود. افزون بر این در سال های اخیر، به دلیل میلوما (Myeloma نوعی سرطان پلازما سل مغز استخوان)، کپسول مایلودک دریافت می کند، که نگرانی از نتیجه درمان هم نگرانی روانی برای بیمار افزوده و تشخیص را پیچیده تر کرده بود .

۲ - با توجه به شروع و ادامه ناراحتی چندی پس از Sinus Lift و قرار دادن یک Implant رخ داده بود و با توجه به خروج مقداری ماده Bio-Oss از محل (گفته بیمار) و نیز جمع شدن Bio-Oss تنها در اطراف ایمپلنت احتمال دیسستزی (dysesthesia) یا (حس غیر طبیعی مانند درد همراه سوزش) اعصاب حسی ناحیه هم مطرح بود. یکی از همکاران توصیه به برداشتن ایمپلنت و مواد Bio-Oss از سینوس داشت ولی با توجه به پایداری تک ایمپلنت قرار داده شده در حدود

ناحیه مولر دوم سمت راست تصمیم گیری این طرح نیز دشوار بود به ویژه این که هیچ اطمینان به رفع ناراحتی بیمار هم نبود و ممکن بود این ایمپلنت هم که کارکرد خوبی دارد از دست برود .

۳- لمس عضلات جونده و مفصل گیجگاهی فکی در حد طبیعی بود .

۴- در معاینه دهانی بیمار در دانشکده مولر اول سمت راست بالا (با کمی فاصله با ایمپلنت) پائین تر از سطح اکلوزال (به دلیل نبود دندان مقابل) و مشکل پریدونتال پیشرفته داشته و در امتحان بالینی مشکوک به ترک خوردگی بود. پس از معاینه در بخش پریو دانشکده ، این دندان Hopeless اعلام و توصیه شد که این دندان خارج گردد. با وجود این و با توجه به سابقه، قرار شد بیمار در مورد بیرون آوردن دندان اگر مایل است با پریدونتیسیت خصوصی خود نیز مشورت کند برای بررسی احتمال مفید بودن خارج کردن این دندان در اتیولوژی ناراحتی بیمار، یک کارتریج Mepivacaine سه در صد در ناحیه اپیکال مولر اول مورد شک تزریق گردید و از بیمار خواسته شد برای چند ساعت محل را در فانکشن مورد آزمایش قرار دهد. با توجه به کاهش قابل توجه ناراحتی بیمار، برای چند ساعت و پس از مشاوره دوباره بیمار، در نهایت دندان مولر اول سمت راست خارج و خوشبختانه عمده ناراحتی بیمار ( نه کامل ) کاهش یافت. پس از بررسی بخش پروتز در پیوند با اسپلینت و نایت گارد استفاده از آن غیر ضروری تشخیص داده شد. پس از درمان‌های ساده بالا قسمت بزرگی از ناراحتی بیمار به تدریج کاهش یافت، البته گاهی علائم کم و گذرا از دیسستزی را گزارش می‌کند ولی می‌گوید قابل تحمل شده است .

۵- در این مورد هم متخصصین طرح های درمانی مختلف می‌دادند از درمان‌های دارویی اعصاب و روان تا برداشتن ایمپلنت و Bio-Oss تا صبر و بردباری بیشتر و حتی همان گونه که بیان شد بیمار با اسپلینت و نایت گارد مورد درمان بوده چه ناراحتی گاهی به مفصل گیجگاهی فکی (TMJ) کشیده می‌شده، درحالی که دندان مولر اول سمت راست Overerupted که متهم ردیف اول بود خیلی مورد توجه قرار نگرفته بود .

موارد مشابه که بیمار از این مطب به آن مطب می‌رود و هر تخصص کوشش به پیوند دادن بیماری با دانسته های خود می‌کند که البته این به دلیل پیچیدگی ناحیه گاهی طبیعی است ولی در پافشاری به تشخیص و بویژه درمان‌های عمده غیر قابل برگشت باید بیشتر فکر کرد. بیمارانی که از این دکتر به آن دکتر می‌روند گاهی فکر می‌کنند بیماری عمده دارند، در درجه اول باید به بیمار آسودگی داد که نگران نباشد و فکر نکند برای نمونه تومور یا ضایعه بدی دارد، چه با اضافه شدن جزء روانی پیچیدگی مشکل دو چندان می‌شود. من با این بیمار مدت زیاد صحبت کردم و احتمال تحریک عصب حسی که تنها آزار دارد ولی مهم نیست را تاکید کردم چه بیمار به دلیل ارجاع به متخصصین مختلف فکر می‌کرد ضایعه یا توموری دارد ( با توجه به سابقه میلوما که پیشتر بیان شد این نکته تقویت می‌شد ) که به او نمی‌گویند. بیان گسترده همراه بردباری طبیب و ایجاد آرامش به مقدار زیاد، ناراحتی بیمار

را کاهش داده بود. البته گاهی این بردباری برای طبیب بسیار سخت ولی چاره ای نیست. همان‌گونه که بیان شد ناحیه صورت و سر و گردن دارای بیشترین رشته‌های تخصصی است. به انگیزه تخصص‌های متعدد پزشکی و دست کم دوازده رشته تخصصی بالینی دندانپزشکی و گاهی هم پوشانی تخصص‌ها، ناگزیر باید با دوراندیشی دیدگاه خود را بیان کنیم و برنامه درمانی بویژه غیر قابل بازگشت را با درنگ و اندیشه بیشتر بیان و انجام دهیم. محبوس شدن در رشته تخصصی و پافشاری به توجیه مشکل بیمار با دانسته‌های خودمان، یکی از دشواری‌ها است. اگر چه این تداخل در ناحیه دهان و فک و صورت، بیشتر رخ می‌دهد ولی در رشته‌های تخصصی پزشکی هم کم نیست. یک نمونه دیگر را که خودم شاهد بودم به صورت فشرده بیان می‌کنم :

ب - بیمار ۶۰ ساله که حدود ۸ سال پیش به دلیل درد قفسه سینه به بیمارستان مراجعه و پس از انجام آنژیوگرافی هم‌زمان آنژیوپلاستی انجام می‌شود. پس از ۸ سال بیمار مجدد دچار درد می‌شود، دو باره در همان بیمارستان آنژیوگرافی و آنژیوپلاستی می‌شود، روزهای بعد درد بیمار از بین نرفته و حال عمومی بدتر می‌شود. پس از معاینات بیشتر توسط جراح عمومی مشخص می‌شود سرچشمه درد از شکم و دستگاه گوارشی است و نه از قفسه سینه. بیمار دو بار زیر بی‌هوشی مورد عمل جراحی شکم قرار گرفته و شوربختانه پس از جراحی دوم شکم به دلیل ضعف و ناتوانی بسیار جسمی فوت می‌کند. این نمونه آشکاری از محبوس شدن در رشته تخصصی و پافشاری به توجیه علائم با رشته تخصصی است. نکته بسیار مهم در این بیمار این است که از دیدگاه قانونی یا Legal کار دیولوژیست با توجه به یافته‌های تصاویر آنژیوگرافی کار درستی انجام داده ولی از نقطه نظر اخلاقی یا Moral سرچشمه درد شکم بوده و نه قفسه سینه و قلب ( در واقع کار دیولوژیست درد ناحیه را تنها با تخصص خود توجیه کرده است ). این یک نمونه بارز است که اخلاق یا Moral برتر و ارزشمندتر از پایه‌های تنها قانونی یا Legal است. البته من به شدت به این بنیاد باور دارم و شاید بسیاری با من موافق نباشند .

آرزوی آرمانی من برابری یا دست کم نزدیکی سه واژه Legal & Ethical & Moral است. در مورد بیان شده، از دیدگاه قانونی یا Legal خرده ای به درمان کار دیولوژیست نیست، چه در آنژیوگرافی تنگی عروق مشاهده می‌شود ولی آیا برای این جسم ناتوان کفایت نمی‌کرده؟ ولی از دیدگاه اخلاقی، در تشخیص سرچشمه درد شتاب شده و شاید چنانچه تشخیص زخم گوارشی که سرچشمه درد بیمار بوده با بررسی به هنگام جراحی عمومی زود تر انجام می‌شد، گمانه نجات بیمار افزایش می‌یافت. دوباره گوئی است که بیان من تنها باور شخصی است، که اخلاق سرشتی یا Moral برتر از قانون یا Legal است. در پیشگفتار، تفاوت این سه واژه Legal & Ethical & Moral بیان شده است. چنانچه روزی پنداره یا مفهوم این سه واژه با هم یکی و یا دست کم نزدیک شوند، بیانگر حرکت جامعه به سوی سلامت اخلاقی و آرمانی و آرزوی من است . " شتر در خواب بیند پنبه دانه !!! "

## ۲۱ - پرهیز از نگاه ماشینی

این عنوان نیز با نمونه های پیشین یعنی محبوس شدن در رشته تخصصی یا تک بعدی شدن (One Dimensional)، و توجیه ناراحتی های بیمار با دانستنی های تخصصی خودمان در پیوند است. افزون بر محبوس شدن در رشته تخصصی با آن ناحیه تخصصی هم بیشتر مانند یک ماشین برخورد می شود. برای نمونه درست است که قلب یک پمپ می باشد، ولی به باور من به شدت سلامت کارکرد درست آن، به عواطف نیز بستگی دارد و نباید کاربرد یولوژیست مانند یک پمپ آب چاه با آن برخورد کند. شوربختانه این نوع برخورد ماشینی را فراوان دیده ام و این پدیده در مورد اعضاء حیاتی مهم و تک و بویژه قلب بسیار مهم تر است و چنانچه با آن برخورد ماشینی گردد و روحیه بیمار تضعیف گردد می تواند خطرناک باشد. اگر چه برخورد ماشینی با سایر اندام ها هم مهم و ناپسند است، ولی در مورد اندام های حیاتی ارزشمند تر است، تا برای نمونه دندان، چه با دندان مصنوعی می توان زندگی کرد ولی با چشم مصنوعی نمی توان دید. لطافت در طبابت که در گذشته وجود داشت، به همراه گرفتن تاریخچه و معاینه بالینی بیشتر و به دلیل کم تر بودن پاراکلینیک های مدرن امروزی، موجب پیوند کلامی و تماسی و عاطفی بیشتر بین طبیب و بیمار بود و این نگاه ماشینی کم تر وجود داشت. شاید بیان این یادمان کودکی من دوباره گوئی باشد، در دوره کودکی پدرم مرا نزد طبیعی می برد که نام و کم و بیش چهره او را هنوز به یاد دارم "دکتر نبوی" پیش از قرار دادن گوشی روی قفسه سینه برای گوش دادن قلب و ریه، سر گوشی را چند ثانیه در کف دست خود قرار می داد تا سرمای فلز روی سینه کودک احساس نشود. شکی ندارم آگاهی پزشک عمومی و متخصص امروز بسیار و بسیار بیشتر از آن زمان شده، ولی این هیچ ناسازگاری با احترام به خوبی های سنت گذشته را ندارد و پیوند سنت های خوب با توانائی های علمی امروز، پزشکی را به هنری ارزنده تبدیل می کند که گوارائی طبابت را هم به بیمار و هم به پزشک هدیه می کند. من با دید تنها ماشینی به علوم پایه پزشکی نگاه نمی کنم. یک نمونه گویا بیان کنم :

قلب ما که حیات را به تمام اندام های دیگر هدیه می کند، تنها عضوی است که خود در سیستم بهره مند نمی شود و در زمان دیاستول تغذیه حیاتی خود را دریافت می کند. البته این را می توان با دید ماشینی دید و گفت، به سبب فشردگی عروق کرونر، در زمان سیستمول و دلایل آناتومیک و فیزیولوژیک دیگر نمی تواند در زمان سیستمول خون بگیرد. این پاسخ مناسب، امتحان دادن و درست و علمی است، ولی چرا نباید همراه با نگاه مادی با نگاه درونی و عرفانی و معنوی نیز با این پدیده برخورد داشته باشیم. گمان کنیم قلب که در زمان سیستمول حیات به تمام اندام ها پیشکش می کند، برای خود سهمی بر نمی دارد و زمانی خود بهره مند می شود که سایرین نیاز خود را دریافت کرده اند. اگر چه این تفکر در امتحان درس آناتومی و فیزیولوژی نمره صفر می گیرد ولی در امتحان شناخت زیبایی های هدیه حیات و خلقت نمره بیست دارد. گسترش این تفکر در مورد همه اندام ها خود به خود نگاه

ماشینی را از ما دور می‌کند. من همیشه به دانشجویان گفته‌ام که اگر حتی به پالپ کوچک دندان، بسنده به نگاه حرفه‌ای و درمانی نکنیم، لذت و گوارائی و نسیم بیشتری از پیچیدگی و زیبایی خلقت و ارزشمندی حیات را دریافت می‌کنیم. در دندانپزشکی عمومی و تخصصی هم در بسیاری موارد با نگاه ماشینی، تنها یک برنامه درمانی که بیشتر گسترده و مورد خواست عمل کننده است، به بیمار پیشنهاد و تحمیل می‌شود. در حالی که باید در طرح درمان " بیمار را درمان کنیم و نه بیماری را " هر چند طرح‌های درمانی ساده‌تر می‌تواند درخور یک بیمار ویژه باشد. گاهی برنامه‌های درمانی پیچیده و مفصل به گونه‌ای به بیمار گفته می‌شود، انگار چنانچه انجام نشود، فاجعه ملی رخ می‌دهد و مدار و گردش کره زمین بر هم می‌خورد!!! نمونه‌هایی پیشتر بیان شد و دوباره گوئی نمی‌شود. فشرده اینکه، نگاه ماشینی در تمام رشته‌های پزشکی و دندانپزشکی بیش از گزند احتمالی و شاید اندک به بیمار، دست کم لذت و گوارائی گسترش دید عرفانی و معنوی را از عمل کننده می‌گیرد و این بزرگ‌ترین خسران است. این پدیده یگانه علوم پزشکی نیست و در تمام علوم وجود دارد، نمونه پروفیسور حسابی (۱۳۷۱ - ۱۲۸۱)، فیزیک دان مشهور است که از سکوی فیزیک پرواز کرده و لذت برده و به معنویت رسیده و گفتارهای زیبایی که بیانگر واقعیت‌های درونی وی است را بیان کرده. برای نمونه می‌گوید "عشق مانند نواختن پیانو است، ابتدا باید نواختن را یاد بگیری، سپس قواعد را فراموش کنی و با قلبت بنوازی" همین یک جمله بیانگر نگاه زیبایی است که وی از علم فیزیک، لیکن با دید غیر ماشینی به دست آورده و لذت برده است. نمونه دیگر موسیقی‌دان‌های بشمار داریم که تنها به رشته تخصصی خود حرفه‌ای و تکنیکی نگاه و یادگارهای ارزشمندی هم می‌گذارند، ولی برخی از آنان هنر را سکویی برای پرواز و نگاه گسترده‌تر فرا حرفه‌ای می‌کنند. برای من یک نمونه، لوریس چگنواریان آهنگ ساز، رهبر ارکستر، نویسنده و نقاش، متولد بروجرد (۱۹۳۷) ساکن تهران است که افزون بر زندگی بسیار ساده، از سکوی حرفه‌ای موسیقی پرواز کرده و دید گسترده عرفانی و معنوی پیدا کرده که هم در زندگی روزمره گوارائی سادگی را دارد، و هم نگرش‌های زیبایی پیدا کرده که در گفت و گوهای وی پیدا است. لوریس چگنواریان با پاکدلی تمام می‌گوید: " آدم باید دیوانه باشد، خوشحالم که دیوانه هستم، آدم در دیوانگی پیشرفت می‌کند، من انگور دیوانه‌ای هستم که هنوز شراب نشده‌ام". به باور من رهایی از نگاه ماشینی، محبوس نشدن در تخصص، در رفتار و کردار و پندار و روش زندگی این افراد آشکار است. این پدیده، در تمام علوم شذنی است. در علوم پزشکی که همراه با شناخت پیچیدگی‌های حیاتی بدن است، شاید دست یافتنی‌تر هم باشد ولی چرا این اندازه نایاب شده و چرا خود را از خستگی درون رها نمی‌کنیم. امیدوارم روزی همگان به آن بیت از غزل ۲۲ حافظ برسیم و بگوئیم: " در اندرون من خسته دل ندانم کیست که من خموشم و او در فغان و در غوغا ست "

## ۲۲ - رفتار حرفه‌ای نسخه و گواهی نویسی

اگر چه نوشتن داروهای ناروا ( آنتی بیوتیک و دگزامتازون و دیگر ) به فراوانی رخ می‌دهد، که خود گفتنی های فراوان دارد، ولی نگرش من از این عنوان بیان نمونه‌هایی از رفتار غیر حرفه‌ای نوشتن نسخه‌ها و گواهی‌های نادرست و یا دروغین، که گاهی ناآگاهانه و شوربختانه گاهی آگاهانه است. چند نمونه :

الف - بیمار دفترچه شخص دیگری را برای نوشتن رادیوگرافی و یا دارو نشان می‌دهد و پزشک ممکن است بدون آگاهی و البته گاهی با آگاهی این اشتباه را انجام دهد. همیشه هنگام بررسی رادیوگرافی و سایر پاراکلینیک ها باید توجه داشت، در مواردی وابسته به بیمار، ولی با نام شخص دیگر است. به هر حال این پیامد بیانگر گونه‌ای از ناسلامتی و شاید گرفتاری مالی بیمار باشد. پزشک معالج باید به این نکته و احتمال ماندگاری نادرستی و شاید درخواست گواهی‌های نادرست دیگر در آینده باشد .

من همیشه هنگام بررسی رادیوگرافی و سایر تصویر برداری‌ها و پاراکلینیک‌ها به سه نکته اولیه توجه می‌کنم. اول این که آیا متعلق به بیماری است که معاینه کردم؟ دوم آیا نام روی آن با بیمار یکی است یا نام دیگری دارد؟ سوم این که چه اندازه از زمان انجام آن گذشته؟ در بیماری که از دفترچه دیگری استفاده کرده باید در مرتبه اول باید وی را قانع کرد که عمل درستی نبوده و نام دیگری بر مدارک او ممکن است موجب اشتباه به زیان وی گردد و افزون بر این، باید اطمینان یافت که درخواست نوشتن درمان انجام شده را در دفترچه دیگری ندارد چه پس از درمان همین نکته می‌تواند سبب درگیری کلامی نامناسب گردد .

ب- در برخی موارد بیماران آشنا مراجعه و خواهش می‌کنند نسخه و یا آزمایش پاراکلینیک آن ها که توسط متخصص روی نسخه خصوصی نوشته شده وارد دفتر بیمه گردد. دندانپزشک عمومی و یا متخصص نباید داروهای ویژه بدون پیوند با رشته تخصصی خودمان ( نمونه داروهای قلبی عروقی، اعصاب و روان....) و یا آزمایشات پاراکلینیک تهاجمی ( نمونه آنژیوگرافی عروق کرونر و عروق مغزی و مانند این‌ها ) را بنویسد. البته درخواست آنژیوگرافی برای احتمال همانژیوم یا دیگر ضایعات عروقی ناحیه دهان و فک و صورت توسط جراح دهان، فک و صورت درست و ضروری است. درخواست آزمایشات روتین غیر تهاجمی توسط دندانپزشکان عمومی و متخصص در صورت نیاز یافته‌های تاریخچه‌ای و یافته‌های بالینی و حتی برای بررسی روتین (چک آپ) ضروری است. من همیشه مایل بودم دندانپزشکان به جای CT Scan های گاه غیرضروری، CBC را در دفتر چه بیمار بنویسند .

ج- خاطره جالبی دارم روزی صبح زود وارد دانشکده شدم. نگرهبان جلوی در به من یک نسخه از یک کاردیولوژیست داد، که روی آن تعداد زیادی قرص (Plavix) Clopidogrel 75 میلی گرمی نوشته بود. گفت بیمار دفترچه ندارد و من به داروخانه رفته‌ام و این دارو گران است. دکتر داروخانه نام یک داروی آنتی بیوتیک گران را نوشته و گفته این دارو را در دفترچه بنویسند تا برابر قیمت آن

Plavix تحویل دهد. توجه کنید داروی دروغین در دفترچه دروغین نوشته شود تا داروی درست تحویل داده شود تا بیمار دیگری استفاده کند. البته این همگی ناشی از فقر مالی است و به راستی، این هنر دور زدن در حل دشواری خود مستحق جایزه‌ای در پیمانۀ نوبل است !!! البته با توجه به حسن نیت نگهبان که من او را می‌شناختم به او نادرست بودن این کار را توضیح دادم و خواهش کردم پس از پایان کلاس من، به داخل بخش بیاید تا با کمک مالی دارو را برای فامیل او تهیه کنیم. یک ساعت و نیم بعد که وارد بخش شدم مشاهده کردم که یکی دیگر از همکاران، همان درخواست نادرست را در دفترچه بیمه انجام داده و زمانی که من داستان را به او توضیح دادم فهمیدم، وی متوجه هم نشده و تنها از او خواسته شده که نام آن آنتی‌بیوتیک گران که نسل چهارم سفالوسپورین‌ها بود را بنویسد در حالی که این دارو کم و بیش، هیچ مورد تجویز در عفونت‌های ناحیه دهان و فک و صورت هم ندارد. به هر حال باید کمی هوشمندانه تر عمل کنیم.

د - در پیوند با گواهی‌های استراحت هم باید به درستی آن اطمینان داشت. برای نمونه چند سال پیش یکی از پرستاران دانشکده به من مراجعه و درخواست گواهی دو ماه استراحت برای یکی از بستگان کارمند کرد. چنین گواهی برای بیمار دچار شکستگی فک تحت درمان اگر چه اغراق‌آمیز، ولی قابل قبول است. اما در مورد درخواستی که بیمار شکستگی نداشته و رادیوگرافی پیش و پس از درمان هم وجود ندارد بسیار غیر معقول است. اگر چه جواب منفی به همکار آشنا ناراحت کننده است و باید همراه توضیح مفصل و قانع کردن وی باشد، که بیشتر هم با موفقیت همراه نیست و هم سبب دلخوری می‌شود. البته به باور من برای بیماری که جراحی شده نوشتن گواهی استراحت کمی بیش‌تر پذیرفتنی و قابل چشم‌پوشی است. جالب این که در زمان جنگ برای مجروحین که صدمات وسیع داشته و مورد پیوند استخوان قرار می‌گرفتند و دست کم سه ماه استراحت نیاز داشتند در بسیاری از موارد درخواست استراحت کم‌تر، برای بازگشت به میدان جنگ داشتند و چشم داشت مجروحین جنگی بسیار کم بود.

ه - در مورد درخواست بررسی از سوی پزشکی قانونی و نوشتن گواهی، بسیار باید دقت کرد که عدالت برقرار و حقی از هر دو سوی دعوا تباہ نشود. برای نمونه در نتیجه حادثه بیمار دچار ضربه به دندان‌های قدامی شده، ممکن است درمان اولیه ( نمونه شکستگی دنتوالوئولر ) چند هفته زمان استراحت و طول درمان داشته باشد، ولی به دلیل ضربه ممکن است چند ماه بعد دندان‌های ضربه دیده، نیاز به درمان اندودونتیک داشته و یا نداشته باشد و بنابراین باید این موضوع و نیاز به معاینه‌های بعدی در گواهی نوشته شود تا حقی از مصدوم تباہ نشود و هم چنین در مواردی که مصدوم قصد بزرگ نمائی بیش از حد صدمه را دارد باید دقت داشت تا حقی از سمت دیگر دعوا هم تباہ نشود.

و - من در کلاس دانشکده هرگز حضور و غیاب انجام نمی‌دهم، اول به دلیل وقت گیر بودن دوم ترجیح می‌دهم دانشجوی با رضایت قلبی سر کلاس بیاید و نه اجبار. همیشه دست کم نیم ساعت زودتر سر کلاس آماده هستم، تا اسلاید ها آماده نشان دادن شده و

زمانی از کلاس از بین نرود.. همیشه در پائین لیست حضور و غیاب دانشجویان که از آموزش داده می‌شود، هیچ گاه نمی‌نویسم

همه دانشجویان حاضر بودند و به جای آن می‌نویسم " همه دانشجویان حاضر در نظر گرفته شوند "

ز - در نوشتن گواهی استراحت پس از جراحی، پاس چند برگزیده کوچک الزامی است. نمونه‌ای ساده را بیان می‌کنم :

یک دانشجوی پیشین من که دوره طرح خود را می‌گذراند برای جراحی چهار دندان عقل نهفته به بخش جراحی دانشکده مراجعه و پافشاری کرد که من جراحی ایشان را انجام دهم. در جلسه اول جراحی دو دندان عقل نهفته تا حدودی عمیق نهفته استخوانی در سمت راست انجام شد. خلاصه گواهی استراحت که برای ایشان نوشتم :

خانم دکتر..... در تاریخ دوشنبه..... در جلسه اول تحت عمل جراحی دو دندان عقل نهفته در سمت راست قرار گرفته و به دلیل تورم و سایر عوارض معمول روزهای سه شنبه..... و چهارشنبه..... به مدت دو روز در منزل استراحت دارند. با توجه به تعطیلی کار ایشان در روزهای پنج شنبه و جمعه در واقع ایشان پنج روز استراحت دارند در حالیکه از مرخصی استعلاجی فقط سه روز ( با محاسبه روز جراحی ) استفاده کرده. نقطه کلیدی در این گواهی نوشتن کلمه جلسه اول و سمت جراحی است. در نتیجه یک ماه بعد که بیمار برای جراحی دو دندان عقل نهفته سمت چپ مراجعه کرد در گواهی جدید جلسه دوم جراحی و سمت چپ نوشته می‌شود. چنانچه در گواهی اول تنها جراحی دندان عقل نهفته بیان می‌شد احتمال داشت که ارائه گواهی جلسه دوم همراه برداشت نادرست دو گواهی مشابه از سوی اداره ایشان گردد. پیشنهاد می‌کنم از کلمه استراحت مطلق استفاده نکنیم ( مگر به راستی لازم باشد ). دلیل دو جلسه کردن جراحی دندان‌های عقل نهفته خانم دکتر دانشجوی قدیم موارد مهم زیر بود :

۱ - عمیق بودن نهفته‌ها که نیاز به ۴۵ دقیقه جراحی برای هر سمت داشت .

۲ - ترجیح خود بیمار به دلیل تحمل کم و نیز دو بار استفاده از استراحت استعلاجی!!! که البته غیر معقول هم نبود .

۳ - یک دلیل اصلی هم من در این موارد دارم، و آن احتمال بالاتر صدمه به عصب دندانی تحتانی ( پارستزی ) است. چنانچه پس از انجام سمت اول این عارضه بروز کرد لازم است تا بهبودی این عارضه جراحی سمت دوم را به تعویق اندازیم . البته این یک دلیل شخصی و به باورم معقول است. البته باید خیلی بد شانس بود که دو سمت دچار صدمه حسی و پارستزی گردد. با توجه به عدم بروز این عارضه در بیمار سمت دوم با فاصله حدود یک ماه انجام شد .

ح- نکته دیگری که مایلم بیان کنم این است که همیشه در طول طبابت خصوصی چنانچه بیمار گواهی برای هزینه درمانی درخواست می‌کرد دقیقاً عین عمل انجام شده و عین هزینه را می‌نوشتیم و هیچگاه از جمله " هزینه درمان یا جراحی طبق تعرفه دریافت شده " استفاده نکردم. حتی یک مورد هم با مشکل برخورد نکردم . به باور من نوشتن طبق تعرفه در واقع پذیرفتن

سربسته و تلویحی اختلاف است در حالی که نوشتن دقیق مبلغ دریافتی صداقت و سلامت کامل عمل کننده را به بیمار نشان می‌دهد. جالب این که برخی بیماران از من طلب گواهی مالی بیش از پرداخت خود می‌کردند !!!

ط - من در نسخه درخواست تصویربرداری مانند رادیوگرافی‌ها در مواردی دلیل را می‌نوشتیم. برای نمونه چنانچه در معاینه بیمار مشکوک به شکستگی کندیل هستیم در نسخه بنویسیم؛ برای بررسی احتمال شکستگی کندیل راست. با نوشتن هدف رادیولوژیست در تنظیم دستگاه دقت لازم را انجام می‌دهد و گرنه رادیوگرافی به روش روتین انجام شده و ممکن است نقطه مورد نیاز بررسی به خوبی در تصویر مشاهده نشود. نمونه دیگر اگر درخواست رادیوگرافی اکلوزال ماندیبل کنم، هدفم را می‌نویسم که برای شکستگی پاراسمفیز است؟ برای سنگ مجرای بزاقی است؟ برای دندان نهفته است؟ برای جابجائی لینگوالی ریشه یا دندان است و..... نوشتن هدف از درخواست رادیوگرافی به رادیولوژیست کمک می‌کند تا با تنظیم دستگاه و مقدار و زمان اشعه تصویر گویا تری تهیه نماید و از مراجعه بیمار برای انجام دوباره تصویربرداری نیز پرهیز می‌شود.

ی - یک اشتباه دیگر در رفتار حرفه‌ای طبابت، نوشتن داروهای غیر ضروری برای بیماران است که دو دلیل اصلی دارد :

۱ - پافشاری بیمار ۲ - طبابت نادرست که ناشی از بی‌حوصلگی طبیب برای قانع کردن بیمار است.

برای نمونه، تجویز آنتی بیوتیک برای پیشگیری از عفونت زخم، در جراحی‌های معمول دهان که حدود ۲ تا ۴ درصد احتمال عفونی شدن دارد شایع‌ترین مورد قصور یا Malpractice است؛ چه این تجویز هیچ تأثیر در کاهش عفونت ندارد. تنها زمانی که گمان بروز عفونت زخم جراحی به دلایل عمومی یا موضعی ۱۰ درصد یا بیشتر باشد، مجاز به تجویز پروفیلاکسی آنتی بیوتیک به روش بلاست ( Blast prophylaxis ) هستیم. یک بیان مهم از استادم دکتر پیترسون در مورد تجویز بی‌رویه آنتی بیوتیک برای پروفیلاکسی زخم جراحی همیشه به یاد دارم: " بزرگترین اشکال تجویز بی‌رویه آنتی بیوتیک‌ها برای پروفیلاکسی زخم این است که متوجه نمی‌شویم که اگر تجویز نمی‌کردیم هم هیچ اتفاقی نمی‌افتاد "

مورد دیگر تجویز بی‌رویه دارو در ایران کورتیکوستروئید و بویژه دگزامتازون تزریقی است که بیشتر ناشی از طبابت نادرست است و گاهی هم پافشاری بیمار است که در هر دو مورد رفتار طبیب حرفه‌ای نیست. پیشتر هم نوشتیم، آماس مقدمه ترمیم است و در جراحی و درمان‌های متداول نباید از کورتیکو استروئیدها استفاده شود. تنها مورد تجویز کوتاه مدت (۲۴ تا ۴۸ ساعت) کورتیکوستروئیدها (مانند دگزامتازون)، در مواردی از جراحی‌هایی است (مانند جراحی‌های ارتوگناتیک)، که خطر تورم در پیرامون راه هوایی وجود داشته باشد. شوربختانه تجویز کورتیکوستروئیدها برای درمان‌های روزمره دندانپزشکی، و پزشکی هم بسیار شده و در یک بررسی، تجویز تزریقی دگزامتازون در ایران شایع‌ترین داروی تزریقی گزارش شده بود.

## ۲۳ - رفتار حرفه‌ای در بیمارستان

Privilege یا امتیاز استفاده از محیط بیمارستان و اتاق عمل برای جراح دهان و فک و صورت کم و بیش الزامی است. البته سایر رشته‌های تخصصی دندانپزشکی (به ویژه دندانپزشکی اطفال و پرئودونتولوژی) در برخی موارد نیاز به انجام درمان زیر بی‌هوشی در اتاق عمل بیمارستان دارند. هم‌چنین دندانپزشک عمومی هم می‌تواند Privilege یا امتیاز بیمارستانی و اتاق عمل برای درمان زیر بی‌هوشی را دریافت کند. در مقایسه با محیط سرپائی مطب، در بیمارستان توجه به نکته‌های کوچک ولی با اهمیت بیانگر رفتار درست و اخلاق مدارانه جراح است. چند نمونه را بیان می‌کنم:

الف - استرس بیمار و نزدیکان وی از محیط بیمارستان و بی‌هوشی بسیار بیش از محیط سرپائی مطب است. با توجه به این نکته مهم، من همیشه یک ساعت پیش از زمان تعیین شده اتاق عمل به بیمارستان می‌رفتم. پس از اطلاع به اتاق عمل و تحویل وسایل برای ملاقات بیمار و نزدیکان و همراهان وی و نیز پرسنل بخش برای آخرین نکته‌ها به بخش می‌رفتم. مکالمه پیش از عمل در آرام کردن بیمار بسیار مفید و به پیش داروئی (Premedication) کمک بسیار می‌کند. هم‌چنین پاسخ به پرسش‌های همراهان در آرامش آن‌ها بسیار مهم است. در بیمارستان‌های دانشگاهی، بیمار و همراهان پیش از عمل تنها توسط رزیدنت‌ها ویزیت می‌شود، که البته عالی است ولی ملاقات خود استاد (Attending Surgeon) بسیار کارسازتر است هم برای بیمار و همراهان و هم آموزش رزیدنت‌ها. از آنجائی که شوربختانه این برداشت نادرست وجود دارد که رزیدنت بدون حضور استاد جراحی را انجام می‌دهد، ملاقات استاد این برداشت نادرست در جامع را نیز اصلاح می‌کند. همین نکته‌های کوچک ولی بسیار مهم، که هم از دیدگاه پزشکی و هم بهبود فرهنگ سازی جامعه در رفتار حرفه‌ای فراموش شده است، چه استاد مستقیم به اتاق عمل می‌رود و تنها بیمار پیش داروئی یا پریمدگرفته خواب آلود را روی تخت اتاق عمل ملاقات می‌کند، در حالی که با نزدیکان بیمار در بخش ملاقات نکرده و سرچشمه این برداشت نادرست که جراحی‌ها، بدون حضور استاد و تنها توسط رزیدنت‌ها انجام می‌شود ناشی از همین پدیده ساده است که به راحتی حل شدنی است.

ب - پس از انتقال بیمار به اتاق عمل و با توجه به دیدار قبلی در بخش با گفتگوی دوباره، باید موجب اعتماد و آرامش وی شد. آمادگی زودتر جراح در اتاق عمل سبب هماهنگی بهتر با متخصص بی‌هوشی و پرستار کمک و آماده‌سازی به موقع وسایل می‌شود. تزریق بی‌حسی موضعی حاوی اپی‌نفرین که در جراحی‌های ناحیه دهان و فک و صورت برای کاهش خونریزی انجام می‌شود حتماً باید با اطلاع و اجازه متخصص بی‌هوشی انجام گردد تا در صورت بروز احتمالی آریتمی آمادگی مدیریت آن را داشته باشد. گاهی به

دلیل برخی آریتمی های قلبی هنگام شروع یا Induction بی هوشی ممکن است متخصص بی هوشی تزریق بی حسی همراه اپی نفرین ( آدرنالین ) را صلاح نداند که در این حالت باید پرهیز شود .

ج - پس از خاتمه عمل، و انتقال بیمار به اتاق بهبودی یا Recovery جراح باید حضور یافته و آگاهی و دستورات لازم به کارکنان یا نرس اطاق بهبودی یا ریکاوری داده شود. با توجه به فضای کاری مشترک بر راه هوایی، در بی هوشی و جراحی دهان و فک و صورت توجه خاص به راه هوایی بیش از سایر رشته های تخصصی پزشکی باید مورد توجه باشد .

د - پس از انتقال بیمار از اتاق بهبودی به بخش، من ترجیح می دهیم دوباره به اتاق وی رفته و با آگاهی دادن به نزدیکان، نکته های لازم برای مراقبت پس از جراحی و پس از مرخص شدن را به پرستار بخش و همراهان بیمار یادآوری کنیم .

ه - با توجه به اختصاصی بودن وسایل جراحی دهان و فک و صورت و دندانپزشکی و نبودن آن در بیشتر اتاق عمل های غیرتخصصی، باید جهت دوراندیشی توانائی وسیله ای بیش از نیاز به همراه برده شود .

و - رشته های تخصصی پزشکی مانند جراحی عمومی، ارتوپدی، گوش و حلق و بینی، زنان و زایمان، قلب و عروق، اطفال، جراحی کلیه و مجاری ادرار به صورت روتین از وسایل موجود در اتاق عمل استفاده می کنند و تمام وسایل لازم جراحی آن ها در اتاق عمل وجود دارد. در حالی که در مورد جراحی دهان و فک و صورت، وسایل اختصاصی مورد نیاز است و بنابراین وقت شناسی جراح و مدیریت و هماهنگی بیشتر نسبت به سایر رشته های تخصصی پزشکی الزامی است. با توجه به این که متخصص بی هوشی و جراح دهان و فک و صورت هر دو فضای کاری مشترک ( راه هوایی ) دارند، پیوند حرفه ای خوب آن ها بیش از سایر رشته های تخصصی پزشکی وجود دارد. به دلیل همین اشتراک کاری بر راه هوایی ( Sharing Space ) است که بین ۴ تا ۶ ماه آموزش بی هوشی عملی در دوره رزیدنسی جراحی دهان و فک و صورت وجود دارد، حال آنکه برای سایر رشته های تخصصی پزشکی این آموزش وجود ندارد. اکنون با توجه به فراوانی درمان های دندانپزشکی اطفال و نیز پرپودنتولوژی با بی هوشی عمومی، دوره رسمی آموزش عملی بی هوشی در محیط بیمارستان برای دست کم دو ماه، در برنامه رسمی آمریکا وجود دارد، در ایران هم در برنامه رسمی آمده است ولی این دوره باید همراه آموزش عملی در اطاق عمل باشد و نه برگزاری آموزش شفاهی و مشاهده ای .

ز - رفتار و واژگان تحقیر آمیز، میان دستیار یا رزیدنت ارشد و سایر دستیاران، و نیز بین استاد و رزیدنت بالای سر بیمار، سبب بی اعتمادی بیمار و رنجش دستیار می شود و نادرست است. این گفتگو ها و کم و کاستی های تشخیص و درمان و اشتباهات احتمالی رزیدنت باید بین اساتید و رزیدنت ها انجام شود و نه بالای سر بیماران. خوشبختانه، من در دوران کار بیمارستان طالقانی موردی را به بیاد ندارم ولی می دانم دردیگر دروه های دستیاری بویژه جراحی در بیمارستان رخ می دهد که از مهم های فراموش شده است .  
گفتگو بالای سر بیمار زیر بی هوشی هم بسیار نکته های مهم دارد، که عنوان جداگانه مهم بعدی می باشد .

## ۲۴ - رفتار حرفه‌ای بالای سر بیمار زیر بی‌هوشی

حس شنوایی، آخرین حس است که زیر بی‌هوشی عمومی (General Anesthesia = GA) از بین می‌رود، و اولین حس است که در زمان سبک شدن آن باز می‌گردد. حس شنوایی به شکل غیر مستقیم تحت تأثیر بی‌هوشی قرار گرفته و سیگنال‌های شنوایی می‌تواند به مغز برسد. به همین دلیل حس شنوایی آخرین حس است که زیر بی‌هوشی تضعیف و اولین حس بازگشتی است. به همین دلیل سکوت در اتاق عمل و پرهیز از صداهای اضافی و نامناسب اهمیت دارد. استفاده از هدفون یا گوشی با و یا بدون پخش موسیقی ملایم برای پیشگیری از آگاهی‌های نامناسب شنوایی توصیه شده است. با توجه به نزدیکی جراحی‌های دهان و فک و صورت با گوش و نیز استفاده از دریل و بویژه استئوتوم و چکش، و نیز گفتگوهای بالای سر بیمار، نهایت ملایمت را باید پاسداری نمود. پاس داشت مهم‌های بیان شده و به ویژه در بیمارستان‌های دانشگاهی و بودن چند رزیدنت باید بیشتر مورد توجه باشد و از کلام بلند و کلمات خشن و نامناسب به شدت پرهیز گردد. آگاهی نامناسب زیر بی‌هوشی (Anesthesia Awareness)، اگر چه نادر (یک تا دو مورد در هر هزار جراحی زیر بی‌هوشی) است، ولی در جراحی‌های زنان و قلب بیشتر گزارش شده است. در جراحی‌های ناحیه دهان و فک و صورت و گردن، گوش و حلق و بینی، جراحی پلاستیک (بویژه راینوپلاستی)، دندانپزشکی اطفال و بزرگسالان و جراحی‌های پریدونتال و ایمپلنت در زیر بی‌هوشی دارای اهمیت بوده و نیاز به ملایمت و لطافت رفتار و گفتار در بالای سر بیمار می‌باشد. هم‌چنین در جراحی‌های ناحیه دهان و فک و صورت و گردن و سایر درمان‌های ناحیه به دلیل نزدیکی به گوش و انتقال دو گانه شنوایی (هوایی و استخوانی)، این پدیده با راحتی بیشتری می‌تواند رخ می‌دهد. آگاهی نامناسب زیر بی‌هوشی و خاطره ناشی از آن در برخی موارد سبب آزارهای روانی می‌شود. علاوه بر حس شنوایی (شایع‌ترین)، حس لامسه، درد، حس بی‌پناهی، عدم توانایی حرکت، و ترس از مرگ از جمله این آگاهی‌های نامناسب زیر بی‌هوشی است. اگر چه در عنوان پیش بیان شد، رفتار و واژگان تحقیر آمیز، میان دستیار یا رزیدنت ارشد و سایر دستیاران، و نیز بین استاد و رزیدنت بالای سر بیمار، که بیشتر همراه با کلام بلند و آزار دهنده است، افزون بر آگاهی نامناسب ناشی از احتمال شنوایی بیمار در زیر بی‌هوشی، سبب رنجش دستیار و کارکنان اتاق عمل می‌شود و نادرست است. این گفتگوها و کم و کاستی‌های تشخیصی و درمان و اشتباهات احتمالی باید بین اساتید و رزیدنت‌ها انجام شود و نه بالای سر بیمار. من در دوران کار بیمارستان طالقانی شهید بهشتی موردی را به بیاد ندارم ولی می‌دانم در دوره‌های دستکاری بویژه جراحی عمومی بیمارستان رخ می‌دهد که از مهم‌های فراموش شده است. با توجه به این که آگاهی نامناسب زیر بی‌هوشی (Anesthesia Awareness)، بیشتر در جراحی زنان و قلب گزارش شده، پیشنهاد می‌کنم در جراحی‌های نزدیک گوش مانند دهان و فک و صورت و گوش و حلق و بینی و پلاستیک نیز بررسی گردد.

## ۲۵ - رفتار حرفه‌ای رویدادهای مالی

اگرچه امروزه امور مالی و گردش اقتصادی مطب دارای اهمیت است، ولی برازنده طبیب نیست که رفتار مشابه فروشنده یک کالا داشته باشد. روش من در بخش خصوصی اگر چه از نگاه امور مالی و گردش اقتصادی ناموفق و شاید برای ۵۰ سال پیش پسندیده بود ولی خوشنودی درونی و حس رفتار حرفه‌ای خوب را دست کم برای من ایجاد کرد، به بیان پدرم "جیب خالی ولی پز عالی":

۱- از پیوند مالی با بیمار بسیار بسیار ناراحت می‌شدم. ترجیح می‌دادم مکالمه با بیمار تنها در جهت طرح درمان باشد. ای کاش بیمه‌ها این وظیفه را انجام می‌دادند. و ای کاش اصل ۴۳ و ۳۰ قانون اساسی که "بهداشت و درمان و آموزش و پرورش را برای مردم رایگان می‌داند" اجرا می‌شد. البته پر هزینه است ولی آرامش را به کل جامعه هدیه می‌کرد. به دلیل ناراحتی از پیوند مالی در طب خصوصی و هم چنین عشق ذاتی و فطری به تدریس، معلمی رضایت اصلی و بنیادین شغلی من شد و ادامه دارد.

۲- همیشه مایل بودم در درجه اول به زندگی بیمار و خانواده فشار اقتصادی وارد نشود و دوم این که پرداخت هزینه چندان همراه با رضایت باشد که حس و برداشت، باز نگه داشتن و روشن نگاه داشتن چراغ‌های مطب برای نیاز آینده بیمار باشد و نه تأمین زندگی و رفاه مالی پزشک. دستیابی به این آرمان گزائی بسیار سخت و اکنون نزدیک به ناشدنی است.

۳- ویزیت‌ها و معاینات را هرچند اگر وقت گیر بود (مانند TMJ که در بیشتر موارد نیاز به جراحی ندارد، ولی نیاز به معاینه و مکالمه وقت گیر برای آگاه کردن بیمار دارد) رایگان انجام می‌دادم و شاید به این انگیزه بود که، همیشه فکر می‌کردم در تخصص جراحی تنها چنانچه نیاز به جراحی باشد هزینه باید پیش کشیده شود و نه برای معاینه (البته این روش برای طبابت در گذشته دور پسندیده و مرسوم بود ولی اکنون پیشنهاد نمی‌کنم). در مورد بیمارانی که برای جراحی وقت می‌گرفتند بیمار پس از خاتمه جراحی هزینه جراحی را که پیشتر پذیرش کلامی کرده بود پرداخت می‌کرد. جالب این که از هر سه بیمار، تنها یکی هزینه پذیرفته شده را پرداخت و دو نفر دیگر با وجود پذیرش کامل هزینه جراحی را با کم کردن بر پایه سلیقه پرداخت می‌کردند. جالب این که حتی یک نفر از اعتمادی که من کرده بودم تشکر زبانی هم نداشت، ولی با وجود این که پاسخ خواسته ام که شاید آرمانی را نگرفتم، به هر روی همیشه برتری من در پیوند مالی با بیمار این بود: "داین باشم تا مدیون".

۴- بزرگترین دشواری من با اداره دارائی بود، با این که در نامه‌های فراوان درخواست بازدید کردم ولی انجام ندادند، و آزار دهنده تر باور نکردن گفته‌های شفاهی و نگاه عاقل اندر سفیه آن‌ها بود. یکی از انگیزه‌های بنیادین تعطیل کردن زود هنگام مطب، رفتار نادرست و توهین آمیز اداره دارائی (مالیات) بود. جالب این که پس از گزارش تعطیلی مطب فرمودند باید قبض‌های برق خود را بیاورید تا تعطیلی مطب تایید گردد. به دلیل ادامه رفتار نامناسب که گواه بنیاد متهم بودن تا خلاف آن را ثابت کنید، برای رهائی

از ناگزیری مراجعه به اداره دارائی با فروش مطب آزاد شدم !!! پیشتر و به باور آرمان گرایانه من طبابت باید از گروه مشاغل خارج می شد، اگر چه با رفتار مالی شاید اجباری پزشکان امروزی، این آرمان گرائی از میان رفته .

۵ - با وجود عدم موفقیت، در گردش مالی مطب خصوصی، من بی چون و چرا به جهت پاسداشت رفتار حرفه‌ای در این زمینه خرسند بوده ام. به هر حال نمی‌توانم پیشنهاد ویژه ای داشته باشم، ولی مایلم رفتار حرفه‌ای طبیب در زمینه مالی دست کم برداشت Business (تجارت، کسب و کار) را در جامعه ایجاد نکند. و ای کاش این برداشت با اداره دارائی برای دریافت مالیات هم دگرگون می‌شد و طبابت از مشاغل کسب خارج می‌شد، به باور من اگر طبابت از مشاغل کسب خارج و نگرانی گردش مالی پزشک کاهش می‌یافت، شاید لطافت کودک درون طبابت بیدار می‌شد. " زهی خیال باطل " " شتردر خواب بیند پنبه دانه "

۶ - امروزه هزینه و مدیریت مالی طب خصوصی، چندان افزایش یافته که به باور من یکی از انگیزه های مهم انجام درمان های غیر ضروری و بزرگنمایی درمان های ضروری و سایر رفتارهای نامناسب در طبابت است. من دو سال (۱۳۸۰ - ۱۳۷۸) به اشتباه به ریاست انجمن جراحی دهان و فک و صورت انتخاب شده بودم. به یاد دارم جلساتی در نظام پزشکی در مورد تعرفه خدمات درمانی داشتیم، من همیشه باور داشتم و بیان می‌کردم که، در حالی می‌شود پیمان تعرفه (میزان نامه) گذاشت که کیفیت یکسان و برابر باشد. برای نمونه فردی که دچار ترامای ناحیه شده و با تورم و کبودی مراجعه کرده و شکستگی ندارد، من ترجیح می‌دهم جراح دو برابر ویزیت بگیرد و به بیمار آرامش دهد که درمان جراحی نیاز ندارد و چند روز دیگر هم تورم و کبودی از بین می‌رود، تا این که حتی به رایگان با تشخیص برای نمونه شکستگی گونه (سهوی، عمدی) بیمار را زیر بی‌هوشی در بیمارستان مورد جراحی غیر ضروری قرار دهد. امیدوارم پیشنهاد این گونه درمان های غیر ضروری جراحی و دندانپزشکی با انگیزه مالی کمیاب باشد. پیشتر و در عنوان درمان های غیر ضروری و بزرگ نمایی درمان های ضروری بیان شد و دوباره گوئی نمی‌شود .

۷ - دوران رزیدنسی در آمریکا (۱۹۷۷ تا ۱۹۸۱) یعنی ۴۵ سال پیش نکته ای در مطب داری دیدم که اگر چه آن زمان اهمیت آن را درک نکردم، ولی اکنون به باور من در ایران هم باید گسترش یابد و آن فراوانی مطب جمعی (Group Practice) از یک تخصص بود. به بیان دیگر برای نمونه ۳ یا ۴ جراح ارتوپد یا مغز و اعصاب، یا جراح قلب و عروق، و بسیاری از جراحان دهان و فک و صورت، مطب گروهی داشتند، البته نه این که همه همزمان باشند، ولی بیمار می‌داند بیمار آن گروه است و در نبود یکی درمان وی با گروه ادامه می‌یابد. در ایران بیشتر مطب داری خصوصی و تکی رایج بوده و اگر چه کم و بیش این تفکر وجود دارد، ولی بویژه جهت گردش بهتر مالی، منافع بیمار و طبیب، امنیت مطب، به باور من مطب جمعی در ایران افزایش خواهد یافت. البته باید وکیل، شیوه نامه حقوقی را نوشته، چه ما ایرانی ها با تعارف و رودروایی و مانند این ها آغاز می‌کنیم که درست نیست .

## ۲۶ - رفتار حرفه‌ای در بدگوئی و نارضایتی بیماران از سایر همکاران

به باورم این پدیده در دندانپزشکی به انگیزه‌های زیر بسیار بیشتر از سایر تخصص‌های پزشکی است :

الف - فراوانی رشته‌های تخصصی و نبود آگاهی بیماران از گستره و چارچوب هر تخصص. برای نمونه دندانی مورد درمان ریشه و پروتز ثابت قرار گرفته. پس از مدتی تاج دندان شکسته و باید بیرون آورده شود. این پدیده می‌تواند با وجود همه درمان‌های درست پیش آید، ولی بیمار ممکن است کوتاهی یک یا تمام درمان‌کننده‌ها را دلیل از دست دادن دندان خود بداند .

ب - قابل مشاهده بودن دندان برای بیمار و نیز داوری دیگران می‌تواند سبب بدگمانی بیمار در نتیجه درمان گردد .

ج - شاید هزینه‌های زیادی که بیمار به ناچاری و بدون رضایت درونی پرداخت کرده هم در این پدیده نقش داشته باشد .

با توجه به نکته‌های بالا ممکن است بیمار در مراجعه به آخرین طبیب شروع به بدگوئی و نارضایتی از درمان‌های پیش داشته باشد. بهترین واکنش طبیب اگر کارهای قبلی درست انجام شده توضیح و رفع بدگمانی بیمار است. بدترین رفتار همراهی و تأیید گفته‌های بیمار و تحریک وی برای پی‌گیری است. گویند در پی هر شکایت پزشکی یک روپوش سفید است .

نمونه‌ای بیان کنم، بیمار شکستگی‌های متعدد ناشی از تصادف اتومبیل داشته و چند ماه پیش در بیمارستان مورد جراحی قرار گرفته. در معاینه اکلوزن و ظاهر اسکلت صورت ایده‌آل و آرمانی نیست و بیمار به دلیل عدم رضایت به من مراجعه کرده. با توجه به این که من چگونگی صدمات ابتدائی پس از حادثه را ندیده‌ام نمی‌توانم داوری کنم. به بیان دیگر حالت موجود می‌تواند، نتیجه درمان خوب باشد و یا نباشد، بنابراین نباید با تأیید نارضایتی بیمار وی را شاکی جراح قبلی کرد و بهتر است بیمار را قانع به ادامه درمان توسط جراح اولیه خود کنیم و چنانچه بیمار به هر انگیزه پافشاری به ادامه درمان توسط جراح دیگری داشته باشد، ناگزیر باید یک شرح عمل از جراح اول داشته باشد تا موجب راهنمایی جراح دوم گردد. جراح دوم اگر مایل به ادامه درمان باشد بهتر است اجازه ادامه درمان را از جراح اول بر پایه اخلاق و دست کم با یک مکالمه تلفنی دریافت کند .

همان‌گونه که در شروع این عنوان بیان کردم، این پدیده در دندانپزشکی و تخصص‌های آن شایع‌تر از دیگر تخصص‌های پزشکی است. برای نمونه اگر بیماری ۵ سال قبل مورد آنژیوپلاستی کرونری قرار گرفته و دوباره نیاز به تکرار آنژیوگرافی و آنژیوپلاستی در همان محل قبلی داشته باشد، در بیشتر موارد این پدیده را پذیرفته و از کاردیولوژیست خود هم ممنون است، در حالی که اگر ایمپلنت قرار داده شده پس از همین مدت با شکست مواجه شود شاید به جراح و پروتزیست خود شک کند .

چکیده کنم در بدگوئی و نارضایتی بیمار به ویژه زمانی که نام پزشکان قبلی خود را می‌آورد و حتی در مواردی که شاید حق هم داشته باشد نباید با تایید و تشویق آتش وی را برافروخت و بهترین رفتار عدم داوری به دلیل نداشتن آگاهی از چگونگی درمان‌های پیشین و تشویق بیمار برای ادامه درمان با طبیب خود است. زمانی که بیمار با گلایه نام درمان کننده‌های خود را پشت سر هم بیان می‌کرد، من با تبسم می‌گفتم: " می‌ترسم نام من هم به این فهرست اضافه شود "

به عنوان حسن پایان این بخش یادمان طنز گونه را بیان کنم، شاید تبسمی شگفته شود:

روزی خانم جوانی به من مراجعه کرد با درد و عفونت فضای زیر فکی سمت راست و یک رادیوگرافی پانورامیک و اکلوزال پائین که بیانگر ۵ میلی متر ریشه باقی مانده و جابجا شده لینگوالی بود. در سابقه بیمار ۴ ماه پیش جراحی دندان عقل سمت راست داشته و پس از آن دچار پارستزی هم لب پائین و هم زبان و اختلال چشائی بود و در سابقه خود دو بار عفونت همین ناحیه را بیان می‌کرد. جالب بود با وجود این همه عارضه بیمار از پزشک خود نامی نبرد و شاکی نبود و بسیار خوب و معقول بود. برای بیمار توضیح دادم که پس از کنترل داروئی عفونت، ریشه باید خارج شود چه عامل عفونت است ولی بهبود پارستزی لب و زبان قابل پیش بینی نیست. بیمار بسیار معقول بود به گونه ای که من بدون نوشته و با رضایت گفتاری پس از کنترل داروئی عفونت بیمار را با بی‌حسی موضعی مورد جراحی سرپائی قرار داده و خوشبختانه با توجه به همکاری بیمار ریشه جابجا شده به سمت لینگوال خارج گردید و جالب است در مراجعات بعدی، از بهبود تدریجی پارستزی هم لب و هم زبان و هم حس چشائی بسیار خوشحال بود. در جلسه آخر از بیمار پرسیدم که یک نکته برای من مورد پرسش است و آن این که با وجود سه عارضه مهم ( تکرار عفونت، اختلال حسی لب و زبان و حس چشائی ) که برای شما پس از جراحی دندان عقل پیش آمده بود خیلی رفتار خوب و معقول داشتید و برخلاف معمول بیماران که از جراح خود گله دارند شما نه گله کردید و نه اسمی بردید، برای من این نکته خیلی دلنشین بود و سبب شد، که من به رضایت کلامی شما بسنده کنم. بیمار با تبسم گفت " آقای دکتر برای این که جراح من شوهرم بود !!! "

## ۲۷ - پرهیز از خود ستائی، و خود بزرگ بینی

به شدت باور دارم که نگاه عمقی و درونی به تمام رشته‌های علوم، در شناخت نسیمی از آفرینش و ایجاد آرامش درون به انسان کمک می‌کند. علوم پایه و بالینی رشته‌های پزشکی در میان رشته‌های علوم، می‌تواند بیشترین راهنما برای شناختی ناچیز از با ارزش ترین پدیده خلقت یعنی هدیه حیات و آفرینش باشد. البته اگر دید سطحی و بیرونی و تنها حرفه‌ای و کتاب درسی خود را، به نگاه درونی تبدیل کنیم . یک جمله را مرتب من به دانشجویان و رزیدنت‌ها بیان میکنم و به شدت و ته دل به آن باور دارم :

" اگر پدیده ترمیم و انعقاد نبود هیچ جراحی نمی‌توانست هیچ غلطی بکند، به خود غره نشویم "

این غرور و خودستائی را در رفتار پاره ای از جوانان جراح و همکار می‌بینم، که شاید از ویژگی‌های دوره جوانی بوده و امیدوارم زود گذر باشد. شوربختانه گاهی این تکبر و خود بزرگ بینی پایدار بوده و در پزشک و جراح نهادینه می‌شود. همکاری داشته‌ام که می‌گفت اگر من در پیدا کردن راه حل درمان موفق نباشم یعنی هیچ کس در هیچ کجای دنیا راه حلی ندارد که این اوج غرور و تکبر است. گمان می‌کنم اگر از هزاران جراح بخواهیم که Cascade یا آبشار انعقاد را روی کاغذ بنویسند، شاید انگشت شمار توان ترسیم کامل آن را داشته باشند، ولی خوشبختانه این پدیده رخ می‌دهد. به شوخی به دانشجویان و رزیدنت‌ها می‌گویم که اگر پدیده‌های انعقاد و ترمیم تنها در اندازه آگاهی و دانش ما رخ می‌داد بیشتر بیماران از دست می‌رفتند !!! من با وجودی که بارها در کتاب‌هایی که تهیه کردم همین Cascade یا آبشار انعقاد را نوشته‌ام، هم اکنون توانائی ترسیم پی در پی آبشار انعقاد را ندارم، و تنها می‌دانم که در نهایت فیبرینوزن تبدیل به فیبرین می‌شود و عمده لخته یعنی فیبرین. ولی شکر که این پدیده با وجود نادانی من از مراحل پیچیده آن رخ می‌دهد، وگرنه بیشتر بیماران جراحی از خونریزی از دست می‌رفتند .

زمان نوشتن ویرایش اول این گرد آمده، همزمان با اوج پاندمی COVID – 19 ( اسفند ۱۳۹۸ تا شهریور ۱۳۹۹) بود. گمان می‌کنم کل بشریت از مردان قدرتمند سیاسی گرفته تا مردم عادی دچار نوعی غرور شده و شاید این ویروس بسیار کوچک (حدود یک دهم میکرون) را لازم داشتیم تا سیلی محکم برای بیداری وجدان خفته بشر باشد. افسوس که با گذر زمان فراموش می‌کنیم ( گویند انسان از ریشه نسیان است ) همان گونه که ۵۰ میلیون مرگ انفلوآنزای اسپانیایی ۱۹۱۸ تا ۱۹۱۹ را فراموش کردیم. بیشترین قدرت این ویروس از کوچکی آن می‌آید و شاید اگر اندام گول پیکر مانند دایناسور داشت، به راحتی به دست توانائی تخریبی نظامی از بین رفته بود . کوچکی این ویروس قدرتمند به خوبی ناتوانی و کوچکی و زبونی بشریت را نشان داد و اگر بتوانیم در همه حال این احساس را داشته باشیم همان جمله‌ای می‌شود که من قویا به آن باور داشته و دوباره پا فشاری می‌کنم :

" اگر پدیده ترمیم و انعقاد نبود هیچ جراحی نمی‌توانست هیچ غلطی بکند، به خود غره نشویم "

اگر چه نوشتنم کوچکی این ویروس سیلی محکم برای بیداری وجدان خفته و ضعف ما بود، ولی همین آگاهی و پذیرش درونی از ناتوانی بیانگر، توانائی و ارزشمندی انسانیت است و باید کوشش کنیم که با وجود توانائی ها به خود غره نشویم. من چنانچه دانشجو و یا رزیدنت، پرسشی را پیش کشد و پاسخ را ندانم، حقیقت را بیان و خواهش می‌کنم تا روز بعد مراجعه و در مورد پاسخ درست با هم گفتگو کنیم. در بسیار موارد به دلیل باور دانشجو به من، ممکن است پاسخ پرسش را به گونه‌ای توجیه و بیان و دانشجو را راضی کنم ولی بهتر است به خود مغرور نشویم و به جای ساخت پاسخ راضی‌کننده دانشجو، در پی حقیقت باشیم که این رفتار حرفه‌ای استاد هم یک یادگیری برای خودش هست و هم یک درس اخلاق به دانشجو.

بسیار موارد که بیمار دوران بسیار عالی پس از جراحی را داشته و در معاینه هفته پس از جراحی، شروع به زیاده روی در تعریف می‌کرد و همه ارزش و اعتبار را به من می‌داد. همیشه ترجیح می‌دهم، در کنار سپاس از بیمار و نزدیکان وی، آن را به توانائی خوب ترمیم و مراقبت خودش پیوند دهم.

به عنوان حسن پایان این بخش یادمانی طنز گونه را بیان کنم، شاید تبسمی شگفته شود :

روزی مادری به همراه دختر، برای بررسی و جراحی پیش آمدگی فک پائین بدون تماس پیشین به مطب آمدند. به ایشان گفتم که من یک سال است، جراحی در بیمارستان را کنار گذاشته ام ( جهت آگاهی، زمان انجام جراحی در بیمارستان خصوصی بسیار اندک بیمار داشتم و در حدود شش بیمار در سال بود، و بیشتر در بیمارستان طالقانی شهید بهشتی در گیر مجروحین بودم). به هر حال چون آمده بودند، گفتم اگر مایل اید دست کم معاینه را انجام و اگر پرسشی دارید پاسخ دهم. پس از معاینه و پاسخ به پرسش های فراوان بویژه مادر، وی از من پرسید آقای دکتر چرا دیگر بیمارستان خصوصی عمل نمی کنید؟ انگیزه خودم را گفتم. برای تعریف گزافه از من، مادر با تبسم گفت ای کاش در بیمارستان خصوصی جراحی می کردید، چه یکی از دوستان دخترم را که سه سال پیش جراحی کرده بودید، چنان نتیجه خوب شده بود که در همان ابتدای پس از جراحی و زمانی که فک وی هنوز با سیم بسته بود، خواستگار داشت و ازدواج خوبی کرد. من هم با تبسم پاسخ دادم :

" شاید دلیل نتیجه خوب جراحی نبوده، بسته بودن دهان و کم حرفی عروس بوده که داماد فکر کرده این پدیده ماندگار است "

البته این یادمان طنز گونه، تنها برای شگفتن کمی تبسم بود، همان گونه که در پیشگفتار بیان کردم، کسی به دل نگیرد.

## ۲۸ - چیرگی اندیشه درمانی به آموزش پیشگیری

به باورم، در رشته‌های علوم پزشکی که هنوز Procedures یا روش‌های عملی تشخیصی و درمانی فراوان وارد آن نشده سالم‌تر مانده است. با توجه به فراوانی رشته‌های بالینی تخصصی دندانپزشکی که بیشتر همراه درمان‌های عملی است، چیرگی تفکر درمان‌های عملی می‌تواند حتی آسیب‌رسان باشد. به باور من بدن‌ها بیش از نیاز، مورد روش‌های عملی تشخیصی و دستکاری قرار می‌گیرند. امکان روش‌های عملی تشخیص، در بسیاری از تخصص‌های پزشکی مانند قلب به راستی شگفتی سال‌های اخیر بوده است، و اگر زمانی جراحی وسیع قفسه سینه برای تنگی عروق کرونر الزامی بود، امروزه با بی‌حسی موضعی به سادگی انجام می‌شود. باید قدردان این پیشرفت‌ها بود ولی آیا در استفاده از آنژیوگرافی و آنژیوپلاستی زیاده روی نمی‌شود؟ بهر حال عمل کننده‌ای که به سادگی توانائی انجام یک درمان عملی را دارد، باید پیش از انجام کمی درنگ کند. در دندانپزشکی هم با توجه به این که بیشتر درمان‌ها عملی است، باید فکر کرد که نتیجه نهائی چیست. برای نمونه بیمار مورد درمان اندودونتیک قرار گرفته ولی در مرحله نهائی ترمیم، تاج نامناسب و درمان ناپذیر یا Hopeless تشخیص داده می‌شود. محبوس شدن در رشته تخصصی، توجیه مشکل بیمار با دانسته‌های خودمان و سرانجام ترجیح به انجام یک روش عملی درمان، همگی می‌تواند ندانسته (امیدوارم) سبب درمان‌های اضافی و غیر ضروری گردد که در عنوان ۶ و ۷ به صورت مشروح بیان گردید. چکیده کنم در تخصص خودم که جراحی دهان و فک و صورت است باید بدانم در بسیاری موارد "جراحی نکردن بهتر است". من همیشه از پروفیسور یحیی عدل پدر جراحی ایران (۱۳۸۱-۱۲۸۷)، برای دانشجویان می‌گویم که وی هم ممکن است مواردی اندک جراحی غیر ضروری انجام داده باشد ولی بی‌گمان سهوی بوده چه در آن زمان جز پاکی اندیشه نبوده و چندان بیمار فراوان داشتند که برای موارد لازم هم زمان رسیدگی نداشتند، چه رسد به انجام جراحی‌های غیر ضروری. شوربختانه این روزها انجام موارد غیر ضروری سبب بدبینی به حرفه طبابت شده که بسیار ناگوار است. چیرگی و سلطه تفکر درمانی چندان زیاد شده که برخی متخصصین آموزش دستورات پیشگیری و بهداشتی را فراموش کرده‌اند. یک گواه آشکار، بدتر شدن میزان پوسیدگی و نیاز به درمان‌های دندانپزشکی، با وجود افزایش دانشکده‌های دندانپزشکی و تربیت دندانپزشک است چرا؟ به باور من کاهلی در تربیت بهداشتکار دهان و دندان واقعی، با وجود قانون تربیت بهداشتکار دهان در سال ۱۳۶۰ می‌باشد. پیشتر نوشتم آمار تعداد دندانپزشک و بهداشتکار در آمریکا تا حدودی برابر است و تا سال ۲۰۵۰ رشد تعداد دندانپزشک خطی، ولی رشد تربیت بهداشتکار افزایشی است. بسیار کم هزینه‌تر بود اگر دوره دو ساله بهداشتکار آغاز، و در هر مرکز دندانپزشکی یک بهداشتکار، به همراه دندانپزشک (و نه مستقل) به خدمت می‌پرداخت. در عنوان ۱۷ شرح کامل این مورد به همراه چند پیشنهاد بیان شد، دوباره گوئی نمی‌کنم.

## ۲۹ - چیرگی اندیشه درمان های گسترده و تهاجمی

اگر چه درون نوشته‌های پیشین تا اندازه ای بیان گردید ولی به سبب اهمیت، بویژه در دندانپزشکی دو باره مورد پافشاری قرار می‌دهم. در دندانپزشکی یک بیمار می‌تواند انتخاب یا گزینه های ( Options ) متفاوت درمانی داشته باشد. از ساده ترین ولی نه آرمانی تا پیچیده طولانی و کامل‌تر. یک نمونه بیان کنم خانم ۶۰ ساله که ۱۵ سال است از پروتز کامل استفاده می‌کند، به دلیل نارضایتی بویژه از پروتز پائین مراجعه کرده است. رادیوگرافی پانورامیک ۲۵ میلی متر قدامی و ۲۰ میلی متر خلفی ارتفاع استخوان ماندیبول را نشان می‌دهد. بیمار برای ترمیم و لایه دادن پروتز در این سال‌ها مراجعه نکرده و یک سال است که از پروتز پائین نارضایتی بیشتری دارد. بیمار از دید عمومی هم سالم است. طرح درمان این بیمار می‌تواند از بازسازی ساده لایه دادن تا تعویض پروتز کامل باشد، تا قرار دادن ۲ تا ۴ ایمپلنت قدامی به عنوان Implant Overdenture تا افزایش تعداد ایمپلنت و درمان کامل به عنوان Implant Supported Fixed Denture. لازم است تمام طرح‌ها به بیمار گفته شود و سپس تصمیم‌گیری شود که از ساده‌ترین شروع شود؟ و یا درمان‌های مفصل‌تر؟. پیشنهاد تنها یک طرح ایمپلنت حتی اگر بهترین و آرمانی باشد، به عنوان تنها گزینه به باور من درست نیست چه بیمار فکر می‌کند تنها راه چاره است. در زمان رزیدنسی البته ۴۵ سال پیش برای این بیماران شروع Reline درمان پروتز کامل بود. در صورت موفقیت و رضایت و شرایط بیمار می‌توانست همین کم‌ترین و ساده‌ترین و پروتز جدید را قبول کند، وگرنه به سمت درمان‌های مفصل‌تر جراحی برود، البته در آن زمان بیشتر از جراحی‌هایی مانند وستیبولوپلاستی، افزایش ارتفاع استخوان با پیوند استخوان و مواد جایگزین، و ایمپلنت Mandibular Staple Implant استفاده می‌شد و توانایی‌های بهتر و ساده‌تر امروزی وجود نداشت، ولی به هر حال بنیاد روش‌های درمانی باید به بیمار بیان شود، به ویژه که دشواری‌های اقتصادی بیمار را هم باید مورد توجه قرار داد. از هر جهت درمان ایمپلنت امروزی علمی و عالی و رضایت بخش‌تر است، ولی نباید به گونه‌ای پیشنهاد گردد که بیمار فکر کند تنها گزینه است و اگر انجام ندهد موجب برهم خوردن مدار و گردش کره زمین می‌شود!!! در بسیار موارد دیگر مانند جراحی‌های ارتوگناتیک و دیگر درمان‌های جراحی و دندانپزشکی هم این نکته مطرح است. آگاهی دادن بیمار از تمام گزینه‌ها الزامی است و پیشنهاد تنها یک گزینه مورد دید عمل کننده اخلاقی نیست و همان گونه که پیشتر بیان کردم: "هدف درمان بیمار است و نه بیماری". افزون بر روش‌های گوناگون درمان پروتزی بیمار که بیان گردید، در سایر موارد مانند درمان‌های TMJ، ارتودونسی و جراحی‌های ارتوگناتیک، و سایر جراحی‌های دهان و فک و صورت و حتی درمان‌های دندانپزشکی هم، گوناگونی روش‌های درمان باید به بیمار توضیح و طرح نهائی با آگاهی وی برگزیده شود. در رشته‌های تخصصی پزشکی هم این نکته مطرح است که همیشه درمان‌های Medical بر Surgical برتر است.

### ۳۰ - رفتار حرفه‌ای در هم پوشانی (Overlapping) رشته‌های تخصصی

در ناحیه دهان، فک و صورت تخصص‌های متعدد مانند جراحی دهان و فک و صورت، گوش و حلق و بینی، جراحی ترمیمی پلاستیک، جراح سر و گردن، جراح اطفال، جراح چشم، درماتولوژیست و... گستره کاری و منافع مشترک دارند و این نکته سبب گفت‌وگو و جدال بین این رشته‌ها شده است. این اختلاف حتی به درون رشته‌های تخصصی و عمومی دندانپزشکی هم گاهی کشیده می‌شود. برای نمونه در زمینه ایمپلنت مطرح است که آیا جراح دهان و فک و صورت انجام دهد؟ آیا پرپودونتیست انجام دهد؟ آیا پروتزیست می‌تواند انجام دهد؟ آیا دندانپزشک عمومی هم می‌تواند انجام دهد؟ سایر تخصص‌های دندانپزشکی چگونه؟ با وجودی که بی‌گمان بیشتر همکاران، بویژه جوان با نگرش من ناسازگار و حتی عصبانی می‌شوند، با وجود این مایلیم باورم را همراه پیشنهاد راه حل بیان کنم :

الف - همان‌گونه که در مقدمه تفاوت بین سه واژه قانون (Legal) و اخلاق برونی (Ethical) و اخلاق درونی یا سرشتی (Moral) بیان شد. از دیدگاه قانونی یک جراح دهان و فک و صورت می‌تواند درمان ترمیمی و پروتز و اندودونتیک و در واقع تمام درمان‌های دندانپزشکی را انجام دهد و هیچ خلاف قانون انجام نداده باشد و حتی از دیدگاه Ethical هم کار ناپسندی نبوده ولی از دیدگاه Moral یا اخلاق سرشتی، شخص من که می‌دانم بیش از ۴۵ سال است که درمان‌های ترمیمی و پروتز و اندودونتیک را انجام نداده‌ام، باید این نکته را به بیمار گفته و نباید این درمان‌ها را انجام دهم. امیدوارم سه واژه Legal & Ethical & Moral روزی یکی شوند و یا دست کم به هم نزدیک شوند و این یعنی جامعه کامل سالم و آرمانی و آرزوی دست نیافتنی و ناشدنی من. به باور من اگر Moral یا اخلاق سرشتی سر مشق باشد تمام این اختلافات از بین می‌رود و نیاز به قانون‌گذاری هم نیست. بنابراین باور دارم، اگر دندانپزشک عمومی یا متخصص آموزش و توانائی لازم برای هم جراحی ایمپلنت و هم مدیریت و درمان عوارض احتمالی را دارد، باید اجازه انجام آن را داشته باشد. اگر Moral برگزیده شود تمام دشواری‌ها خود به خود حل می‌شود.

ب- در سال‌های تازه ناسازگاری نگرش شدید بین جراح دهان و فک و صورت و جراح ترمیمی و پلاستیک و گوش و حلق و بینی در پیوند با راینوپلاستی وجود داشته است و به باور من اگر همان پایه و بنیاد Moral یا اخلاق درونی یا سرشتی پاس گذاشته شود نیازی به قانون نیست. به باور من انگیزه این ناسازگاری دو گانه است، یکی افزایش پرستیژ یا اعتبار حرفه‌ای و دیگری منافع مالی. جالب این که در مورد انجام راینوپلاستی بین دست کم سه رشته تخصصی ناسازگاری شدید وجود دارد، در حالی که در پیوند با درمان سوختگی که تنها زحمت زیاد دارد و در گستره تخصص جراح ترمیمی و پلاستیک است، هیچ‌گونه جدال و ستیزی وجود

ندارد. هم چنین در پیوند با درمان‌های پیچیده TMJ و دردهای مزمن صورت جراح دهان و فک و صورت با سایر تخصص‌های دندانپزشکی و پزشکی نه تنها مشکلی ندارد بلکه استقبال هم می‌کنند !!! فکر می‌کنم انگیزه مالی، قوی‌تر از پرستیژ و اعتبار حرفه‌ای است، البته امیدوارم برداشت من اشتباه باشد. در درمان مجروحین جنگ در بیمارستان طالقانی شهید بهشتی، دو متخصص جراحی ترمیمی پلاستیک برجسته را دعوت کردیم تا هرکدام هفته‌ای یک روز جراحی‌های بازسازی نسج نرم را با هم انجام دهیم و با اشتیاق و دوستی کار مشترک را انجام می‌دادیم چون هدف نتیجه بهتر درمان بیمار و آموزش دو سویه خودمان هم بود. هنوز دوستی قدیمی من و سایر همکاران قدیمی با متخصصین جراحی ترمیمی پلاستیک ادامه دارد ولی شوربختانه، در سال‌های تازه پیوند بین همکاران جوان و جراحان ترمیمی پلاستیک ( بویژه) و گوش و حلق و بینی گاهی در حد دشمنی و کارد و پنیر بوده است. البته اگر تمام متخصصین رعایت همان بنیاد Moral را داشته باشند خود بخود ناسازگاری حل می‌شود. روشن است که هر سه رشته تخصصی جراح دهان و فک و صورت، جراح پلاستیک، و گوش و حلق و بینی می‌توانند راینوپلاستی انجام دهند. البته باور شخصی من این است که اگر شکستگی متعدد استخوان‌های میانی صورت Midface به همراه شکستگی بینی و یا در موارد نیاز به جراحی ارتوگناتیک جراح دهان و فک و صورت اگر تجربه کافی داشته باشد، هم زمان یا با فاصله می‌تواند راینوپلاستی بیمار را نیز انجام دهد، و لی اگر مشکل اصلی بینی راه هوایی است بهتر است به متخصص گوش و حلق و بینی واگذار شود، و سرانجام اگر مشکل بینی تنها و تنها زیبایی آن است به جراح پلاستیک واگذار شود. این تنها دید شخصی من است و شک ندارم که بسیاری از همکاران جوان با خواندن این عقیده به من پرخاش بیشتری انجام می‌دهند و به همین دلیل پیشتر نوشتم هر چه فریاد دارید بر سر من بکشید !!! شکی نیست که از دیدگاه قانونی ( Legal ) هر سه رشته جراحی پلاستیک و گوش و حلق و بینی و جراحی دهان و فک و صورت اجازه و پروانه انجام راینوپلاستی را دارند. ولی چاره این ناسازگاری بین این سه رشته تنها در صورت رعایت اصل اخلاق سرشتی یا Moral آسان شدنی است. وگرنه با جدال و کوشش به ایجاد قانون برای حذف اجازه راینوپلاستی یا شکاف لب و کام توسط یکی از این سه رشته بی فایده است. راینوپلاستی در گذشته توسط جراحان ترمیمی پلاستیک و گوش و حلق و بینی انجام می‌شد، ولی در سال‌های تازه در محدوده آموزش جراحی دهان و فک و صورت قرار گرفته است، به باورم همکاران جوان جراحی دهان و فک و صورت عزیز خودم هم بی‌گناه نیستند و کمی شتاب و زیاده روی کرده‌اند .

ج - باور دارم همکاران جراح دهان و فک و صورت چنانچه آموزش و تجربه داشته باشند، برای نمونه اجازه انجام Ligation کاروتید برای جراحی همانژیوم و دیگر ضایعات عروقی را دارند. البته اگر در بیمارستان متخصص عروق یا جراح عمومی وجود نداشته و جراح دهان و فک و صورت تجربه انجام آن را داشته باشد، ولی اگر تجربه انجام آن را دارد ولی جراح عروق یا عمومی هم

در بیمارستان باشد بهتر است با همکاری وی انجام شود. این همکاری افزون بر منافع بیمار و کاهش استرس جراحی، سبب شناخت بهتر رشته تخصصی خودمان و پیوند بهتر با تخصص های دیگر در بیمارستان می شود. نمونه دیگر اجازه انجام تراکتوستومی مورد نیاز جراحی دهان و فک و صورت در عفونت های خاص و در لوله گذاری ناموفق برای بی هوشی جهت جراحی آنکیلوز است. البته اگر متخصص گوش و حلق و بینی در دسترس نباشد و جراح دهان و فک و صورت تجربه انجام آن و مدیریت عوارض احتمالی مانند پنوموتوراکس را داشته باشد. نمونه دیگر تهیه پیوند غضروف دنده (Costochondral Graft) برای درمان آنکیلوز در یک کودک است، من ترجیح می دهم اگر یک جراح اطفال در دسترس باشد این قسمت از جراحی و مدیریت عوارض احتمالی مانند پنوموتوراکس را به وی واگذار کنم، چه در این بیماران استرس شروع بی هوشی و تهیه گرفت دنده و خود جراحی آنکیلوز بویژه نوع دو طرفی آنقدر زیاد است که بهتر است این استرس تقسیم گردد، و جراح دهان و فک و صورت پاسخگوئی و مسئولیت خود را به درمان آنکیلوز متمرکز کند. دوباره گوئی می کنم باور شخصی که بیان شد، شاید با انگیزه محافظه کاری (Conservatism) نسل در حال انقراض دوره ما باشد. به دل نگیری، افکار این نسل پیش از دفن فیزیکی دفن شده است .

د- نمونه دیگر درمان شکاف لب و کام است که البته به اندازه راینوپلاستی بین متخصصین اختلاف وجود ندارد. آشکار است متخصص جراحی اطفال، گوش و حلق و بینی، جراح پلاستیک، دهان و فک و صورت همگی مجاز به این نوع جراحی می باشند و نمی توان با قانون یا Legal مرزی ایجاد کرد و تنها Moral و منافع بیمار تعیین کننده است. به هر حال هر متخصص توان خود را می داند و بر پایه آن باید تصمیم به انجام و یا واگذاری جراحی بگیرد. درمان مناسب بسیاری از این بیماران با شکاف لب و کام رویکرد چند رشته ای (Multidisciplinary) دارد و بهتر است، پیش از شروع با مشاوره طرح درمان و عمل کننده مشخص گردد. در پایان این بخش با توجه به اهمیت برای چندمین بار بازگوئی می کنم، در موارد هم پوشانی یا Overlapping بین جراحان دهان و فک و صورت و جراحان پلاستیک و گوش و حلق و بینی، به باورم هیچ راه حل معقول قانونی وجود ندارد، جز گفتگوی بین انجمن های تخصصی برای از بین بردن و یا دست کم کاهش بداندیشی موجود. در هر حال تنها راه حل توان بخشی اخلاق درونی و سرشتی (Moral) است. هم پوشانی یا Overlapping درون خانواده دندانپزشکی هم وجود داشته ولی با توجه به دیدارهای همیشگی در محیط دانشگاهی و گردهمایی ها، خوشبختانه گره گشائی و مدیریت شده است .

### ۳۱- رفتار حرفه‌ای بین رشته‌ای (Multidisciplinary & Interdisciplinary)

هر دو واژه بالا، هم در میان تخصص‌های دندانپزشکی و پزشکی، و هم بین پزشکی و دندانپزشکی فراوان پیش می‌آید و لازم است چارچوب این دو واژه شناخته شود. در **Multidisciplinary** هر متخصص در محدوده خود، به شکل مستقل درمان را انجام می‌دهد، ولی در **Interdisciplinary** بین متخصصین در ابتدا، هماهنگی روش درمان یک بیمار انجام می‌شود. چند نمونه:

متخصص اندو، درمان در محدوده تخصص خود را انجام و سپس بیمار را برای ترمیم تاج به متخصص ترمیمی ارجاع می‌دهد و حتی پس از ترمیم تاج، ممکن است متخصص ترمیمی بیمار را به متخصص پروتز معرفی کند. در این مورد هر سه متخصص یعنی اندودونتیست و ترمیمی و پروتزیست به شکل مستقل درمان رشته تخصصی خود را انجام می‌دهد، این حالت **Multidisciplinary** است. البته در مواردی که به ماندگاری دندان مردد باشیم، پیش از شروع درمان اندو، مشاوره بین اندودونتیست و پروتزیست و متخصص ترمیمی و پروتز برای تعیین تکلیف و مراحل درمان انجام می‌شود که این حالت **Interdisciplinary** است. نمونه دیگر یعنی **Interdisciplinary** تیم یا گروه درمانی، طرح درمان را با مشارکت هم انجام می‌دهند. برای نمونه در بیماری که دچار بدخیمی و گمان نیاز به جراحی و رادیوتراپی و شیمی‌درمانی دارد، این گروه به همراه پاتولوژیست طرح کلی مراحل درمان را با هم گزینش می‌کنند. نمونه دیگر یک بیمار جراحی ارتوگناتیک است که پیش از شروع درمان با اشتراک دید جراح و ارتودونتیست و یا جراح و پروتزیست باید طرح درمان را مشخص و با هماهنگی هم دیگر زمان جراحی و نیز ادامه درمان ارتودونتیست و یا پروتز مشخص می‌شود، که این همان تعریف **Interdisciplinary** است. نمونه دیگر **Interdisciplinary** همکاری پروتزیست و جراح برای تعیین محل قرار دادن ایمپلنت است. نمونه ساده دیگر بیماری است که اندودونتیست با زحمت درمان اندو را برای دندان مولر انجام می‌دهد، ولی در مراحل بعد مشخص می‌شود از نقطه نظر ترمیمی یا وضع پرپودونتال ارزش حفظ شدن ندارد و دندان باید خارج گردد. در این موارد با یک مشاوره بین رشته‌ای یا **Interdisciplinary** از درمان‌های اضافی پرهیز می‌شود. نمونه دیگر ناگزیری، به توجه بین رشته‌ای در بیماران با درد ناحیه مفصل گیجگاهی فکی (TMJ) است. چکیده کنم، بکارگیری فراوان از هر دو پدیده **Multidisciplinary** و **Interdisciplinary** بیانگر خردمندی و هوشمندی طبیب در جهت پاسداری از منافع بیمار است که هرگز با منافع پزشک نه تنها در دوگانگی نیست، بلکه همسو است. به دلیل اهمیت، منافع بیمار در برابر منافع پزشک در عنوان جداگانه خواهد آمد. واژه دیگری هم وجود دارد که **Transdisciplinary** یا ترا رشته‌ای است، که به یک استراتژی و راهبرد تحقیقاتی اشاره می‌کند، که از بسیاری از مرزهای رشته‌ای گذر می‌کند تا رویکردی همه جانبه یا کل نگر (Holistic) ایجاد کند.

## ۳۲ - برتری واژه معلم در برابر استاد

اگرچه در تعریف واژگان، تفاوت اصلی بین معلم Teacher و استاد Professor به تعداد یا جمعیت شاگردان یا دانشجویان بیان شده است. معلم یا Teacher برای کودکان جوان تر (Children & Teenagers)، در سیستم دوازده کلاسه تدریس می‌کند، در حالی که استاد یا Professor برای جوانان با سن بالاتر و بالغین (Teens & Adult)، در کالج و دانشگاه تدریس می‌کند. البته این تعریف درسی و رسمی دو واژه بالا است. ولی من واژه معلم را بیش از استاد می‌پسندم. نگرش من از واژه استاد، فردی است که در بالاترین و به روزترین گستره علمی مطالب را ارائه می‌دهد، در حالی که با نگرش من واژه معلم را فردی می‌دانم که ممکن است سطح تدریس او حتی کمی پائین تر از مورد استاد باشد ولی سعی می‌کند، باور مطالب و انگیزه مطالعه خود جوش را در دانشجویان ایجاد کند. البته که معلم باید از نقطه نظر علمی مانند استاد به روز باشد، وگرنه عالم دیروز عامی امروز می‌شود. تنها روش بیان باید همگام با آفرینش باور مطالب و انگیزه مطالعه خودجوش باشد. من ترجیح می‌دهم دانشجویان پس از پایان دوره ۲۰ صفحه را به یاد ولی به آن باور داشته باشد، تا این که ۲۰۰۰ صفحه را تنها برای قبولی در امتحان دوره دستیاری بخوانند ولی به آن باور نداشته باشند. شوربختانه بیشترین خرده‌ای که من به دانشجویان می‌گیرم، نبود پرسشگری است. هر چه می‌گوئیم به راحتی پذیرا می‌شوند. می‌گویند وقت مطالعه نداشته‌ایم که البته فرافکنی است. می‌گویم دست کم بپرسید چرا؟ شوربختانه بیشتر دانشجویان نمی‌پرسند و تنها تعداد بسیار کم کنجکاو می‌باشند و استاد را به چالش می‌کشند. یکی از برتری‌هایی که واژه معلم برای من دارد، کوشش به پرسشگری و چالش بدون نگرانی در هر زمینه است. دانشجو هم در یادگیری‌های درسی و هم در زندگی باید و باید پرسشگر و چالش‌گر باشد، و گرنه به بیان جان ماکسول: " زندگی بدون چالش، مزرعه بدون حاصل است " در مورد فرافکنی (Projection)، که هم در دانشجویان و هم در جامعه فراوان دیده می‌شود، به بیان زیگموند فروید یک ساز و کار پدافندی برای نسبت دادن عیب‌های ناپسند به دیگران است. به باور من یک ویژگی و برتری واژه معلم در برابر استاد این است که معلم در کلاس، خود را محدود به عنوان درسی نکرده و آگاه کردن را در گستره جامعه برپا می‌کند. چه سیاسی برتر از این که معلم بالفطره (Teacher by Nature)، و گواه راستی بر پایه شعر: " معلم چو کانونی از آتش است همه کار او سوزش و سازش است " باشیم. شور بختانه استاد بسیار و معلم اندک داریم. من چون خود را معلم بالفطره (Teacher by Nature) می‌دانم، فشره باورم به ویژگی معلم: ۱- آموختن باور مطالب به جای یادگیری برای امتحان ۲- ساده نمودن مطالب و ایجاد لذت از یادگیری ۳- محدود نبودن به تنها موضوع درسی، و احساس آرامش برای هر پرسش در هر زمینه ای ۴- گسترش یاد دادن مطالب ویژه، در گستره جامعه. به بیان ساده معلم، نباید محدود به مکان و زمان و موضوع تخصصی باشد و در گستره جامعه، باید معلم افزایش آگاهی باشد.

### ۳۳ - برتری واژه پایان دوره ، در برابر فارغ التحصیلی

فارغ التحصیلی، این واژه که زبانه‌زد و فراوان برای پایان یک دوره یادگیری بکار برده می‌شود، از واژگان آزاردهنده برای من است و بارها در این زمینه با دانشجویان گفت و شنود داشته‌ام. واژه Graduation، در ارتش به انگیزه پایان یک دوره و شایستگی به دست آوردن درجه تازه و برتر است. در مورد پایان دوره دندانپزشکی و یا تخصص و یا فلوشیپ و مستر شیپ و..... به راستی دوره‌ای پایان یافته است و تازه یادگیری در پهنه ای گران‌تر باید ادامه یابد. بنابراین اندیشه کاربرد واژه فارغ التحصیلی آزاردهنده و دور از خرد است. من گاهی به طنز به دانشجویان می‌گویم، ای کاش فارغ التحصیل مال می‌شدید !!!

امیدوارم اشتباه کنم، شاید دشواری دوران یادگیری رسمی سبب ماندگاری و پذیرش این واژه ناروا بوده است. روشن است که بسیاری از دانشجویان با توجه به روش کنکور گاهی در رشته‌های ناخواسته وارد و با دشواری و بدون گوارائی دوران تحصیل را به پایان می‌رسانند و به جای لذت بردن از مسیر، بیشتر به مقصد نهائی فکر میکنند، در نتیجه برای آنان واژه فارغ التحصیل پذیرفتنی‌تر است و به بیان دیگر چه خوب شد که راحت و فارغ شدم !!! . به باور من یادگیری راستین، تازه پس از پایان دوره باید روی دهد و تا پایان حیات با نگرش لذت و گوارائی از یاد گیری ادامه یابد .

به باور من، روش تدریس در کلاس و برخورد شخصی با دانشجویان برای گوارا کردن دوران یادگیری نقش بسیار مهمی دارد و این همان مهمی است که در عنوان جداگانه پیشین، برتری واژه معلم در برابر استاد بیان گردید. به یاد دارم در زمان دوران آموزش رزیدنسی، در ماه‌های رزیدنسی جراحی عمومی زمانی که شب‌ها کشیک بودم (۱۵ شب در ماه)، اگر از اورژانس خبری می‌آمد که بیماری نیاز به جراحی فوری دارد، رزیدنت ارشد جراحی عمومی سرشار از اشتیاق می‌شد که این بیانگر لذت بردن و گوارائی دوران و مسیر تحصیل است. به راستی اگر از مسیر رسیدن به مقصد هم لذت ببریم، دیگر مقصد برای ما فارغ التحصیلی نمی‌شود و به راستی مسیر و مقصد یکی می‌شود . امیدوارم همگان واژه پایان دوره ( Graduation )، یا دانش آموخته را جایگزین فارغ التحصیلی نمایند. فارغ در واژگان به معنی آسوده، آزاد، خلاص، راحت، رها، بی‌نیاز، دست از کار کشیده، زاییده، و مانند این‌ها است. برای کسی که دوره ای رسمی را تنها به پایان رسانده، و تازه در ابتدای لذت و گوارائی یادگیری های تازه هم در رشته تحصیلی و هم بسیار فراتر است، واژه فارغ التحصیل برانزنده نیست. پافشاری می‌کنم باید کوشش کنیم به جای واژه نازیبا ی فارغ التحصیل، واژه زیبای پایان دوره را جایگزین کنیم. واژه دانش آموخته هم استفاده شده، اگر چه مناسب تر از فارغ التحصیلی است، ولی پایان دوره را من پسندیده و شایسته تر می‌دانم، چه پایان دوره تازه آغاز دانش آموختگی است و نه دانش آموخته .

### ۳۴ - منافع ( حق = سود ) بیمار در برابر طبیب ( Patient's VS Physician's rights )

اگر چه درون همه نوشتارها، این سخن بارها بیان شده ولی در این بخش مایلیم چند برگزیده دیگر را بازگو کنیم :

۱ - به شدت باور دارم، منافع بیمار با طبیب نه تنها در تضاد و دوگانگی نیست، بلکه سراسر همسو است ولی اگر گاهی گمان دوگانگی پیش آید، منافع بیمار باید در برتری باشد. البته گاهی بیمار از منافع راستین خود آگاه نیست و حتی از بیان آن برآشفته می شود، با وجود این باید منافع بیمار در نگاه طبیب باشد، اگر چه در این باره هم منافع بیمار و طبیب همسو است. نمونه :

الف - از سال های پیش، در بخش جراحی دانشکده برای تمام بیماران اندازه گیری فشار خون و نبض و نوشتن در پرونده بیمار برنامه ریزی و روزمره و عادی شده است ( توصیه برای تمام بخش ها و مطب ها ). واداشتن دانشجویان دارای دو انگیزه بود :

۱ - آشنایی با شیوه اندازه گیری و روتین یا عادی یا پیش پا افتادن این پدیده .

۲ - بسیاری از بیماران، از فشار خون بالای خود آگاهی ندارند. این آگاهی و پی گیری مدیریت فشار خون بالا، گاهی مهم تر از درمان های جراحی و دندانپزشکی است. گاهی بیمار برای نمونه برای بیرون آوردن یک ریشه مراجعه کرده و در اندازه گیری فشار خون، پی به بالا بودن ملایم یا متوسط و یا شدید آن می بریم، این آگاهی بسیار مهم است اگر چه گاهی بیمار به اهمیت آن نگاه سپاسگزاری ندارد و چنانچه به انگیزه فشار خون بسیار بالا درمان جراحی انجام نشود بیمار گاهی برآشفته می شود و نیاز به شکیبائی و بردباری طبیب برای آگاه کردن بیمار و نزدیکان همراه است. در فشار خون سیستولیک ۱۸۰ میلیمتر جیوه و یا بالا تر و دیاستولیک ۱۱۰ میلیمتر جیوه و یا بالا تر، درمان های انتخابی جراحی و دندانپزشکی نباید انجام شود. بی گمان تنها و تنها دو حالت فوریت یا اورژانس وجود دارد که در هر حالتی باید انجام شود : الف - انسداد راه هوایی ب- خونریزی

توجه شود افزون بر نابسامانی سامانه انعقادی، فشار خون بالا هم یکی از انگیزه های خونریزی است. یادمانی از دوره رزیدنسی بیاد دارم. یک شب در اورژانس بیمارستان، بیماری را دیدم که پس از جرم گیری فک بالا مراجعه و نشت خونی ( oozing ) از سراسر لثه بالا در سمت باکال داشت. با فشار ملایم قطع می شد ولی با برداشتن فشار نشت خونی ادامه می یافت. پس از بارها تجربه ناکامی با فشار ناحیه، در اندازه گیری فشار خون سیستولیک ۱۶۰ و دیاستولیک ۱۱۰ میلیمتر جیوه تشخیص و پس از مدیریت دارویی در اورژانس بیمارستان توسط رزیدنت داخلی، در زمان کوتاه نشت خونی ( oozing ) خود به خود متوقف شد. فشار خون بالا بیشتر بدون علامت و می تواند به عواض مهم مانند سکته قلبی ( MI ) و سکته مغزی ( CVA ) و سایر عوارض مرگ بار پایان یابد و به همین انگیزه به آن قاتل خاموش یا بی سر و صدا ( Silent or slow killer ) هم می گویند . اکنون فشار خون قابل قبول و طبیعی برای جراحی و دندانپزشکی تا اندازه ۱۲۰ میلیمتر جیوه برای سیستولیک و ۸۰ میلیمتر جیوه برای

دیاستولیک است. بیان گستره ارزش اندازه گیری فشار خون در بیماران جراحی و دندانپزشکی در گنجایش این گفتار نیست، پیشنهاد می کنم تمام همکاران دندانپزشک پژوهش بیشتر در این زمینه داشته باشند ( فصل ۳۲ ملامد و یا ضمیمه فصل ۲ پیترسون ). به باور من اندازه گیری روتین یا همیشگی فشار خون، دست کم پنج خوبی و نیکوئی پسندیده دارد :

الف - تشخیص بیماران نا آگاه از فشار خون بالا و ارجاع به پزشک برای بررسی بیشتر و مدیریت آن. شاید این هدیه دندانپزشک مهم تر از درمان های دندانپزشکی باشد .

ب - مدیریت بیماران شناخته شده با فشار خون بالا، در درمان های جراحی و دندانپزشکی ( نمونه محدودیت تجویز آدرنالین بی حسی موضعی به ۳۶ تا ۴۰ میکروگرم و سایر مراقبت ها ) . پافشاری کنم، دندانپزشک در باره بیماری های عمومی باید جوابگوی دو نکته مهم باشد : ۱ - موارد ناشناخته و ارجاع به پزشک ۲ - آگاهی از چگونگی مدیریت بیماران شناخته شده .

ج - گمان بیشتر خونریزی و یا نشت خونی ( oozing )، به سبب فشار خون بالا .

د - داشتن یک اندازه گیری پایه ( Base line )، تا در صورت بروز فوریت پزشکی با آن سنجیده شود . برای نمونه بیماری روی صندلی دندانپزشکی دچار بی هوشی شده و فشار خون وی ۵۰ / ۹۰ میلیمتر جیوه است . بر پایه این که فشار خون اولیه چه بوده تشخیص متفاوت است. برای نمونه اگر در شروع ۶۵ / ۱۱۰ میلیمتر جیوه بوده یک مفهوم دارد و چنانچه فشار خون در شروع ۱۱۰ / ۱۸۰ میلیمتر جیوه بوده می تواند بیانگر یک حالت شوک باشد . بنابراین داشتن فشار خون پایه، کمک بزرگی است .

ه - مورد پایانی باور شخصی من است و آن احساس امنیت و اطمینان و آرامش و اعتماد بیشتر بیمار به دندانپزشک می باشد، که این خود به باور من سبب کاهش احتمال بروز فوریت در مطب دندانپزشکی می شود .

۲ - نا آگاهی بیمار از فشار خون بالا، نمونه بارز بود که بیان گردید .

گاه پاتولوژی های مهم بدون نشانه های بالینی مانند درد و تورم و ترشح وجود دارند که بیمار به اهمیت آن آگاه نیست و ممکن است با هشدار شایسته و مناسب طبیب، سبب ناراحتی بیمار یا نزدیکان شود ولی منافع بیمار برتری اول را دارد .

۳- به همین پیمانانه بسنده می کنم. دوباره گوئی است ولی، به شدت باور مندم منافع بیمار با منافع طبیب، نه تنها در برابر هم نیست بلکه تمام و کمال همسوی یکدیگر است. چنانچه نگرانی منافع بیمار، همراه با آشفستگی و برخورد نامناسب بیمار و ناراحتی طبیب شود، با این وجود طبیب باید بردبار و سازگار بوده و چون Moral یا اخلاق درونی و سرشتی را پاس داشته، سربلند است. اگر چه می دانم، بردباری و خویشتن داری در برابر برخی از رفتارهای بیماران و نزدیکان بسیار دشوار است ولی به هر حال من در پیوند با شیوه رفتار با بیمار و نزدیکان وی دوست دارم "داین باشم تا مدیون" با امید به آگاه شدن آنان با گذشت زمان .

## ۳۵ - بازنگری در آموزش دستیاران مطب

پیش تر و در عنوان ۱۷ پیشنهاد های بسیار عملی در مورد اصلاح قانون سال ۱۳۶۰ بهداشتکار دهان و دندان نوشتیم، سپاس برای نگاه دوباره و ارشاد افزودنی. با توجه به این که شوربخانه آموزش رسمی بهداشتکار دهان و دندان سال ها است در دانشکده های دندانپزشکی متوقف شده، بسیاری از همکاران دندانپزشک به ناچار بیشتر ناگزیر از آموزش افراد ( دستیار آینده ) ناآگاه به رشته دندانپزشکی می باشند. البته ممکن است خوش شانس بوده و دستیار با تجربه کار در مطب دندانپزشکی را برای همکاری پیدا کنند. به هر روی به باور من یک نکته مهم در آموزش فراموش می شود و آن محدود کردن آموزش، به تنها نیاز های عملی و عادی و روزمره درمان های دندانپزشکی عمومی و یا هر تخصص است. به باور من فراموشی و سهل انگاری در آموزش مداوم یا پیاپی دستیار در همکاری گروهی مدیریت فوریت های احتمالی پزشکی در مطب دندانپزشکی یکی از مهم های فراموش شده است. در مقدمه ویرایش هفتم اورژانس های پزشکی در مطب دندانپزشکی ( مالماد ) چند پیشنهاد داشته ام :

۱ - شوربخانه، آموزش مداوم ( سالانه یا دوسالانه رسمی ) احیای حیات اولیه ( BLS )، و پیشرفته قلبی ( ACLS ) در ایران پاسخگوی آموزش ندارد. برای نمونه انجمن قلب آمریکا ( AHA ) آموزش رسمی و اجباری را بر عهده دارد. در ایران آموزش ها پراکنده است و سازمانی عهده دار نیست و اجباری هم به آموزش مداوم وجود ندارد. آگاهی ها و توانائی ها براننده دندانپزشک نمی باشد. با توجه به پیش آمد اندک فوریت های پزشکی در مطب دندانپزشکی، آموزش مداوم سالانه یا دو سالانه باید اجباری و الزامی شود و دندانپزشک دست کم باید آموزش مداوم احیاء حیات ( CPR ) را انجام و به دستیاران آموزش هماهنگی دهد .

۲ - با توجه به نبود سازمان رسمی آموزش دهنده و پراکندگی انجام آن، پیشنهاد من برقراری یک ماه دوره عملی بیهوشی در اتاق عمل بیمارستان در سال پایانی دوره دندانپزشکی است. این آموزش عملی برای رزیدنت های جراحی دهان و فک و صورت در بیمارستان وجود دارد و پیامد این یادگیری نهادینه و درونی شده، آموزش های مداوم آینده را بسیار کارساز تر می کند. پیشنهاد من دست کم یک ماه آموزش عملی بی هوشی در اتاق عمل برای دانشجویان سال پایانی دوره عمومی دندانپزشکی است. این پیشنهاد بارها شفاهی و نوشتاری به بزرگان تقدیم کرده و خودم هم با توجه به بیش از یک سال دوره بی هوشی عمومی که در اتاق عمل داشتم داوطلب پیگیری بوده ام، ولی حتی یک قدم هم برداشته نشد، احساس می کنم روزمرگی همه گیر شده. البته پی گیری پیشنهاد من هم ممکن بود با موفقیت همراه نباشد ولی ارزش کوشیدن داشت .

۳ - با توجه به آن چه بیان شد. پیشنهاد من پیدا کردن راه حل شخصی برای آموزش کوتاه در اتاق عمل و حتی با پرداخت هزینه است . هم چنین تازه کردن یادگیری ها، و شرکت بیشتر در همین آموزش های پراکنده است .

## ۳۶ - بازنگری در احترام به محیط زیست

افزون بر بازنگری در آموزش همکاری دستیار در مدیریت فوریت های پزشکی که در عنوان پیش بیان شد، سهل انگاری در پاس و بزرگداشت و احترام به هدیه حیات و محیط زیست ( زیستگاه یا زیست بوم ) به بهانه یا دست آویز گرفتاری روزمره محل کار، از مهم های فراموش شده است. در مقدمه کتاب کنترل عفونت در دندانپزشکی که برای بهره همگان، روی تارنمای کتابخانه دانشکده دندانپزشکی شهید بهشتی است، سه نوع آسیب شغلی برای کارکنان دندانپزشکی بیان شده است :

- ۱ - آسیب فیزیکی مانند صدمه به مهره های گردن و کمر، اشعه، برق گرفتگی، آتش سوزی، سقوط، آلودگی صوتی .
- ۲ - آسیب شیمیایی مانند وجود بخارها و گازهای سمی در محل کار ( جیوه، بقایای آمالگام )، انواع مواد تمیز و ضدعفونی کننده، سرب داخل فیلم رادیوگرافی، داروهای ظهور و ثبوت، گازهای مواد بی هوشی و مانند این ها .
- ۳ - آسیب بیولوژیک مانند گسترش و انتقال میکروارگانیسم ها، بریدگی ( Cut ) و زخم سوزن ( Needle Stick )، و پسماند پزشکی ( Medical Waste )، و نکات زیست محیطی کنترل عفونت ( Greener Infection Control ) . در یک فصل کتاب پیشنهادها در باره کنترل عفونت با احترام به محیط زیست بیان شده است .

۴ - افزون بر سه مورد بالا، به باور من دست کم احتمال آسیب و آزردهی گذرای روحی، به سبب هنری بودن خود رشته تخصصی وجود دارد. پیشنهاد میکنم، همکاران دست کم یک رشته هنری را (مانند نقاشی، مجسمه سازی، موسیقی، خوشنویسی و مانند این ها ) در کنار هنر دندانپزشکی و دست کم در اندازه آماتور یا دوستدار هنر داشته باشند. با توجه به حساسیت بسیار خودم به احترام حرمت حیات و محیط زیست آن، به باورم یادگیری هنر به دندانپزشک لطافت و آراستگی بیشتر به ارزش حیات و محیط زیست آن را می دهد. انگیزه من از بیان احترام به حیات و محیط زیست، تنها تلنگری است برای توجه و بررسی ریزه کاری های آن. با توجه به این که در ایران هنوز شیوه نامه مدونی وجود ندارد و زباله های دندانپزشکی بیشتر مانند زباله های خانگی جا بجا می شوند، رعایت چند نکته ساده و ابتکاری و نوآوری می تواند، در احترام به حرمت محیط زیست کمک کند مانند :

- ۱ - کاهش پیامدهای نامناسب پسماندها، با پاس داشتن سه اصل ( 3 Rs ) ، کاهش تولید ( Reduce ) ، استفاده مجدد از وسایل ( Reuse )، و استفاده از مواد قابل بازیافت ( Recycle ). با وجود فواید استفاده از وسایل یک بار مصرف، تولید پسماند بیشتر از معایب این روش بیان شده و بنابراین، گزینش بستگی به هنر طیب در برابری خوبی و کاستی های هر کدام دارد .
- ۲ - شوربختانه، در زمینه حفظ محیط زیست در ایران قوانین محدود برای پسماند مطب و مراکز درمانی دندانپزشکی و حتی بیمارستانی وجود دارد. من پیشنهاد می کنم که دندانپزشک با آگاهی از گزند های زیست محیطی پسماند ها، کوشش به کم ترین

آسیب را داشته باشد. در ایران نیاز به ابتکار و نوآوری شخصی در مدیریت پسماند های مطب داریم و این فراهم نمی شود، مگر باور احترام به هدیه حیات و زیستگاه، در انسان نهادینه گردد. یک نمونه ساده بیان کنم، من زباله مطب را پس از قرار گرفتن در دو کیسه زباله ضخیم، خودم در ساعت نزدیک به برداشت ماشین های شهرداری در سطل زباله قرار می دادم، تا در دسترس افراد زباله گرد قرار نگیرد. در بسیار موارد دیگر هم نوآوری شخصی، به شرط باور سود مند و هدف من تنها تلنگری برای باور است.

۳ - تنها حدود ۳ در صد پسماند های دندانپزشکی خطرناک ( Regulated ) است، که قابل دفع در سطل زباله معمولی نیست که خود به دو نوع خطرناک غیر تیز ( Non-sharpe regulated ) و تیز ( Sharp regulated ) تقسیم می شود. پسماند خطرناک تیز ( مانند سوزن تزریق، بیستوری، فرز، فایل و ریمر، وسایل و کارتریج شکسته ) از میان انواع پسماند بیشترین خطر را دارند. وسایل تیز خطرناک که در ظروف مخصوص نفوذ ناپذیر به مایعات و مقاوم به سوراخ شدن است جمع شده، پس از دو سوم پرشدگی باید با باز کردن هواکش ( Vent ) ظرف دست کم دو بار اتوکلاو و سپس هواکش پس از خنک شدن باید بسته شود. توجه شود، هرگز حتی وسایل تیز استفاده نشده استریل را هم نباید مشابه پسماند عادی در سطل زباله معمولی قرار داد. پسماند های خطرناک غیر تیز ( Non-sharpe regulated )، مانند گاز همراه خون تازه یا خشک شده و بزاق، نمونه های بیوپسی، دندان های بیرون آورده شده که به بیمار داده نمی شود، در گروه خطرناک غیر تیز و دفع آن مشابه زباله خانگی نیست و باید در یک کیسه زباله مقاوم به نشت ( Leak resistant ) قرار داده شود، پیش از دفع در کیسه زباله دوم قرار داده شود. البته قرار بوده شهرداری این زباله های خطرناک مطب ها را جداگانه جمع آوری کند و برای آن هزینه ای هم دریافت می کند، ولی تا جایی که از همکاران پرسیدم، در بسیار موارد هزینه دریافت ولی تا کنون جمع آوری ویژه انجام نمی شود و همان گونه که پیشتر نوشتیم من خودم و در ساعت مناسب، بسیار نزدیک به برداشت ماشین های شهرداری در سطل زباله شهرداری قرار می دادم تا در دسترس افراد زباله گرد قرار نگیرد. روش امروزی از بین بردن پسماند های خطرناک و بیمارستانی، زباله سوزی مرکزی نسل جدید ( نسل سوم یا روتاری کلین یا کوره دوار ) و تولید برق از حرارت ایجاد شده است. خبر خوب انجام مراحل آن در ایران است.

حدود ۹۷ در صد دیگر پسماند دندانپزشکی، پسماند عادی ( Non regulated ) قابل دفع در سطل زباله معمولی است ( مانند دستکش، ماسک، گان، گاز بدون خون آلودگی، محصولات پنبه ای آغشته به مایعات دهان، پوشاننده های پلاستیکی و یک بار مصرف سطوح، وسایل یک بار مصرف پلاستیکی غیر تیز مانند آینه معاینه، بزاق کش پلاستیکی، سر سرنگ آب و هوا ) . پافشاری می کنم به زمان دفع پسماند، به گونه ای که پیشتر نوشتیم، باید مدیریت کرد تا به زباله گرد ها آسیبی وارد نشود.

۴ - دندان خارج شده ( چه یک تکه چه با جراحی تکه تکه )، پسماند خطرناک است و چنانچه حاوی آمالگام نباشد، می تواند در ظرف مخصوص مشابه وسایل تیز قرار گیرد، زیرا اگر حاوی آمالگام باشد هنگام اتوکلاو تولید بخار مضر جیوه می شود. اگر برای

آموزش در دانشکده، دندان بیرون آورده قرار است استفاده شود، اگر آمالگام دارد باید آمالگام را خارج و اتوکلاو کرد ( اتوکلاو تاثیر منفی در کیفیت کار آموزشی ندارد)، و اگر آمالگام ندارد به مدت دو هفته در محلول فرمالین ۱۰ در صد و یا ۳۰ دقیقه در محلول خالص گلوئاردئید قرار داده شود. توجه شود استریل کردن با حرارت خشک توصیه نمی شود ( اثر منفی در کیفیت کار آموزشی). چنانچه نیاز شود که دندان را به بیمار بدهیم ( Tooth Fairy )، دست کم ۱۰ دقیقه در محلول هیپوکلریت سدیم خالص غوطه ور کنیم و سپس در گاز استریل تحویل دهیم. من همیشه دندان های بیرون آورده شده را در محلول خالص هیپوکلریت سدیم که همان محلول مشهور وایتکس است قرار می دادم، هم ضدعفونی می شد و هم سفیدی مناسبی ایجاد می شود. اگر بیمار یا نزدیکان وی اصرار می کرد، داخل گاز استریل قرار داده تحویل می دادم.

۵ - نسوج برداشته شده به عنوان پسماند خطرناک غیر تیز و باید در محلول فرمالین ۱۰ در صد قرار داده شود

۶ - پافشاری می کنم، از قرار دادن وسایل تیز مانند تیغه بیستوری حتی استفاده نشده استریل در پسماند معمول خودداری شود.

۷ - محلول ثبوت دارای غلظت بالای نقره ( ۳۰۰۰ تا ۸۰۰۰ ppm ) است. غلظت نقره بالای ۵ ppm پسماند خطرناک و دفع آن از راه فاضلاب غیر قانونی و غیر اخلاقی است و باید در ظروف مخصوص جمع و برای بازیافت تحویل داده شود. مخلول ظهور مصرف نشده حاوی هیدرو کوئینون و ماده سمی است و مصرف نشده آن نباید در فاضلاب معمول ریخته شود ولی نوع مصرف شده آن را می توان در فاضلاب تخلیه کرد. امتیاز رادیوگرافی دیجیتال نداشتن این پسماند شیمیائی خطرناک است.

۸ - احترام محیط زیست، فزون بر دانش نیاز به باور دارد و هدف من، تلنگری برای نهادینه شدن بود. پیشنهاد می کنم، آخرین ویرایش کتاب کنترل عفونت در دندانپزشکی را از سایت کتابخانه دانشکده دندانپزشکی شهید بهشتی دانلود و فصل مربوط به پسماند پزشکی و نکات زیست محیطی ( Greener Infection Control ) را مطالعه و برای افزودنی ارشاد فرمائید.

۹ - همان گونه که در عنوان اول ( حرف اول و آخر ) نوشتم "Primum non nocere" گفتاری است شناخته شده، به زبان دیرین لاتین که به بقراط یا هیپوکرات حکیم یونان باستان (۳۷۰-۴۶۰ پیش از میلاد) نسبت داده می شود. این گفتار کوتاه، بیانگر پایه و بنیاد یکم در طبابت است که: " اول، آسیب نرسان First, do no Harm " در گذشته این گفتار برای پرهیز از صدمه طبیب به بیمار بیان شده بود، چه واگیری بیماری از بیمار به طبیب و از طبیب به محیط زیست ( زیستگاه یا زیست بوم ) هنوز شناخته نشده بود. اکنون مایلم گفتار کوتاه بقراط را این گونه به روز کنم:

**" هم به بیمار و هم به خود و هم به محیط زیست صدمه نزنیم "**

به باور راستین من، پاس احترام به حرمت هدیه حیات و زیستگاه از بایسته ترین بایسته ها است و تنها باید باور داشته باشیم.

## ۳۷ - سخن پایانی

۱- تمام نوشته‌هایم باور شخصی و درونی و قلبی است، چنانچه برای پاره‌ای از همکاران آزاردهنده بوده، خواهش می‌کنم من را به چالش کشیده تا گفتار و افکار تلطیف و یادگیری دو سویه گردد. به هر حال هر چه فریاد دارید بر سر من بکشید!!!

۲- با توجه به کمال‌گرایی (Perfectionism) باورمندم سلامت تام و تمام طبابت، روحانیت، و قضاوت برای پایداری سقف جامعه الزامی است. اگر چه هنوز اطباء سالم و اخلاق مدار بسیار داریم ولی بیشتر مسن و در شرف انقراض می‌باشند!!! شوربختانه در سال‌های تازه طبابت، از پیوند انسانی عاطفی گذشته به سوی پیوند حرفه‌ای اقتصادی و ماشینی رفته است، ولی بدون شک این دگرگونی برانزده و زیننده طبابت نمی‌باشد.

۳- بیشتر نوشته‌هایی که در عنوان‌های پیش آمد، بیان نگرش‌های رفتاری حرفه‌ای نامناسب در طبابت بود. اگر چه رفتار مناسب حرفه‌ای در گستره نوشته‌ها آورده شده ولی دلیل تمرکز بر رفتارهای نامناسب این است که به باور من سلامت حرفه‌ای همیشه باید باشد، و در واقع با طبابت Integrated و یا یکپارچه است و به باورم وجود آن افتخار و امتیاز نیست چه باید باشد. شوربختانه به انگیزه افول اخلاق نیکو، اکنون وجود آن امتیاز بزرگی شده و شوربختانه، گاهی برداشت حماقت و بی‌دست و پائی می‌شود.

۴- گواهی می‌دهم بیشتر دانشجویان و بویژه رزیدنت‌ها پس از پایان دوره، اطلاعات علمی و عملی بیشتری از من دارند و بویژه با شهامت بسیار جراحی‌های عمده را انجام می‌دهند. ولی چالش و دشواری من این است که آیا در موارد غیرضروری و بویژه توهم زیبایی بیمار را راضی به چشم پوشی از جراحی می‌کنند؟ آیا تمام Option یا گزینه‌های درمان را توضیح می‌دهند؟ آیا تنها یک روش مورد نگاه خود را تحمیل نمی‌کنند؟ آیا بیمار را تشویق به مشاوره می‌کنند؟ آیا پاراکلینیک‌های اضافی غیر ضروری را درخواست نمی‌کنند؟ آیا رضایت آگاهانه و آزادانه را رعایت می‌کنند؟ آیا مراحل و زمان و عوارض احتمالی را می‌گویند؟ و.....

۵- به دلیل ویژگی فراوانی رشته‌های تخصصی دندانپزشکی (بیش از دوازده رشته بالینی) و درمان‌های چند مرحله‌ای با فاصله زیاد نیاز به آگاهی دادن بیشتر به بیمار و نزدیکان وجود دارد تا از گمان بداندیشی آینده پرهیز گردد. نمونه‌های این موارد در متن و عنوان جداگانه ۱۳ بیان شد.

۶ - به موارد فراوان شتاب در تصمیم‌گیری طرح درمان، تنها بر پایه پاراکلینیک (بویژه پاتولوژی) برخورد داشته‌ام که گاه سبب جراحی‌های وسیع نادرست و یا وارونه شده است. برابری و سازش تمام یافته‌های پاراکلینیک باید با سایر یافته‌های بالینی برابر سنجی شود و سپس گزینش Logical یا معقول و منطقی انجام گیرد. نمونه‌ها در این زمینه با بیان گواه در متن آورده شده است.

۷ - محبوس شدن در رشته تخصصی و نگاه ماشینی هم در رشته‌های تخصصی پزشکی و هم رشته‌های فراوان تخصصی بالینی دندانپزشکی بسیار مشاهده می‌شود و شاید از ویژگی‌های عصر جدید باشد. این پدیده بیشتر از آن که به زیان بیمار باشد به زیان طبیب است که با حبس خود در این قفس خود را از گوارائی پرواز بی بهره می‌کند. همیشه به دانشجویان گفته‌ام: مغز ما این "توپ کوچک سحر آمیز" و این عالی‌ترین و روشن‌ترین هدیه و پدیده خلقت در کره زمین (و شاید عالم هستی) که در قفس سخت و تاریک خانه جمجمه جای داده شده، باید از قفس تاریک پرواز یا طیران دهیم تا برسیم به بیان زیبای سعدی:

"طیران مرغ دیدی تو زپای بند شهوت      به در آی تا ببینی طیران آدمیت"

۸ - فراوانی رشته‌های تخصصی دندانپزشکی و پزشکی سبب هم پوشانی Overlapping و اختلاف شدید در جراحی‌های زیبایی ناحیه صورت بویژه راینوپلاستی شده که راه حل پیشنهادی پذیرای چالش را در عنوان جداگانه ۳۰ بیان کردم. هم چنین با توجه به نیاز همکاری بین رشته‌های تخصصی دندانپزشکی و بین دندانپزشکی و پزشکی، در عنوان جداگانه ۳۱ رفتار حرفه‌ای بین رشته‌ای (Interdisciplinary و Multidisciplinary) با بیان مصداق (گواه) آورده شده است.

۹ - با توجه به توانائی رسانه‌های مجازی فراوان (البته زندگی واقعی بیشتر مجازی و رسانه‌های مجازی بیشتر واقعی شده) گاهی برای تبلیغ توسط اطباء افراطی استفاده می‌شود که نگاه خودم را در عنوان جداگانه (مورد ۱۸ اخلاق حرفه‌ای رسانه‌ای) بیان کردم. می‌دانم بسیار همکاران جوان‌تر و حتی هم سن، در این زمینه با من مخالف می‌باشند، دوباره یادآوری می‌کنم هر چه فریاد دارید سر من بکشید!!! خواهش و التماس می‌کنم من را در زمان حیات به چالش بکشید تا در ممات به غیبت و بدگوئی.

۱۰ - در پایان مایلم از استاد برجسته دوران رزیدنسی خودم، زنده یاد دکتر لاری پیترسون (Larry j Peterson) که رزیدنت‌ها به سبب ویژه بودن، به کوتاه پیت (Pete) نامیده می‌شد، جمله‌ای ارزنده و آموزنده که در مقدمه کتاب معروف خود

"جراحی دهان، فک و صورت نوین" آورده را بدون کم و کاست یادآوری کنم:

"In The Introduction To His Classic Text, Contemporary Oral And Maxillofacial Surgery, Pete Wrote, "To Be Excellent, A Surgeon Must Be Technically Skilled But Must Also Have Strong Components Of Humanism, Kindness, And Compassion."

گزیده اینکه " اگر چه برای جراح مهارت و تکنیک جراحی لازم است، ولی برای پزشک یا جراح ممتاز بودن، انسان‌گرایی، محبت، و دلسوزی الزامی است .



با یاد استاد گرامی دوران رزیدنسی این مجموعه را که بیشتر افکار شخصی بود، پایان می‌دهم.

مسعود یغمائی

معلم پژوهشکده و بخش جراحی دهان، فک و صورت دانشکده دندانپزشکی،

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

ویرایش سوم : بهار ۱۴۰۵ ( ۲۰۲۶ )

[masyaghmaei@gmail.com](mailto:masyaghmaei@gmail.com)

[masyaghmaei@sbmu.ac.ir](mailto:masyaghmaei@sbmu.ac.ir)

Cell : 09121115426