

مهم های فراموش شده در رفتار حرفه ای طبابت

The forgotten values of medical professional behaviour

نوشته : مسعود یغمائی

استاد 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 (USA) 1981 .



مهم های فراموش شده در رفتار حرفه ای طبابت

The forgotten values of medical professional behaviour

مقدمه

- ۱- کاهش لطافت در طبابت . صفحه ۵
- ۲- کاهش توجه به اهمیت رضایت آگاهانه (Informed Consent) . صفحه ۸.
- ۳- افزایش پاراکلینیک های غیر ضروری . صفحه ۱۷
- ۴- افزایش درمان های غیر ضروری . صفحه ۱۹
- ۵- بزرگ نمایی درمان های ضروری . صفحه ۲۰
- ۶- بیان و تحمیل یک طرح درمان . صفحه ۲۱
- ۷- عجله در قضاوت و اظهار نظر و تشخیص . صفحه ۲۳
- ۸- عجله در تصمیم طرح درمان بر پایه پاراکلینیک . صفحه ۲۶
- ۹- بالا بردن توقع بیمار با اغراق نتایج اعمال جراحی موثر در زیبایی . صفحه ۲۷
- ۱۰- آگاهی بیمار و نزدیکان از درمان های چند مرحله ای با فاصله (فواصل ، مراحل ، هزینه) . صفحه ۲۸
- ۱۱- کاهش توجه به دستورات و راهنمایی های پس از درمان و جراحی . صفحه ۲۹
- ۱۲- عدم توجه به ارجاع و مشاوره درست . صفحه ۳۰
- ۱۳- معرفی نامناسب دندانپزشکی در سطح جامعه . صفحه ۳۲
- ۱۴- کاهش توجه به دوره های عمومی، درکنار دوره های رزیدنسی و فلوشیپ . صفحه ۳۵
- ۱۵- اهمیت اخلاق حرفه ای رسانه ای . صفحه ۳۶
- ۱۶- محبوس شدن در رشته تخصصی . صفحه ۳۷
- ۱۷- توجیه مشکل بیمار با دانسته های خودمان . صفحه ۳۸
- ۱۸- پرهیز از نگاه ماشینی . صفحه ۴۰
- ۱۹- رفتار حرفه ای نسخه و گواهی نویسی صفحه ۴۱
- ۲۰- رفتار حرفه ای در بیمارستان . صفحه ۴۴
- ۲۱- رفتار حرفه ای امور مالی . صفحه ۴۵
- ۲۲- رفتار حرفه ای در بدگویی و نارضایتی بیماران از سایر همکاران . صفحه ۴۶
- ۲۳- پرهیز از غرور، تکبر، خود بزرگ بینی . صفحه ۴۷
- ۲۴- سلطه و چیرگی تفکر درمانی . صفحه ۴۸
- ۲۵- چیرگی تفکر درمان های تهاجمی و گسترده . صفحه ۴۸
- ۲۶- رفتار حرفه ای در هم پوشانی (overlapping) رشته های تخصصی صفحه ۴۹
- ۲۷- سخن پایانی صفحه ۵۱

مقدمه

نکاتی که در این مختصر می‌آید، اگر چه بسیار بدیهی و روشن است، شوربختانه در سال‌های تازه بویژه به دست همکاران جوان به غفلت و فراموشی سپرده شده و انگیزه من از این نوشته یادآوری بدیهیات است. بیان چند نکته پیش از سرآغاز را لازم میدانم:

- ۱ - اگر چه از نقطه نظر تکنیکی و علمی بسیاری از دانشجویان پس از پایان دوره، توانایی بیشتری از اساتید خود دارند ولی شوربختانه به نظر من در سالهای اخیر بسیاری از رفتارهای درست حرفه‌ای گذشته دچار کاهلی و سهل‌انگاری و بی‌توجهی و غفلت و فراموشی شده است. در این نوشته مختصر مایلیم این نکات را همراه نگرش خود و به همراه نمونه توضیح دهم. قسم می‌خورم قویا به آن معتقد و موارد نا آگاهی خودم را نیز بیان خواهم کرد.
- ۲ - اکنون خوشبختانه برخی از همکاران رفتار اخلاقی و حرفه‌ای را به شکل ایده‌آل یا نزدیک به آن پاس میدارند ولی شوربختانه در حال انقراض و برجیده شدن می‌باشند.
- ۳ - قویا باور دارم که سلامت اخلاقی 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 را پاسخگو و گناهکار میدانند ولی به نظر من چنانچه اندک خواه و صبور باشیم و خوبی‌های گذشته طبابت را با امکانات تکنولوژی جدید در هم 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 به دست می‌آید.
- ۴ - واژه‌های Legal (قانونی، حقوقی)، Ethic (اخلاق)، Moral (اخلاق سرشتی) اگر چه به هم نزدیک و حتی به جای یکدیگر استفاده می‌شود ولی معنی هم پایه ندارند. واژه Legal به معنی قانون نوشته‌وا بسته به علم حقوق و قضائی است، در حالیکه دو واژه Ethical و Moral اگر چه هر دو به معنی اخلاق است اما Ethics مرتبط است بر پایه قوانین و اصول توصیه شده با سرچشمه بیرونی مانند اخلاق حرفه‌ای و محل کار و، به مانند آن‌ها اما Moral معنی اخلاق با سرچشمه درون و سرشتی شخصی است و به نظر من مهمترین است و معمولا نباید در تضاد با دو واژه دیگر باشد. در موارد بروز تضاد یا دوگانگی رعایت احترام به مفهوم Moral ارجح و برتر است.
- ۵ - بسیاری از همکاران با نگاه من به آنچه در این نوشته‌ها خواهد آمد هم دل هستند. فکر می‌کنم برخی از همکاران جوان اگر چه رعایت احترام ظاهری کرده و مخالفت خود را بیان نمی‌کنند ولی در درون موافق نیستند. توصیه من این است که نظرات مخالف و چالشی خود را حتما بیان کنند تا سبب تلطیف افکار گردد.

- ۶ - انتخاب عناوین این مجموعه بر مبنای نظر و خصوصیات کمال گرایی اینجانب بوده است . آرزوی جامعه مطلق سالم و اخلاق مداری دارم که مفهوم این سه واژه Moral، Ethical، Legal با هم یکی و یا حداقل نزدیک شوند .
- ۷ - نگارش این مجموعه را در دوران پاندمی COVID-19 (اسفند ۱۳۹۸ تا شهریور ۱۳۹۹) انجام دادم . سپس از بویژه پرستاران و پزشکان و شاغلین بیمارستان های درمان کننده گرفتاران این بیماری الزامی است . بسیاری از بزرگان از ترس احتمال دچار شدن حتی یک بار هم برای روحیه دادن بیماران در بیمارستان حاضر نشدند . اگر چه نوشته های این مجموعه بیشتر بیان نکات منفی است ، هرگز به مفهوم نبودن فداکاری و انسانیت نیست، بلکه به نظر من ویژگی های عالی انسانیت و حکمت با طبابت یکپارچه (integrated) است که باید مطلق و گسترده باشد و نه محدود .
- ۷ - ویراستاری حرفه ای نوشته ها انجام نشده ، چه انگیزه رساندن مفهوم بوده است، بنابراین انشاء نوشته ها ممکن است دارای کاستی باشد . یاد آوری و گوشزد موجب اصلاح و استقبال و تشکر اینجانب است . با توجه به اینکه تایپ و صفحه آرایی را خودم با تجربه اندک انجام داده ام ، شاید با کاستی همراه باشد . کوشش در بکارگیری واژگان فارسی داشته ام ، سپس چنانچه نمونه مناسب تر یادآوری گردد .
- ۸ - گفتگوی موافق و مخالف با نظر اینجانب را به شدت استقبال می کنم و ناگزیر برای کامل شدن این مجموعه می دانم . قرار دادن روی وب سایت دانشکده بر پایه همین نگرش بوده است . از سرکار خانم منصوره دمیرچی رئیس کتابخانه دانشکده دندانپزشکی شهید بهشتی که این امکان فنی را میسر نمودند تشکر بسیار دارم .
- ۹ - در خاتمه از دانشمند فرهیخته سرکار خانم دکتر آزینا تهرانی استاد دانشکده و معاونت محترم پژوهشی دانشکده که با مطالعه مجموعه امکان استفاده از وب سایت دانشکده را پدید آوردند سپاسگزاری بسیار دارم .

مسعود یغمائی

استاد پژوهشکده و بخش جراحی دهان ، فک و صورت دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی .

پائیز ۱۳۹۹ (2020)

masyaghmaei@gmail.com

masyaghmaei@sbmu.ac.ir

۱ - کاهش لطافت در طبابت

یاد آوری چند نمونه برای ارائه منظوم کمک کننده 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 را به خاطر 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 . شکی ندارم پزشک عمومی و متخصص امروزی ده ها برابر طبیب پنجاه سال قبل دانش علمی بیشتری دارد ولی عجله و نیز امکانات بررسی پاراکلینیک، معاینات بالینی و تهیه تاریخچه را شدیداً کاهش داده است . به نظر من ، حتی اگر تشخیص با آزمایشات لابراتواری و انواع تصویر برداری میسر باشد ، تماس کلامی و لمسی با بیمار الزامی است هم برای پیوند دادن یافته های پاراکلینیک با یافته های بالینی و هم برقراری ارتباط عاطفی با بیمار . در گذشته ، زمانی که نزد طبیب متخصص قلب و گوارش می رفتیم دقایق بیشتر گفتگو و معاینه وجود داشت و همین اجبار برای تشخیص، سبب برقراری ارتباط خوب میان بیمار و طبیب و افزایش تاثیر درمان می شد .

۲ - نمونه دیگر ، چند ماه پیش خانمی میانسال را در دانشکده معاینه کردم . ایشان دو سال قبل تحت جراحی بالا بردن کف سینوس سمت راست به همراه Bio - Oss و قرار دادن یک ایمپلنت در ناحیه مولر دوم راست بالا قرار گرفته بود . با وجودیکه ماده Bio - Oss فقط در اطراف ایمپلنت مشاهده می شد ولی ایمپلنت از نقطه نظر بالینی محکم بود . بیمار پس از جراحی بالا ، دچار علائم درد پخش شونده تا ناحیه مفصل گیجگاهی فکی راست و دیسکوزی در ناحیه راست فک بالا با شدت و ضعف بود . به دلیل انتشار علائم تا ناحیه مفصل راست برای بیمار از یک سال قبل 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 توسط پرودونتیست هم دندان را غیر قابل نگاهداری اعلام نمود . به هر حال با توجه به طولانی بودن علائم درد و پارسیزی و اضافه شدن عوامل روحی روانی توصیه شد به عنوان متهم ردیف یک مولر اول راست بالا خارج شود . جالب اینکه عمده علائم از بین رفت و با توصیه بخش پروتز استفاده از نایت گارد متوقف شد . چند ماه بعد بیمار برای معاینه بخش پروتز ثابت به دانشکده مراجعه نمود . من با رزیدنت ها کارگاه طولانی داشتم ، با این وجود در استراحت کوتاه کلاس بیمار را به بخش پروتز ثابت بردم و شرح ماجرا را گفتم و از بیمار خواهش کردم با توجه به اینکه 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 منزل برگشتم و گوشی موبایل خود را روشن و مشاهده کردم بیمار پیام صوتی مفصل 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 نقطه نظر 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 عکس های متعدد دلیل بیماری عمده ایشان و حتی فکر جدی بدخیمی کرده بود و نیامدن من به دلیل کلاس را هم با همین برخورد مرتبط دانسته بود . پس از حدود یک ساعت صحبت با ایشان و اطمینان دادن مشکل حل شد . نکته بسیار کوچک ولی فراموش شده در رفتار حرفه ای با این بیمار این است که پارستری و درد مبهم پراکنده و مزمن (بیش از سه ماه) میتواند موجب برهم خوردن سلامت روح و روان شود و بنابراین اول باید بی اهمیتی علائم گذشته را به بیمار توضیح میدادند تا از جمع شدن دانشجویان و عکس گرفتن که در دانشکده مرسوم والبتة با اجازه بیمار بدون اشکال است برداشت بیماری خطرناک نشود .

۳ - من یک نمونه تجربه شخصی خود را در بخش جراحی بیان کنم . موارد متعدد دانشجویان به من مراجعه و از عدم موفقیت در بدست آوردن بی حسی موضعی در بیمار خود گزارش کرده و درخواست میکردند من برای بیمار تزریق بی حسی را انجام دهم . طبیعی است در این حالت چند دانشجو هم دور بیمار جمع می شدند . من پس از پوشیدن دستکش در برخورد با بیمار اول سلام کرده و به ایشان میگفتم که اگر ناراحت نمی شوید من برای دانشجویان توضیح دهم . حتی یک مورد هم به یاد ندارم که بیمار اجازه توضیح آموزشی به دانشجویان را نداده باشد و حتی تصور میکنم بیمار احترام بیشتری برای من گذاشته و شک ندارم همین برداشت سبب تاثیر بهتر تزریق بی حسی موضعی گردد .

۴- صحبت از بی حسی موضعی شد ، نمونه ساده دیگری را بیان کنم . انجام بی حسی موضعی در نقاط مختلف دهان احساس متفاوت برای بیمار ایجاد میکند. انتظار بیمار از موفقیت بی حسی موضعی، بی حسی و یا گزگز لب و زبان است، در حالیکه تزریق بی حسی در برخی نقاط دهان بی حسی نسج نرم مانند لب و زبان را ایجاد نمی کند . نمونه بی حسی موضعی ناحیه دندان عقل یا مولر های بالا است که فقط بی حسی ناچیز در گونه ایجاد می کند . چنانچه این مطلب به بیمار گفته نشود با ذهنیت عدم تاثیر بی حسی موضعی ممکن است واکنش نشان دهد ، بویژه اینکه بیمار فشار ضمن کار را حس کرده و چون بی حسی نسج نرم وجود ندارد ، اظهار عدم تاثیر بی حسی موضعی کرده و ممکن است به اشتباه تزریق تکرار شود ، در حالیکه دلیل اصلی عدم توضیح به بیمار در مورد :

الف - نبود بی حسی 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 علیرغم بی حسی که باید به بیمار توضیح داده شود و بداند که این حس طبیعی است .
 من خودم همیشه پس از پوشیدن دستکش از روی شان استریل با انگشت فشار ملایم وارد و به بیمار می گفتم این حس ضمن کار طبیعی است . توضیح اینکه بی حسی موضعی روی رشته های مختلف عصبی بر مبنای ضخامت و داشتن و یا

نداشتن میلین تاثیر متفاوت دارد . طبیعی است رشته های عصبی نازکتر و بدون میلین زودتر تحت تاثیر بی حسی موضعی قرار می گیرد بر همین 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 نکات بالا ، آگاهی دادن درست به بیمار در ارتباط با انتظار حس لمس و لرزش و فشار الزامی است . اگر چه چند نمونه ساده در ارتباط با کاهش لطافت در طبابت بیان شد ، موارد مشابه بسیار زیاد است و فقط با چند دقیقه وقت به راحتی قابل اصلاح است . سلام کردن با تبسم طبیب پیش از معاینه در بیمار احساس راحتی بیشتری ایجاد میکند . البته در صورت صحبت های زیاد و بی ارتباط با تشخیص لازم است مودبانه و هنرمندانه روش مکالمه را به سوی مناسب برد . به نظر من هیچ دوگانگی میان پیشرفت های جدید و رفتار های پسندیده حرفه ای گذشته نیست و پیوند خوبی های سنت با تکنولوژی های تازه یکی از مهم های فراموش شده امروزی است .

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

به نظر من از میان مهم های غفلت شده طبابت امروزی در ایران ، عدم توجه به اهمیت تهیه رضایت آگاهانه و آزادانه دارای اهمیت بیشتری است. بدست آوردن آگاهی ها و جزئیات فراوان در این زمینه با یک جستجوی اینترنتی به زبان فارسی و انگلیسی به راحتی دست یافتنی است ، ولی ما یلم نظرات خودم را در ابتدا با بیان چند نمونه توضیح دهم :

۱ - با توجه به اینکه بروز اختلالات حسی بویژه در ناحیه لب پائین، عمده ترین دلیل ناراحتی و شکایت بیماران است ، در مقدمه کتاب " بررسی بالینی کانال ماندیبولر " این مورد را توضیح دادم که در موارد احتمال بروز این عارضه یعنی اختلال حسی لب پائین حتما باید به زبان ساده و بدون استفاده از واژه های علمی انگلیسی به بیمار توضیح داده شود .

به دفعات در بخش جراحی دانشکده از دانشجویان و رزیدنت ها این پرسش را داشته ام که چرا بیان احتمال بروز عارضه اختلال حسی لب پائین در جراحی های مجاور آن (مانند خارج کردن دندان مولر سوم نهفته و حتی روئیده) الزامی است ؟ . پاسخ همه موارد زیر بوده است :

- الف - اگر این عارضه رخ داد بیمار و خانواده از نظر قانونی شاکی نشوند .
- ب - بیمار و خانواده با عمل کننده همکاری بیشتر در طی مراحل بهبودی داشته باشد .
- ج - آمادگی و پذیرش بهتر بیمار و خانواده با این عارضه و برخورد بهتر در معاینات پی گیری بعدی .
- اگرچه تمام موارد بالا درست است ولی به نظر من مهمتر از همه آنها فرهنگ سازی تدریجی در سطح جامعه برای شنیدن حقیقت است و این نکته یک مهم فراموش شده در طبابت امروزی در کشور ما است . در دوران رزیدنسی در آمریکا ، موظف بودیم به تمام بیمارانی که برای 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 نحوی که احساس آن را به خوبی درک کنند بیان میکردیم و جالب اینکه پذیرش راحت و خوبی داشتند و با شنیدن احتمال عوارض جراحی برآشفته نمی شدند . شکی ندارم دلیل این پذیرش خوب عادت به شنیدن حقیقت احتمال حتی اندک بروز عوارض جراحی از تمام عمل کننده ها است .
- بیشتر دانشجویان و همکاران تصور میکنند، گرفتن رضایت نامه برای حفظ اطمینان و حق عمل کننده است ، در حالیکه رضایت آگاهانه و آزادانه در درجه اول حق بیمار است . من شدیداً معتقدم حق بیمار و حق طبیب در تضاد با هم نیست و حتی اگر در لحظه ای تصور کنیم در تضاد و تقابل قرار گرفته حتما حق بیمار باید در اولویت باشد . همان گونه که بیان کردم ارتقاء تدریجی فرهنگ جامعه در پذیرش حقیقت احتمال بروز عارضه از وظایف عمده پزشکان است . اگر تمام اطباء تهیه رضایت نامه آگاهانه را به صورت معمول و روزمره انجام دهند ، فرهنگ پذیرش شنیدن عوارض احتمالی با سرعت بیشتر به دست میاید . خاطر من هست در سال های دانشجویی اگر برای بیمار بیوپسی انجام میدادیم ، تصور میکرد

که سرطان دارد . اما با روزمره شدن انجام بیوپسی این تفکر تا حد زیاد اصلاح شده است . همین روش برای برخورد بهتر بیماران و خانواده آنها با شنیدن عوارض احتمالی ضروری است . امیدوارم روزی بیماران خود اصرار به شنیدن عوارض احتمالی طرح درمان و روشهای جایگزین داشته باشند ، چه همان گونه که بیان شد رضایت آگاهانه حق مسلم بیماران و نزدیکان وی است .

۲ - دو واژه عارضه (complication) و سهل انگاری (negligence) با هم کاملاً متفاوت است . طیب و جراح موظف به بیان عوارض (complications) احتمالی است و نه سهل انگاری (negligence) چه عوارض علیرغم همه دقت ها و ظرافت های عمل کننده میتواند رخ دهد (مانند جراحی دندان عقل پائین مجاور کانال ماندیبولر) (شکل ۱) ، در حالیکه در جراحی دندان عقل پائین نباید اختلال در عملکرد عصب زبانی ایجاد شود و در صورت بروز و ماندگاری بیش از یک سال معمولاً حکم به سهل انگاری (negligence) داده میشود . بنابراین برای تهیه رضایت آگاهانه توضیح فقط در ارتباط با عوارض احتمالی است و پزشک در برابر سهل انگاری مسئول و پاسخگو است .

عصب زبانی در ناحیه مولر سوم پائین متوسط حدود ۲/۵ میلیمتر (۰/۷ ± میلیمتر) در مدیال کورتکس لینگوال است ، البته در برخی اندازه گیری ها این فاصله حدود ۰/۶ میلیمتر از کورتکس لینگوال در ناحیه مولر سوم ذکر شده و به عبارت دیگر بسیار به کورتکس لینگوال مولر سوم نزدیک است (شکل ۲) . هم چنین عصب زبانی معمولاً ۲/۸ میلیمتر (± ۱ میلیمتر) پائین تر از لبه یا کرت 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 لزوماً سهل انگاری (negligence) در نظر نگرفته و به عنوان عارضه (complication) بیان میکنند .

دریک بررسی اینترنتی که انجام دادم ، در آمریکا موارد شکایت بیماران از اختلال حسی عصب زبانی پیرو جراحی دندان عقل ، رای دادگاه در صورت دائمی بودن (بالای ۶ ماه تا یک سال) بیشتر سهل انگاری جراح بوده است . من ترجیح میدهم سهل انگاری (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 + ترشحات غدد بزاقی زیر زبانی و زیر فکی) . بنابراین صدمه به عصب زبانی بسیار ناراحت کننده تر از حتی اختلال حسی عصب دندان تحتانی 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 دندان تحتانی است ، چه دو انتها در نسج نرم است در حالیکه در عصب دندان تحتانی امکان ترمیم در مسیر کانال (چنانچه مسدود نباشد) فراهم و امکان پذیر تر است .

ج - با توجه به موارد بیان شده بالا ، به نظر من بروز اختلال حسی زبان در جراحی دندان عقل پائین بهتر است سهل انگاری (negligence) در نظر گرفته شود تا هنگام جراحی با احترام بیشتری با آن برخورد شود . همان گونه که بیان شد در بیشتر پرونده های صدمه به عصب زبانی در صورت ماندگاری (۶ تا ۱۲ ماه) حکم صادره دادگاه سهل انگاری جراح بوده است . البته در جراحی های وسیع مانند تومورهای شامل ناحیه رترومولر که نیاز به برداشت وسیع و فدا کردن (sacrifice) عصب زبانی است ، عارضه (complication) می باشد و باید به بیمار اثرات اختلال عصب زبانی مانند حس یک سوم ناحیه قدامی زبان و بویژه از بین رفتن حس چشائی که ناراحت کننده تر است توضیح داده شود و رضایت آگاهانه بدست آید ولی در مورد جراحی دندان عقل پائین نباید به بیمار این احتمال گفته شود چه قرار نیست و نباید رخ دهد . عصب زبانی (شکل ۲) پس از مجاورت وحتى تماس با کورتکس لینگوال دندان عقل پائین به سمت مدیال است و در واقع با سایر دندان های مولر و پرمولر فاصله میگیرد و محتمل ترین نقطه احتمالی صدمه در ناحیه 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 حتما با برش کوچک مخاط برای خروج دندان داده شود ، در غیر اینصورت 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 به عنوان عادت ، 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 برمیگردد و نیاز به دستکاری بعدی نمیباشد .
- ۷- چنانچه جراحی دندان عقل پائین زیر بیهوشی انجام میشود ، لازم است از فشرده شدن مخاط لینگوال هنگام استفاده از رتراکتور زبان (weider) پرهیز گردد .

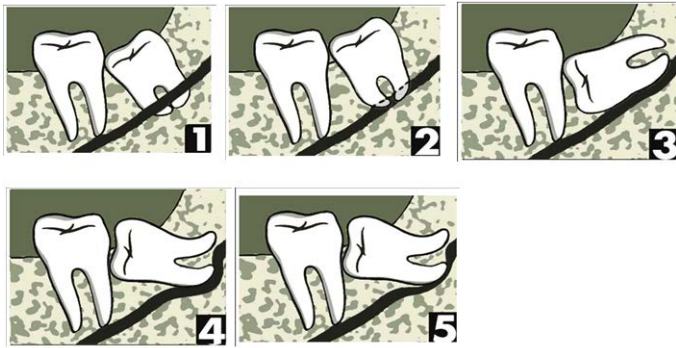
در صورت بروز اختلال حسی ناحیه عصب زبانی پس از جراحی دندان عقل پائین ، توصیه من برداشتن زودرس بخیه ها جهت آزاد شدن فلپ می باشد . به دلیل اهمیت ، تکرار میکنم فقط احتمال عوارض درمانی و جراحی (complications)

باید به زبان کاملاً قابل درک به بیمار گفته شود ولی موارد سهل انگاری (negligence) نباید گفته شود چه این مورد نباید اتفاق افتد و در صورت بروز در واقع کوتاهی و قصور (malpractice) به حساب می‌آید. روش بیان احتمال عوارض هم خیلی مهم است و معمولاً در کتب این روش‌ها بیان نشده چرا که بر حسب مورد (خود بیمار و خانواده و نوع احتمالی عوارض) متفاوت و طبیب باید با ظرافت و لطافت و هنر خود روش بیان را انتخاب کند .

البته اصولی هست که حتماً باید رعایت شود که مهمترین آن استفاده نکردن از واژه‌های انگلیسی و علمی است و در واقع باید نوعی بیان شود که کاملاً توسط بیمار و همراهان درک شود . توصیه می‌کنم هنگام بیان عوارض احتمالی ، نزدیکان همراه وی حضور داشته شوند (مگر مواردی که بیمار بالغ و مایل نباشد) و به حاضرین فرصت داده شود هر پرسشی دارند حتماً بپرسند . 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 با این بیان به بیمار توضیح میدهم :

” در حال نشان دادن رادیوگرافی ، محل 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 فقط حس نه حرکت . نوک ریشه موقع خروج ممکن است یک تماس با آن پیدا کند . حتی همین تماس کوچک میتواند در عمل آن تاثیر و شما در لب پائین حسی مشابه زمانی که قبلاً بی حسی داشته اید و یا زمانی که بی حسی در حال از بین رفتن است و گزگز میکند داشته باشید و یک لکه بی حسی در لب و چانه احساس کنید که البته خودتان احساس می‌کنید و حرکت نیست . این لکه بی حسی یا گزگز معمولاً به تدریج کوچک شده و طی 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 تا به حال پرواز داشته‌ام و اگر این اتفاق می‌افتاد اینجا نبودم ولی صد در صد نمیتوانم بگویم احتمال صفر است . ”

من رضایت آگاهانه را در حد شفاهی و برقراری اطمینان دو طرفه برگزار می‌کردم ولی بهتر است در یک برگه همراه امضاء بیمار و 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 پرسیدن تمام سئوالات امضاء کند . البته امضاء رضایت نامه آگاهانه بیانگر انجام وظیفه پزشک است و جلوی انکار را می‌گیرد . البته رضایت آگاهانه دلیل مصونیت پزشک در برابر سهل انگاری و قصور (negligence = malpractice) نیست .



شکل ۱ - ۵ یافته در رادیوگرافی پانورامیک در ارتباط با چگونگی ارتباط دندان عقل پائین با کانال دندانی تحتانی
۱- رویهم افتادگی یا superimposition

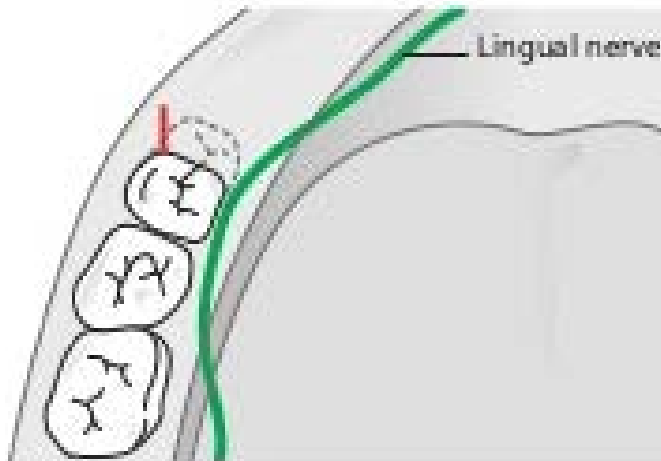
۲ - افزایش رادیولوسنسی

۳ - انقطاع در دیواره رادیوپیک کانال

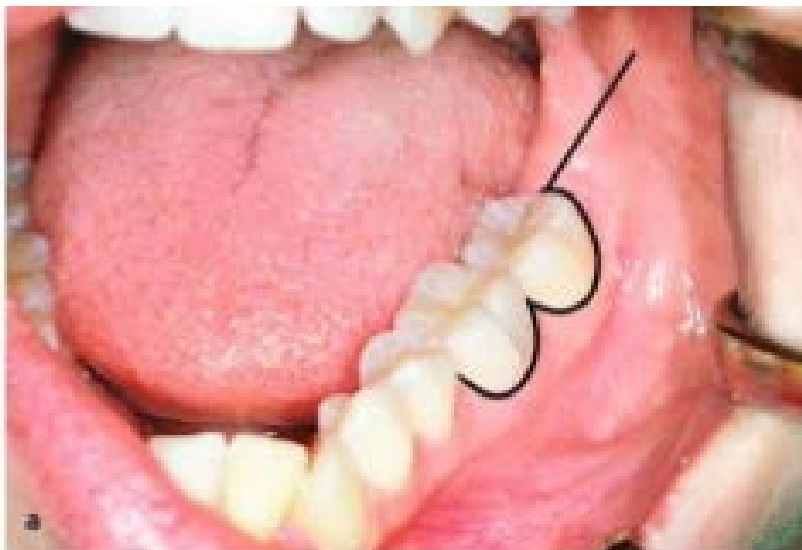
۴ - انحراف کانال یا deviation

۵ - باریک شدن کانال یا narrowing

-



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



۳ - طرح فلپ مناسب برای جراحی دندان عقل پائین . معمولاً حدود ۱۰ میلی متر انسزیون دیستال مولر دوم کفایت می کند . برش طولانی می تواند موجب قطع عضله باکسیناتور و خونریزی از شریان باکال شود . تمایل لاترالی انسزیون ضمن سهولت آزادی فلپ ، سبب پرهیز از صدمه عصب زبانی می شود . توصیه می کنم بلافاصله پس از کنار زدن فلپ یک wedge مناسب مخاطی از دیستال مولر دوم برای پرهیز از ایجاد پاکت پرپودونتال برداشته شود .

نکات مهم در رضایت آگاهانه و آزادانه

- ۱ - سهیم کردن بیمار و نزدیکان وی در طرح درمان است .
- ۲ - تاثیر مناسب در نتایج بالینی و روانی پس از جراحی دارد .
- ۳ - حق بیمار است . اگرچه به نظر من حق بیمار و طبیب در تضاد با هم نمی باشد . حتی در صورت تضاد حق بیمار در اولویت است .
- ۴ - اساسی ترین و کلیدی ترین مفهوم در اخلاق پزشکی است .
- ۵ - در رضایت آگاهانه و آزادانه بیمار یا قائم مقام وی از طرح درمان، فواید و عوارض احتمالی مطلع می شود .
- ۶ - رضایت آگاهانه و آزادانه ابطال پذیر است .
- ۷ - رضایت بدون آگاهی مفهوم اخلاقی و حقوقی خود را از دست می دهد .
- 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 همان گونه که در صفحات قبل بیان شد ، احتمال اختلال حسی لب پائین نباید با واژگان پزشکی مانند انستزی و یا پارستزی بیان شود ، بلکه احساس حالت برای بیمار توضیح داده شود . روش بیان در صفحات پیش آورده شده و تکرار نمی شود . عمده صدمات احتمالی مرتبط با اعصاب حسی و بویژه شاخه های حسی عصب ماندیبولر است . خوشبختانه صدمات اعصاب حرکتی مانند عصب صورتی در جراحی های دهان، فک و صورت بسیار نادر است (بجز جراحی های پاروتید و مفصل گیجگاهی فکی و برخی جراحی های زیبایی) . در مورد اعصاب حرکتی عضلات جونده (همگی از شاخه حرکتی عصب ماندیبولر است ، بجز بطن خلفی عضله دو بطنی که از عصب فاسیال یا صورتی حرکت می گیرد) با توجه به عمق قرار گیری خوشبختانه در معرض صدمه در جراحی های دهان، فک و صورت نمی باشد . با توجه به فراوانی جراحی های ایمپلنت بیمار حق دارد فاصله زمانی انجام جراحی تا بهره برداری نهایی را بداند . این نکته به ویژه در اعمال جراحی آماده سازی (مانند بالا بردن کف سینوس) که تا بهره برداری از ایمپلنت زمان طولانی تری باید صبر 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 می گیرد عوارض و پرسش های مهم مانند نتیجه جراحی، کیفیت زندگی پس از جراحی، خطرات عدم انجام جراحی، و طول عمر پس از جراحی همیشه مطرح و باید پاسخ داده و در متن رضایت نامه آورده شود . در جراحی های دهان، فک و صورت متن رضایت نامه 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 - فقط در موارد اورژانس واقعی (خطر انسداد راه هوایی و خونریزی) درمان بدون رضایت نامه مجاز است .

۱۲ - رضایت آگاهانه می تواند در موارد رضایت ترک بیمارستان (علیرغم توصیه پزشکی) با میل و مسئولیت شخصی باشد .

۱۳ - خلاصه کنم : رضایت آگاهانه (**Informed consent**) به معنای اجازه و اذن بیمار به پزشک جهت تصرف در بدن او جهت درمان است که لازمه آن، ارائه اطلاعات مربوط به بیماری به بیمار توسط پزشک و فهم آن توسط بیمار است. ارائه اطلاعات باید به بیماری صورت گیرد که ظرفیت تصمیم گیری و فهم اطلاعات مربوطه را دارد و پیامدهای ناشی از تصمیم گیری خود را درک می کند. تصمیم گیری بیمار به دور از هرگونه فشار یا فریب یا اجبار صورت می گیرد و بیمار در تصمیم گیری خود کاملاً داوطلبانه و آزادانه عمل می کند.

۱۴ - موارد نیاز به رضایت نامه آگاهانه آزادانه شامل :

- تمام اعمال جراحی
- بی هوشی و آرام بخشی
- اقدامات تشخیصی درمانی تهاجمی مانند شوک درمانی الکتریکی (ECT)، پرتو درمانی ، شیمی درمانی، انواع آنژیو گرافی و به مانند آنها .
- استفاده از خون و فرآورده های 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 یا، ولی او تذکر دهد و کتبا برائت نامه اخذ کند تا در صورت بروز خسارت، مسئول و مدیون نباشد. در حالتی که پزشک، رضایت بیمار را اخذ کرد مجاز است تا بر اساس تشخیص خود، مناسبترین راه درمان را انتخاب و طبق آن عمل کند؛ از آنجایی 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 کند) مقصر نیست.

تفاوت رضایت نامه و برائت نامه

اگر پزشک فقط رضایت اخذ کند در صورت بروز مرگ، نقص عضو یا خسارت مالی، 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 قبل از درمان گرفته است موجب از بین رفتن مسئولیت او نمی شود.

فرم رضایت نامه و اجازه عمل (برائت نامه)

با توجه به اینکه 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 تمام سئوالات 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 ، پر کردگی ، پروتز یا روکش های مجاور محل عمل جراحی .
- ۴ - طولانی شدن دوره درمان بدلالی 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 بعداً داشته باشد.
- ۷ - تصمیم به باقی گذاشتن قطعات کوچک نوک ریشه در مواردی که صلاح باشد با نظر جراح است.
- ۸ - در مورد جراحی دندان های عقل که مجاور عصب حسی باشد، احتمال اختلال در عملکرد و عصب حسی لب پائین و چانه وجود دارد که به صورت بی حسی یا خواب رفتگی ، گز گز شدن و احساس درد همراه بی حسی در ناحیه از عوارض احتمالی مهم جراحی دندانهای عقل پائین است که معمولاً طی سه ماه بهبود می یابد ولی در مواردی طولانی و حتی می تواند دائمی باقی بماند. در مورد احتمال بروز اختلالات حسی در ناحیه لب و چانه و زبان به صورت کامل تمام سئوالات 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 می شود برای آگاهی بیشتر با جراح دیگری هم اگر صلاح دانستید مشورت کنید .
- ۹ - عارضه نادر دیگر طی جراحی دندان عقل و پائین بروز ترک خوردگی یا شکستگی در فک پائین است که در صورت بروز نیاز به درمان اضافی دارد.

اینجانب فرزند شناسنامه بدینوسیله اعلام می دارم از کلیه موارد مندرج در بندهای فوق کاملاً مطلع شده ، تمام سئوالات خود را انجام داده و با آگاهی کامل از تمام عوارض احتمالی برائت جراحان بخش جراحی

دهان و فک و صورت را از عوارض احتمالی اعلام نموده و بدینوسیله هیچگونه ادعایی اعم از کیفری و حقوقی نخواهم داشت.

نام و امضاء بیمار (ولی) :

نام و امضاء شاهد یا یکی از نزدیکان بیمار :

تاریخ :

همان گونه که پیشتر بیان شد، من رضایت آگاهانه را در حد شفاهی و برقراری اطمینان دو طرفه برگزار می‌کردم ولی بهتر است در یک برگه همراه امضاء بیمار و 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 پرسیدن تمام سئوالات امضاء کند. البته امضاء رضایت نامه آگاهانه بیانگر انجام وظیفه پزشک است و جلوی انکار را می‌گیرد. البته رضایت آگاهانه دلیل مصونیت پزشک در برابر سهل انگاری و قصور (negligence = malpractice) نیست.

۳ - افزایش پاراکلینیک های غیر ضروری :

پاراکلینیک (آزمایشات لابراتواری و انواع تصویر برداری) قرار بوده برای ارزیابی یافته های تاریخچه و بالینی باشد ولی متاسفانه در بسیاری موارد جایگزین آن شده است . امروزه نمونه های متعدد قابل ذکر در همه رشته های تخصصی وجود دارد . روش های نوین تصویر برداری های 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 میکنند و در مواردی انجام آن ها الزامی است ، اما متاسفانه در بسیاری موارد جایگزین تهیه تاریخچه و معاینه بالینی شده و شاید دلایل پزشکی قانونی هم در این امر نقش داشته باشد . من برای دانشجویان برای نمونه میگویم هواپیما وسیله بسیار عالی است ولی استفاده از آن برای سفر چند کیلومتری به نظر غیر معقول میرسد . متاسفانه به نظر من بیش از ضرورت واقعی انجام می شود و این امر بصورت عادت مورد قبول هم عمل کننده و هم بیمار شده است . به شکل درست مشاهده پاراکلینیک (از جمله رادیوگرافی) باید پس از پرسش تاریخچه و معاینه بالینی باشد ولی در تجربه شخصی در دانشکده اغلب تصاویر پیش از معاینه نگاه می شود . جالب اینکه زمانی که مشغول صحبت با بیمار برای بررسی تاریخچه و سپس معاینه بالینی هستم دانشجویان حاضر رادیوگرافی را به گونه ای 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 جراحی های رایج دنتوآلوئولر (مانند دندان های نهفته بویژه مولر سوم ، اکسپوز دندان نهفته بویژه کانین و مانند این ها) مراجعه می کنند از قبل علاوه بر رادیوگرافی معمول مانند پانورامیک ، همراه خود سایر انواع تصویر برداری مانند CT /CBCT دارند که واقعا در طرح درمان و روش جراحی تاثیری ندارد . برای من جالب است که چرا دندانپزشکان عمومی و متخصص CT Scan بسیار ولی CBC کمتر درخواست می کنند . مراد از نمونه بالا این است که بسته به نیاز یافته های تاریخچه ای و معاینه بالینی باید اقدام به انجام انواع پاراکلینیک شود و نه در موارد معمول و متداول . برای نمونه بررسی دقیق ساختمان های 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 تصویربرداری های دقیق تر مانند CT / CBCT الزامی است . خاطره جالبی از دوران رزیدنسی در آمریکا به یاد دارم . شروع سال اول بودم و تازه کار و کم تجربه ، برای معاینه یک بیمار دچار حادثه تصادف اتوموبیل همراه یک استاد و یک رزیدنت سال بالاتر از من به سوی اطاق محل بستری میرفتیم . استاد از من خواست پیش از رفتن به اطاق بیمار رادیوگرافی های وی را بررسی و شکستگی ها را تشخیص دهم . خوشبختانه من این اشتباه را انجام نادم 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 به عنوان خط شکستگی ارزیابی گردد ولی چنانچه معاینه بالینی را ابتدا انجام داده باشیم قادر 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 عمدتا از رادیوگرافی های معمول 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 قبل 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 به صورت متداول بسیار انجام میشود . به نظر من اگر انجام جراحی اجباری است (مانند بروز عفونت پری کورونیت و پاتولوژی اطراف تاج) تاثیر در روش جراحی ندارد و فقط احتمال 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 و علمی) به بیمار و نزدیکان همراه توضیح داده میشد که دارای فواید متعدد است از جمله :

الف - همکاری بیمار و نزدیکان در صورت بروز عارضه مانند اختلال حسی در لب پائین . در صفحات قبل و قسمت رضایت نامه آگاهانه (Informed consent) توضیح داده شد فقط بیمار باید در جریان عارضه (Complication) احتمالی قرار گیرد به عبارت دیگر با وجود نهایت ظرافت در جراحی چنانچه ریشه مجاور عصب باشد یک تماس و تحریک ساده میتواند موجب اختلال حسی لب پائین شود . بنابراین جراح موظف به آگاه کردن بیمار و نزدیکان از احتمال عارضه یا Complication است و نه کوتاهی یا سهل انگاری یا Negligence و به همین دلیل اختلال حسی زبان نباید بیان شود چه نباید در جراحی دندان عقل پائین رخ دهد . در این مورد در صفحات قبل توضیح مفصل آمده و تکرار نمی شود .

ب - با توجه به اینکه عوارض احتمالی که به بیمار توضیح داده می شود (مانند احتمال اختلال حسی لب پائین و احتمال شکستگی فک پائین در جراحی دندان عقل پائین و یا باز شدن سینوس و نیاز به درمان اضافی در موارد احتمالی و امثالهم) در بیشتر موارد رخ نمیدهد یک فرهنگ سازی در سطح جامعه برای پذیرش احتمال عارضه جراحی به تدریج رخ می دهد . به نظر من دلیل اصلی پذیرش نامناسب برای حتی شنیدن عارضه جراحی بیماران در ایران ناشی از عدم بیان توسط جراح است و در واقع گناه جراح است . دانستن احتمال عوارض جراحی حق مسلم بیمار و نزدیکان وی است و من قویا معتقدم حق بیمار و جراح با هم نه تنها در تضاد نیست بلکه کاملا همسو است . یک وظیفه اصلی پزشک و جراح اصلاح فرهنگ بیمار است . من همیشه معتقد بوده ام سه وظیفه را باید انجام دهیم :

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

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

۳ - درمان .

متأسفانه مورد سوم بیشتر مورد توجه بوده است . همیشه معتقد بوده ام " راحت ترین قسمت جراحی خود جراحی است " به عبارت دیگر آماده سازی بیمار برای پذیرش هم طرح درمان و هم فرد درمان کننده مهم تر از خود درمان است . با توجه به اینکه اغلب درمان های دندانپزشکی و جراحی های 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 نظر 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 بیوپسی از عارضه می شد، تصور و ترس ضایعه بدخیم و سرطان تقویت می شد در حالیکه با متداول شدن انجام بیوپسی برای همه ضایعات اکنون این پذیرش در بیماران ایجاد و ترس بیجا از بین رفته و یا حداقل بسیار کاهش یافته و همین پدیده باید در ارتباط با بیان عوارض احتمالی جراحی هم رخ دهد و این وظیفه بسیار مهم متأسفانه فراموش شده است .

انجام پاراکلینیک های غیر ضروری در بسیاری از تخصص های پزشکی هم متأسفانه رایج شده است . در گذشته که روش های پاراکلینیک مدرن در دسترس نبود به دلیل ارتباط کلامی و لمسی بیشتر برای تهیه تاریخچه و معاینه بالینی، ارتباط عاطفی بیشتر برقرار می شد که به نظرم خیلی به نتیجه درمان کمک می کرد . پس از ورود روش های مدرن پاراکلینیک متأسفانه این ارتباط انسانی عاطفی کاهش یافته و یافته های آزمایشگاهی و پاراکلینیک جایگزین آن شده است . مجدد تاکید میکنم روش های تشخیصی متعدد تهاجمی و غیر تهاجمی بسیار عالی امروزه در دسترس است و در موارد ضروری بر پایه تاریخچه و یافته های بالینی انجام آن در تشخیص و طرح درمان بسیار مفید است . خلاصه مراد نوشته هایم این است که باید برای تایید یا رد یافته های تاریخچه و معاینه بالینی باشد و نه جایگزین آن .

۴- افزایش درمان های غیر ضروری .

پیش از ورود روش های جدید پاراکلینیک بویژه انواع تصویر برداری ها که بسیار هم عالی است ، تهیه تاریخچه و معاینه بالینی در حد اطلاعات و امکانات زمان بیشتر انجام و یک ارتباط کلامی و تماسی و عاطفی و انسانی بیشتر بین بیمار و پزشک برقرار و خیلی نادر ممکن بود درمان های غیر ضروری انجام شود و اگر درمان دارویی و جراحی غیر ضروری انجام می شد معمولا 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 تقریبا کامل همراه انجام درمان های عملی است و متاسفانه 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 زنده باشند . بویژه در جراحی های با هدف صرفا 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 میدادم که چنانچه جراحی را انجام ندهد در سنین بالاتر ، کم سن تر به نظر می رسند و بنابراین توصیه می کردم در این مورد فکر و مشورت بیشتر داشته باشد . توضیح اینکه بیمارانی که فقط خنده لثه ای یا gummy smile بدون دفورمیتی اسکلتال عمده (مننند long face) دارند ، و مثلا رشد عمودی کمی بیشتر فک بالا و یا کوتاهی و فعالیت بیشتر عضلات لب بالا هنگام خنده موجب مراجعه بیمار شده است ، انجام جراحی بالا بردن فک بالا (استئوتومی لفورت یک) ممکن است در کوتاه مدت موجب رضایت بیمار باشد ولی معمولا با بالا رفتن سن ، بیمار مسن تر به نظر می رسد و این مطلب باید به بیمار و نزدیکان وی توضیح داده شود . متاسفانه بسیاری از جراحان بیماران را تشویق به انصراف از جراحی نمی کنند . این نکته در بسیاری از جراحی های زیبایی دیگر مانند راینوپلاستی ، بلفاروپلاستی ، ژنیوپلاستی و بسیاری از درمان های دندانپزشکی مطرح است . مراد من این نیست که زیبایی مهم نیست ، در تعریف امروزی از نقطه نظر سازمان بهداشت جهانی سلامت عبارت است از "حالت آسایش کامل جسمی، روانی، اجتماعی و نه فقط نبودن بیماری و ناتوانی " . بنابراین با توجه به تعریف بالا توجه به نکات زیبایی از نقطه نظر آسایش روانی و اجتماعی مهم است ولی در بسیار موارد دلیل مراجعه بیمار بزرگ نمائی مشکل است و در مواردی که از نقطه نظر جراح مسئله بسیار خفیف است باید بیمار را تشویق به انصراف از درمان کند بویژه زمانی که درمان نیاز به جراحی زیر بی هوشی دارد و نتایج مورد انتظار اندک است و باصطلاح هیاهو بسیار برای هیچ یا اندک است . مجدد تاکید می کنم جراحی های ناحیه فک و صورت در بسیاری موارد واقعا ضروری است ، در مرتبه اول برای بدست آوردن عملکرد یا فانکشن بهتر و در مرتبه دوم زیبایی است . البته زیبایی در بسیار موارد هدف اصلی جراحی نیست ولی با توجه به اینکه معمولا فانکشن در تضاد با زیبایی نیست ، نتیجه جراحی به منظور اصلاح اکلوژن و عملکرد بهتر سیستم جوئنده و سلامت در نهایت نتایج زیبایی هم برای بیمار ایجاد می کند و شاید این قسمت از نتیجه برای بیمار و نزدیکان وی جذاب تر باشد . خلاصه کنم جراحی ناحیه دهان و فک و صورت اگر چه در بسیاری موارد ضروری است ولی در بسیاری موارد دیگر جراحی های صرفا زیبایی آن هم به اصرار بیمار و برای تغییر اندک شاید بهتر است پرهیز گردد . انجام درمان و جراحی های غیر ضروری در تخصص های دیگر هم مطرح است ولی من ترجیح دادم در رشته مرتبط با دندانپزشکی و جراحی دهان و فک و صورت صحبت کنم ولی بهر حال در بررسی جراحی های غیر ضروری در آمریکا که در واقع نوعی malpractice (قصور پزشکی) است علاوه بر جراحی های غیر ضروری زیبایی، جراحی های غیر ضروری شایع دیگر شامل کاردیاک یا قلبی (آنژیوگرافی، آنژیوپلاستی، قرار دادن پیس میکر یا ضربان ساز) ، جراحی مهره ها (back surgery) ، سزارین (cesarean section) و هیسترکتومی (hysterectomy) ، جراحی های زانو (knee surgery) بوده است . بنابراین انجام جراحی های غیر ضروری همه گیر و به نظر من متاسفانه در بسیار موارد سهوی نبوده و انگیزه اقتصادی دارد .

۵- بزرگ نمائی درمان های ضروری.

انجام درمان های غیر ضروری (چه غیرجراحی یا medical ، چه درمان های غیر جراحی دندانپزشکی ، و چه درمان های جراحی دهان و فک و صورت) همگی malpractice یا قصور پزشکی در نظر گرفته می شود و در بخش پیشین بیان گردید . بسیاری از درمان های جراحی ناحیه به سادگی وبه شکل سرپائی (outpatient) در مطب قابل انجام است . بزرگ نمائی مشکل بیمار و ارجاع به بیمارستان برای انجام جراحی زیر بی هوشی در مواردیکه به سادگی با بی حسی موضعی قابل مدیریت است به نظر من میتواند به عنوان قصور در نظر گرفته شود . مواردی داریم بینابینی که انجام درمان جراحی با کمی زحمت احتمالی برای بیمار به صورت سرپائی و با بی حسی موضعی قابل انجام است ولی در صورت انتخاب بیمار پس از توضیح جراح ، می تواند در بیمارستان و زیر بی هوشی عمومی انجام گردد . البته در جراحی های وسیع تر مانند تراماها ، پاتولوژی ها ، جراحی های ارتوگناتیک و امثالهم نیاز به بستری کردن و انجام جراحی زیر بی هوشی است و مورد بحث نیست . مورد صحبت من موارد محدود و متوسط جراحی هائی است که در مطب و با بی حسی موضعی قابل انجام است چنانچه با بزرگ نمائی بیمار به سوی درمان بیمارستانی هدایت شود به نظر من غیر اخلاقی و قصور است . اصولا در چهار مورد اصلی نیاز به بستری کردن و درمان در محیط بیمارستان داریم :

الف - وسعت درمان جراحی غیر قابل انجام با بی حسی موضعی است (نمونه پاتولوژیهای وسیع ، تراما های عمده ، ارتوسرجری، بازسازی، مفصل گیجگاهی فکی و امثالهم) .

ب - وسعت درمان جراحی متوسط است (مانند یک پاتولوژی در فک یا نسج نرم) که ممکن است با کمی سختی در مطب 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 معمول کندیل که در فرد بالغ معمولا در مطب و سرپائی قابل مدیریت است ولی همین شکستگی در یک کودک معمولا نیاز به درمان زیر بی هوشی در بیمارستان دارد . 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 تحمل آن را دارد ولی به دلیل برخی بیماری های عمومی و توصیه پزشک بیمار (برای مدیریت قبل و ضمن و پس از درمان) نیاز به انجام درمان با بی حسی موضعی در محیط بیمارستان را دارد .

نمونه ای ذکر 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 داشت . بیمار بدون علامت و تصادفی در رادیوگرافی مشاهده شده بود . پس از معاینه بیمار من به ایشان توضیح دادم که اول این که ضایعه مدتی است وجود داشته و بنا براین عجله و فوریت در درمان نیست و با برنامه های کاری اش هماهنگ کند و انجام دهد ، دوم این که درمان قابل انجام با بی حسی موضعی در مطب است البته اگر از نظر روحی بیمار همکار و متحمل باشد و در غیر این صورت انجام زیر بی هوشی 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 نظر من با بزرگ نمائی مشکل و فوریت دادن به جراحی از بیمار فرصت فکر کردن و مشاوره را گرفته ایم که اخلاقی نیست استاد بسیار اخلاق مدار دوران رزیدنسی من در آمریکا (Dr Morton Goldberg) به رزیدنت های عجول و عشق جراحی می گفت " این بیمار ۳۰ سال این ناهنجاری را داشته ۳ هفته اضافی اشکالی ندارد !!! " .

۶ - بیان و تحمیل یک طرح درمان .

من همیشه در طرح درمان (treatment plan) جمله ای به دانشجویان میگویم که به نظرم بسیار مهم است :

“ ما بیمار را درمان می کنیم نه بیماری را ”

“ Treating the patient and not the disease ”

بسیاری از درمان های دندانپزشکی و جراحی دارای طرح های درمانی متعدد است که هر کدام مزایا و معایبی می تواند داشته باشد . بیان طرح های متفاوت نیازمند چند دقیقه وقت گذاشتن است . متأسفانه امروزه برخی دندانپزشکان جراحان هم حوصله توضیح تمام طرح های درمانی را ندارند و هم بیشتر مایل به راهنمایی بیمار به قبول فقط یک طرح مورد نظر خود می باشند . درمان های جراحی های پیش از پروتزو ایمپلنت ، جراحی های ارتوگناتیک ، مفصل گیجگاهی فکی (TMJ) ، پاتولوژی و سایر جراحی های دهان، جراحی های زیبایی و سایر درمان های دندانپزشکی همگی دارای فقط یک طرح های درمانی نمی باشد و وظیفه عمل کننده ارائه طرح های گوناگون با زبان ساده برای بیمار است . متأسفانه پدیده تحمیل فقط یک طرح درمانی معمولاً مفصل و پرهزینه تر امروزه رایج شده و من بارها با آن برخورد کرده ام 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 کلینیکی قابل قبول از نقطه نظر پرئودونتال) . بیمار از پروتز پارسیل فک بالا و پائین استفاده می کند که البته قدیمی و ثبات مناسب ندارد . دو سمت خلفی فک پائین بی دندان همراه تحلیل قابل توجه است . بیمار به کلینیک بسیار قابل تأیید در تهران مراجعه و توسط متخصص معاینه و پیشنهاد بیرون آوردن تمام دندان های موجود و انجام ایمپلنت می شود . بیمار برای مشاوره به دانشکده مراجعه نمود . در رادیوگرافی پانورامیک علیرغم ریشه های کمی کوتاه دندان های قدامی پائین از نقطه نظر 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 پارسیل های موجود با وجود عدم انطباق خوب تصمیم به طرح درمان زیر گرفته شد : درمان اندودونتیک دو دندان پائین + پروتز ثابت (بریج ۷ دندان قدامی پائین) + اصلاح یا تعویض دو پلاک پارسیل بالا و پائین . به نظر من در معاینه قبل و توصیه جراح به خارج کردن دندان ها و استفاده از ایمپلنت باید بررسی می کرد :

آیا بیمار از پلاک های پارسیل راضی است ؟ اگر علیرغم 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 فاصله زمانی بین قرار دادن ایمپلنت و بهره برداری از آن را دارد ؟ . به هر حال ارائه فقط یک طرح درمانی (حتی اگر بهترین 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 . مجدد تأکید میکنم “ ما بیمار را درمان می کنیم نه بیماری را ” .

ب - بیمار دختر ۱۸ ساله با مقدار مختصر پروگناتیسم فک پائین و همراه انسزیه های 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 نکته است که با توجه به مختصر بودن پیش آمدگی چانه آیا خیلی برای بیمار مهم است ؟ . جالب اینکه بیمار بیان می کند که از وضع فک و چانه ناراضی نیست و فقط جلو بودن دندان های پائین مورد نظرش بوده است . بنابراین با مشاوره ارتودونتیست جراحی می تواند از طرح درمان خارج و فقط درمان ارتودونسی انجام شود . جالب اینکه اگر طرح درمان ارتودونسی + جراحی بود . حرکت ارتودونتیک دندان های قدامی باید در جهت افزایش پروگناتیسم دندانی برای آماده سازی جراحی بود ، در حالیکه در طرح ارتودونسی بدون

جراحی حرکت دندان های قدامی (برخلاف طرح جراحی) به سمت عقب است . متاسفانه در این بیمار هم نکته مهم رضایت بیمار از شکل ظاهر و مختصر پیش آمدگی چانه از بیمار پرسش نشده و طرح مفصل تر به بیمار ارائه شده بود . با وجودیکه تخصص من جراحی است ولی همیشه گفته ام در بسیار موارد جراحی نکردن بهتر است .

ج - متاسفانه 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 حفظ ساکت دندانی یا socket preservation نامیده می شود . اگر چه در موارد خاص و بر مبنای ساکت و طرح درمان آینده یا بلافاصله (ایمپلنت در ساکت تازه) این درمان ضروری است ولی تحمیل این طرح برای تمام موارد خارج کردن دندان به نظر علمی نمی رسد و شاید درمان اضافی تلقی گردد البته امیدوارم توصیه به انجام آن سهوی باشد .

د - ارائه و انجام یک طرح درمان بدون اطلاع وی 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 نظر است ، بیمار باید بداند تا زمان بهره برداری نهائی حدود یک سال باید در نظر بگیرد .

ه - گاهی فقط یک طرح درمان مورد نظر عمل کننده آنگونه برای بیمار توجیه می شود انگار که اگر انجام نشود مدار و گردش کره زمین تغییر می کند !!!!! .

ارائه و تحمیل فقط یک طرح درمان خاص که معمولا مفصل تر هم هست متاسفانه امروزه بسیار مشاهده می شود که البته محدود به دندانپزشکی و تخصص های آن هم نیست و در سایر تخصص های پزشکی که به ویژه روش های عملی تشخیصی یا procedure وارد آن شده است هم وجود دارد . این پدیده محدود به ایران هم نیست و همان گونه که در بخش قبلی بیان شد ، اعمال جراحی متعدد غیر ضروری به ویژه در زمینه های کاردیاک (آنژیوپلاستی ، آنژیوپلاستی ، قرار دادن پیس میکر) ، گاینکولوژی (هیستریکتومی ، سزارین) ، ارتوپدی (جراحی مهره ها و زانو) ، جراحی های زیبایی هر ساله در آمریکا گزارش می شود .

به نظر من تخصص هائی از پزشکی که هنوز procedure وارد آن نشده بهتر مانده است . کاردیولوژی در گذشته بیشتر همراه صحبت با بیمار (تاریخچه) و معاینات بالینی و برقراری ارتباط عاطفی بود که در بهبودی یا حداقل احساس بهبودی بیمار نقش مهمی داشت . ورود روش های عملی تشخیصی یا procedure های تشخیصی (مانند اکو ، آنژیو گرافی ، تالیوم اسکن و امثالهم) این ارتباط کلامی لمسی را کاهش داده . این روش های تشخیصی بسیار عالی است ولی اگر با ارتباط عاطفی گذشته یکپارچه می شد عالی تر بود . به نظر من هیچ تضاد بین استفاده از روش های نوین تشخیصی و ارتباطات انسانی گذشته نیست فقط 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 همکلاسی های قدیم که کاردیولوژیست است مراجعه کردم با شوخی به او گفتم : " با قلب من مانند پمپ آب چاه برخورد می کنید !!!!! " . درست است که عمل ظاهری قلب پمپ است ولی نباید مانند پمپ آب چاه با آن برخورد گردد . تقویت روحیه بیمار در عملکرد این پمپ بسیار موثر است . متاسفانه برخورد با بدن بسیار ماشینی شده . خلاصه کنم در هم آمیختن خوبی های سنت با خوبی های مدرنیته هم در زندگی روزمره و هم در طبابت براحتی ممکن و موجب بازگشت لطافت در طبابت و آرامش هم بیمار و هم طبیب می شود .

۷- عجله در قضاوت و اظهار نظر و تشخیص .

مراحل ارزیابی بیمار را همه میدانیم و در کتاب های درسی در ۷ مرحله بیان شده است . به نظر من کامل شده آن دارای ۱۰ مرحله است :

- 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 (آزمایشگاهی، انواع تصویر نگاری مانند رادیوگرافی)
- 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 در عمل کل مراحل بالا شاید ده تا پانزده دقیقه به زمان نیاز داشته باشد. من یکی از سنوالاتی که در سابقه پزشکی برابم بسیار مهم و سعی میکنم به قول معروف از زیر زبان بیمار بگشم داروهای مصرفی است چه در درجه اول بیانگر نوع بیماری است در درجه دوم بیانگر شدت بیماری و میزان کنترل آن است و درجه سوم می تواند راهنمایی برای پرهیز از تداخل دارویی باشد. در درجه چهارم شایعترین علت خونریزی جراحی دارو های مصرفی بیمار است (۵ دارو که با حرف A انگلیسی شروع میشوند و شامل آسپیرین / آنتی کوآگلانت ها / الکل / آنتی بیوتیک ها / آنتی کانسروز ها) و سرانجام اینکه برخی داروهای مصرفی بیمار مانند داروهای پائین آورنده فشار خون بالا ، گشاد کننده های عروقی ، آلفا 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 . در کتب مرجع نوشته شده که معمولاً 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 مراجعه کننده بین ۲۵ تا ۷۵ ساله در مجموع ۳۸/۳ درصد بیماران دارو مصرف می کردند (۵۶/۳ درصد اگر بیش از یک داروی هر نفر در نظر گرفته شود) . مقدمه طولانی شد برگردم به اصل موضوع یعنی عجله در قضاوت و اظهار نظر و تشخیص و چند نمونه :

الف - توصیه می کنم معاینه بالینی ناحیه ای که شکایت اصلی بیمار است نگاه اول نباشد. برای نمونه اگر بیماری که با شکایت دندان درد یا تورم سمت راست فک پائین مراجعه کرده ، بلافاصله محل شکایت را نگاه کرده و سپس در رادیوگرافی پوسیدگی عمیق را مشاهده کنیم تشخیص و طرح درمان مشخص می شود و امکان زیاد دارد ضایعه یا پاتولوژی بدون درد ناحیه دیگر دیده نشود . موارد متعدد با این پدیده برخورد کردم که دیدن سریع محل ناراحتی و رادیوگرافی و قضاوت سریع تشخیصی یک پاتولوژی مهم بدون درد ناحیه دیگر دهان از قلم افتاده است . به همین دلیل من خود را عادت داده ام 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 اطلاع کامل قضاوت منفی کنیم . برای نمونه یک درمان اندودونتییک ناکامل در رادیوگرافی مشاهده می کنیم نباید بلافاصله و بدون اطلاع از کل داستان قضاوت منفی نمائیم . نمونه دیگر بیماری که چند ماه قبل تصادف اتوموبیل داشته و در بیمارستان توسط همکاری درمان شده . تصور کنیم اکلوژن و نیجه درمان نسبی بوده و ایده ال نیست . با توجه به اینکه من صدمات پس از حادثه را ندیدم نباید قضاوت کنم ممکن است شدت صدمات آنقدر شدید بوده که این نتیجه عالی و قابل قبول است و ممکن است که نتیجه می باید بهتر باشد ولی از آنجائی که من حالت اولیه را ندیده ام نمی توانم قضاوت درست داشته باشم . بسیاری از شکایات نظام پزشکی و پزشکی قانونی بیماران ناشی از یک قضاوت عجولانه توسط پزشک دیگر است .

نمونه دیگر بیمار با رادیوگرافی پری آپیکال مثلاً لاترال بالای با درمان اندودونتیک یا جراحی اپیکو مراجعه کرده است. رادیو لوسنسی ۳ میلی متری بالای نوک ریشه مشاهده می شود. نباید بلافاصله قضاوت پاتولوژی نوک ریشه عنوان گردد. اول باید محل معاینه بالینی گردد آیا تورم یا فیستول و یا حساسیت در لمس وجود دارد؟ چه مدت از درمان گذشته است؟ مقایسه با رادیوگرافی قبلی؟ ممکن است این رادیو لوسنسی فقط یک اسکار پری اپیکال باشد. چنانچه با عجله قضاوت گردد موجب تشویش بیمار و شکایت بی جا از پزشک اولیه می شود. جالب اینکه من خودم بیماری داشتم که پس از درمان اندودونتیک نیاز به جراحی اپیکوکتومی برای برداشتن پاتولوژی یک سانتیمتری ناحیه اپیکال داشتم. درمان به خوبی انجام شد. بیمار دو هفته بعد برای درمان دندانپزشکی عمومی به دندانپزشک خود مراجعه کرده بود. این بیمار به من تلفن زد و با نگرانی گفت دکتر دندانپزشکم به من گفته این ضایعه که خوب نشده؟ بهر حال معلوم است که رادیو لوسنسی نوک ریشه چندین ماه برای پر شدن با استخوان به زمان نیاز دارد و حتی چنانچه کورتکس لینگوال یا پالاتال هم سوراخ شده باشد مقداری از رادیو لوسنسی به عنوان اسکار اپیکال باقی میماند. اگر چه من به بیمار توضیح دادم ولی بهر حال گفته یک پزشک دیگر مهم است و می تواند سبب تشویش و نگرانی نادرست بیمار گردد. من همیشه سعی می کنم در این موارد درمان دیگران لب های خود را محکم نگاه دارم مگر آنکه نتیجه درمان خوب باشد که در این حالت و با اطمینان برای رفع نگرانی بیمار بیان می کنم.

ج - نمونه دیگر، خانم ۲۸ ساله را مورد جراحی دندان عقل نهفته در استخوان قرار دادم. با توجه به اینکه در بیمار سالم از نقطه نظر عمومی و موضعی نباید آنتی بیوتیک تجویز شود و مسکن معمولی کفایت می کند. من حدود ده دقیقه دستورات پس از عمل را شفاهی به بیمار می دادم و در ضمن یک برگه دستورات پس از جراحی نیز همراه تلفن تماس به بیمار ارائه می کردم. یکی از توضیحات شفاهی و نیز نوشته شده در برگه کتبی دستورات چگونگی شروع و حداکثر و کاهش تورم است. جالب اینکه دو روز بعد بیمار به من زنگ زد و گفت من شب گذشته منزل یکی از دوستان بودم و خانم دکتر دندانپزشکی که آنجا 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 نظر شما چیست؟ من خواهش کردم مراجعه کنند سه روز بعد از جراحی تورم اندک و نرم و از روز قبل کاهش یافته بود. خیلی 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 می رسد و سپس به تدریج کاهش و حدود ۷ تا ۱۰ روز پس از جراحی قسمت اعظم آن از بین می رود. البته افزایش تورم پس از روز چهارم و به ویژه همراه سفت شدن و درد مهم و می تواند علامت عفونت زخم باشد. بنابراین قضاوت خانم دکتر می که به بیمار پنی سیلین تجویز کرده بود از دو نظر قابل بحث 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 انتظار و مناسب پس از جراحی است گفتم مناسب که بدانیم آماس مقدمه ترمیم است و بنابراین تورم معمول مناسب برای ترمیم است. متأسفانه امروزه به غلط دگزامتازون (رایج ترین داروی تزریقی تجویزی در ایران) برای کاهش آماس استفاده می شود. 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 اینکه در جراحی های ارتوگناتیک و سایر مواردی که توسعه ادم به اطراف راه هوایی می تواند نگران کننده شود کورتیکوسترئوئید مانند دگزامتازون از یک ساعت پیش از جراحی شروع و برای ۲۴ تا ۴۸ ساعت ادامه می یابد. امروزه متأسفانه برای درمان های معمول و متداول و به غلط استفاده می شود. دو باره تاکید می کنم آماس مقدمه ترمیم است و نباید با آن به عنوان پدیده نامطلوب برخورد کنیم.

د - روزی در بخش جراحی بودم که رزیدنت بخش پروتز متحرک بیمار مرد ۶۶ ساله ای را همراه رادیوگرافی پانورامیک برای معاینه آورده بود با طرح وستیبولوپلاستی. در رادیوگرافی پانورامیک حدود ۳۰ میلی متر ارتفاع کلی استخوان وجود داشت. 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 در موقع قرار دادن در پاکت در بخش رادیولوژی اشتباهاً جابجا شده. در رادیوگرافی واقعی بیمار فقط ۱۲ میلی متر استخوان در ناحیه قدامی وجود داشت که برای وستیبولوپلاستی مناسب نمی باشد. در بررسی رادیوگرافی بیمار اول مطمئن شوم متعلق به خود بیمار است. جالب اینکه 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 آن و میزان قدیمی بودن آن است.

ه - نمونه دیگر قضاوت سریع و اقدام به درمان اندودونتیکی در صورت عدم پاسخ به پالپ تستر بدون توجه به تاریخچه . در موارد جراحی های ارتوگناتیک مانند لفورت یک و یا استئوتومی های سگمنتال دندان های محل در واقع زنده هستند ولی به دلیل قطع سیستم عصبی (denervation) به پالپ تستر جواب نمی دهند . در موارد برخی استئوتومی ها عدم پاسخ به پالپ تستر تا یک سال و بیشتر می تواند ادامه یابد و در قضاوت به نیاز به اندودونتیکی نباید فقط به ارزیابی پالپ تستر اکتفا کرد .

نمونه های عجله در قضاوت و بیان سریع نظر تشخیصی بسیار نامناسب است و معایب متعدد دارد و حتی اگر پزشک در قضاوت متوجه اشتباه خود شود اصلاح نظر قبلی به راحتی میسر نیست. بهتر است تا بررسی همه اطلاعات لب های خود را به هم فشرده و محکم نگاه داریم .

پدیده قضاوت عجولانه در تشخیص و اظهار نظر در دندانپزشکی شاید شایع تر باشد. چه اولاً اغلب به دلیل عریان بودن و دیده شدن بسیاری از درمان های ناحیه دهان و فک و صورت راحت مورد قضاوت همگان قرار می گیرد در حالیکه برای نمونه آنژیوپلاستی عروق کرونر قابل رویت و قضاوت افراد نیست . دوماً یک اشتباه بزرگ دندانپزشکان این است که قبل از هر چیز رادیوگرافی بیمار را مشاهده و فقط بر مبنای آن قضاوت می کنند در حالیکه دیدن رادیوگرافی پیش از تاریخچه و معاینه یک اشتباه بزرگ است چه ممکن است موجب وسوسه به اظهار نظر عجولانه فقط بر پایه یافته رادیوگرافیک کند .

اگر چه قضاوت عجولانه به دلایل بالا در دندانپزشکی می تواند بیشتر رخ دهد ولی در رشته های تخصصی پزشکی هم رخ می دهد . با وجودیکه مایلم 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 سه سال قبل مورد انجام آنژیوگرافی تشخیصی عروق کورونر قرار گرفتم که گرفتگی در حد نیاز به آنژیوپلاستی نبود چه هیچ علامت بالینی وجود نداشت . چند ماه بعد به کاردیولوژیست دیگری که هم دوره ای زمان دانشجویی من بود مراجعه کردم. ایشان از من هیچ سئوالی 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 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 دکتر عرض کردم من علامتی ندارم و صبح ها یک ربع نرمش می کنم و احساس ناراحتی ندارم . دکتر پس از صحبت های من گزارش آنژیوگرافی که داخل پاکت بود را مطالعه کرد و کمی از نظر اول خود کوتاه آمد و به دادن نسخه برای دو داروی وازودیلاتور و دو داروی ضد پلاکتی (آسپیرین و کلوپیدوگرل یا پلاویکس) اکتفا کرد . این یک نمونه بارز از قضاوت عجولانه بر مبنای بررسی فقط پاراکلینیک و بدون توجه به تاریخچه و معاینه بالینی است . شما می توانید احساس استرس ناشی از قضاوت عجولانه کاردیولوژیست را درک کنید . حتی قضاوت درست تر پس از بیان تاریخچه (البته توسط خودم و نه پرسش) و مشاهده گزارش کتبی نمی تواند 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 کرده ام .

۸ - عجله در تصمیم طرح درمان بر پایه پاراکلینیک .

انواع آزمایشات لابراتواری ، تصویر برداری و پاتولوژی برای کمک به تشخیص بالینی مورد استفاده می باشد . تلفیق و یا پیوند مناسب بین یافته های تاریخچه و یافته های بالینی و یافته های پاراکلینیک باید توسط طبیب انجام و در صورت معقول بودن ارتباط بین مجموع یافته ها تصمیم گیری کند . در ارتباط با اشتباهات احتمالی و عجله در قضاوت بر پایه فقط تصویر برداری ها در مورد قبل همراه نمونه هائی توضیح داده شد . در این قسمت مایلیم در ارتباط با یافته های پاتولوژی نمونه هائی بیان کنم ، چه در صورت عجله به درمان جراحی فقط بر پایه گزارش پاتولوژی ممکن است دچار خطای بزرگ و حتی در مواردی غیر قابل بازگشت شویم . یک نمونه بیان می کنم :

سال ها قبل دختر جوان ۱۸ ساله توسط ارتودونتیست به من ارجاع شد . به دستور ارتودونتیست ۲ سال قبل 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 پراپیکال همراه بیمار بیانگر ضایعه رادیو لوسنت با اندازه حدود ۱۰ میلی متر در عرض و ۲۰ میلی متر در ارتفاع بود و تقریباً 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 مرتبط با آن بود . خوشبختانه دندان های مجاور در بررسی پالپ تستر واکنش مثبت داشت . با ارتودونتیست هماهنگ شد تا بلافاصله 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 بی حسی موضعی و فلپ مثلثی محدود ضایعه به همراه دندان با راحتی بسیار خارج گردید . به قدری راحت و با الواتور پریوست از استخوان اطراف آزاد گردید ، انگار که هیچ چسبندگی به آن ندارد . گزارش پاتولوژی توسط متخصصین پاتولوژی دهان و فک و صورت بسیار معتبر دانشکده به قرار زیر بود :

Pindborg tumor = calcifying epithelial odontogenic tumor = CEOT

بر مبنای گزارش بالا و تهاجم موضعی این تومور برداشتن وسیع موضعی (wide local excision) باید انجام شود . با توجه به سن بیمار و محل ضایعه و بویژه یافته های بالینی با متخصصین پاتولوژی مشاوره و تصمیم به بررسی مجدد و رنگ آمیزی اختصاصی (فکر کنم آن زمان از Congo red استفاده شد) . 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 احتمالاً AOT در زمان اکسپوز دندان وجود داشته و با گذشت زمان طی درمان ارتودونسی گسترش یافته ولی

با توجه به وجود آرچ وایر ارتودونسی علیرغم وجود تمام طول ریشه در ضایعه دیر هنگام تشخیص داده شد .

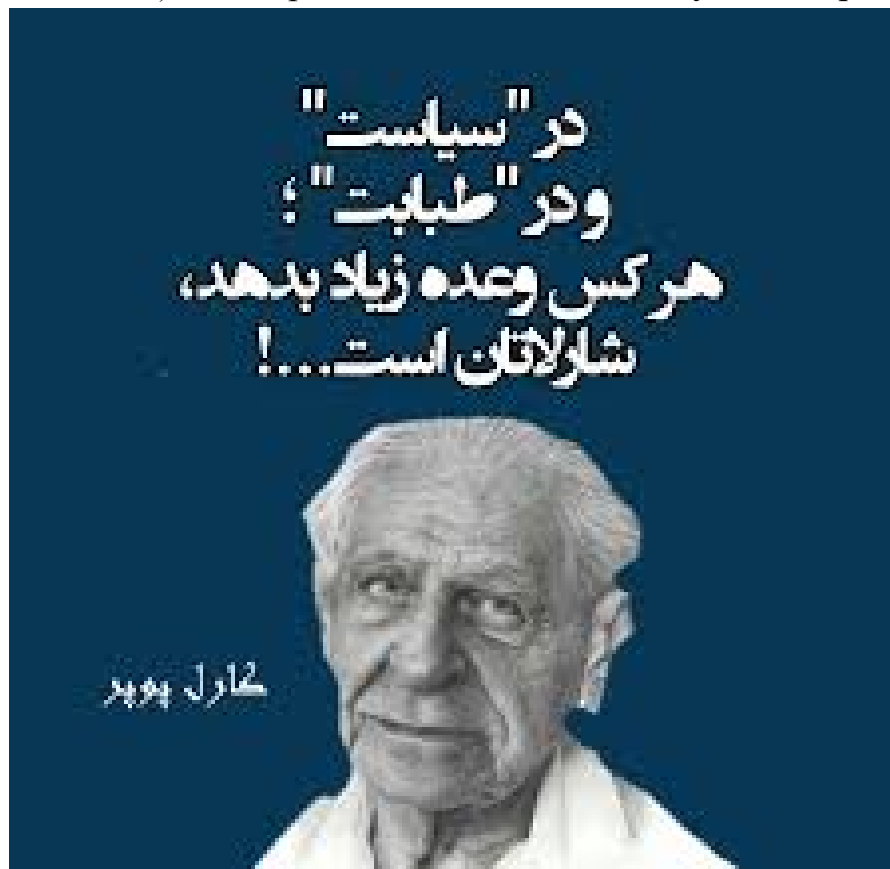
پس از درمان درست در واقع بیمار فقط یک دندان لاترال راست پائین را از دست داد که به راحتی با درمان ارتودونسی در جریان بسته شد . جالب اینکه این بیمار چند سال بعد در کانادا دانشجوی دندانپزشکی شده بود و با معلوماتی که در مورد خود پیدا کرده بود تا سال ها نتیجه درمان خود را به من اطلاع می داد و بسیار از درمان درست خود راضی و ممنون بود . این فقط یک نمونه بود که طبیب حتماً باید مجموع یافته های تاریخچه و بالینی و پاراکلینیک را در هم آمیخته و از عجله در جراحی به ویژه اگر وسیع باشد پرهیز کرد . نمونه های بر عکس هم فراوان است که گزارش پاتولوژی خوش خیم ولی سیر بالینی تهاجمی در این موارد هم جراح باید با پاتولوژیست تبادل اطلاعات کند و هدف اصلی همیشه باید فقط و فقط منافع بیمار باشد اگر چه من قویاً معتقدم منافع بیمار با طبیب نه تنها در تضاد نیست بلکه همسوئی کامل دارد .

۹- بالا بردن توقع بیمار با اغراق نتایج اعمال بویژه جراحی های موثر در زیبایی .

انواع روش های پیش بینی و شبیه سازی برای جراحی های صورت (امروزه Prediction & simulation) وجود دارد . من مشکلی با این پیشرفت های تکنولوژی ندارم ولی چنانچه مکرر و به هدف تشویق بیمار برای انجام جراحی های ارتوگناتیک و راینوپلاستی و سایر جراحی های موثر در زیبایی باشد برایم همراه با درنگ است . با توجه به احتمال اغراق در نتایج ممکن است توقع بیمار و نزدیکان وی آنچنان بالا رود که حتی نتایج معقول و خوب جراحی هم برایشان راضی کننده نباشد . البته بیان کلی تغییرات آن هم در صورت کنجکاوای بیمار در حدی معقول بدون اشکال است . میدانم بسیاری از جراحان جوان و حتی رزیدنت های سابق این افکار را قدیمی و کهنه می دانند . به هر حال این عقیده و تجربه شخصی من است که چنانچه توقع بیمار و نزدیکان وی بالا برده نشود رضایت همراه شگفتی و سورپرایز پس از جراحی لذت بخش تر است . خاطره جالبی دارم یک دختر جوان دارای ۱۲ میلی متر این بایت اسکلتی و صورت کشیده که توسط ارتودونسی قبل جراحی آماده شده بود را مورد جراحی ارتوگناتیک هر دو فک قرار دادم . صبح روز بعد که برای ویزیت پس از جراحی و ترخیص بیمار به بیمارستان رفتم پدر و مادر بیمار را دیدم و جالب اینکه شگفتی نتیجه جراحی به قدری برایشان جالب بوده که وقتی به اطاق دخترشان رفته بودند وی را نشناخته و فکر کرده بودند به اطاق اشتباه رفته اند . البته این اغراق آمیز ترین موردی بوده که من با آن برخورد کردم . به هر حال این عقیده شخصی من است که توقع را بالا نبریم . در زمان رزیدنسی من حدود ۴۰ سال قبل (۱۹۸۱-۱۹۷۷) موظف به آماده سازی - Prediction tracing بودیم . جالب اینکه Post op tracing در اغلب موارد به ویژه تغییرات نسج نرم کامل منطبق با پیش بینی قبل عمل نبود .

موضوع را با این جمله از Karl Popper فیلسوف اتریشی قرن بیستم خاتمه می دهم (شکل ۴) :

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



quack = charlatan

۱۰ - آگاهی بیمار و نزدیکان از درمان های چند مرحله ای با فاصله (فواصل ، مراحل ، هزینه)

یکی از ویژگی های برخی از درمان های دندانپزشکی چند مرحله بودن آن است . دندانپزشکی رشته ای خاص در پزشکی است که بیش از ده رشته تخصصی بالینی دارد . در بسیاری از درمان ها بویژه ایمپلنت و جراحی های ارتوگناتیک نیاز به چند مرحله درمانی با فاصله و توسط چند متخصص دارد و آگاه نکردن بیمار و نزدیکان سبب بروز بدگمانی می شود . من فقط چند مورد رایج تر را به عنوان نمونه بیان می کنم :

الف - بیمار مورد جراحی چندین ایمپلنت دندانی توسط جراح دهان و فک و صورت و یا پرپودونتیسیت و یا دندانپزشک عمومی قرار می گیرد . به دلیل هزینه بالا ناشی از هزینه مواد مصرفی معمولاً بیمار این مرحله را طی میکند . بین ۳ تا ۶ ماه بعد لازم است مرحله دوم پروتزی بوسیله پروتزیست یا دندانپزشک عمومی انجام گردد . با توجه به هزینه بالای مرحله دوم و فاصله قابل توجه با مرحله قبل بیمار و نزدیکان نسبت به هزینه این مرحله دچار شک شده و در بسیاری موارد فکر می کند هزینه پرداخت شده مرحله اول شامل مرحله دوم هم بوده و در نتیجه سوء تفاهم یا بدگمانی ایجاد می شود . در مواردی که من پی گیری کردم جراح مرحله اول شفاها به بیمار توضیح داده ولی شاید تاکید لازم نشده . به نظر من توضیح مراحل درمانی با فاصله و هزینه های جدا نباید فقط به خود بیمار محدود گردد بلکه شامل بیمار و نزدیکان شود و ترجیحاً شفاهی و کتبی باشد .

ب - مورد رایج دیگر در جراحی های ارتوگناتیک است . معمولاً قسمتی از درمان ارتودونسی پیش از جراحی و بخش باقی مانده درمان ارتودونسی پس از جراحی انجام می شود . در مرحله اول ارتودونتیست معمولاً برای حدود یک سال یا بیشتر درمان های ارتودونسی را انجام و بیمار آماده جراحی می شود . این بیماران حتماً باید پیش از شروع درمان ارتودونسی توسط جراح دهان و فک و صورت معاینه و ارتباط درست بین جراح و بیمار و ارتودونتیست برقرار و پس از آگاهی از 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 ارتودونتیست آماده سازی پیش از جراحی را عالی انجام داده و نتایج خوب جراحی قابل پیش بینی بود . جالب اینکه بیمار به دلایل روحی از بی هوشی به شدت وحشت داشت و راضی به جراحی علیرغم اصرار ارتودونتیست نشد . بزرگترین اشتباه عدم مشاوره جراحی پیش از شروع ارتودونسی بوده و در واقع چنانچه بیمار راضی به جراحی نشود که نشد کل نتیجه و زحمت ارتودونتیست و بیمار از بین می رود . چنانچه این بیمار حتی به اصرار ارتودونتیست و دیگران مجبور به انجام جراحی زیر بی هوشی گردد به نظر من پسندیده نیست . اگر چه مورد بالا نادر است ولی بهر حال حتی در موارد معمول بیمار باید با جراح خود در ابترای درمان 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 بافاصله نیاز به درمان ترمیمی و یا پروتز ثابت دارد و بیمار در ارتباط با هزینه های جداگانه دچار بدگمانی می گردد . موارد مشابه در تخصص های پزشکی کمتر مطرح است ولی در درمان های دندانپزشکی به دلیل تعدد تخصص ها فراوان رخ می دهد . شروع کننده درمان موظف به آگاه کردن بیمار و نزدیکان از درمان های متعدد با فاصله است تا از بدگمانی های احتمالی پرهیز گردد .

۱۱ - کاهش توجه به دستورات و راهنمایی های پس از درمان و جراحی .

در بسیاری از کلینیک های خصوصی و دانشگاهی به تحویل یک برگ کلی دستورات پس از جراحی اکتفا می شود که به نظر من کفایت نمی کند . در مطب و یا بخش های جراحی دانشکده ها وجود یک فضای کوچک به عنوان اطاق استراحت الزامی است . دستورات مهم پس از جراحی باید به صورت شفاهی به بیمار ارائه و آموزش داده شود . و البته دستورات کتبی همراه تلفن همراه جراح هم باید به بیمار داده شود ولی ارائه فقط دستورات کتبی بدون آموزش شفاهی کفایت نمی کند . به ویژه اینکه در برخی از جراحی ها دستورات و آموزش اختصاصی باید ارائه گردد . اگر چه دستورات و آموزش شفاهی می تواند توسط پرستار انجام شود ولی من ترجیح می دادم دستورات و آموزش شفاهی را خودم انجام دهم . البته این کار را چند دقیقه پس از استراحت بیمار در اطاق بهبودی انجام می دادم و ترجیح می دادم چنانچه بیمار اجازه دهد همراه ، هم منزل وی نیز هنگام ارائه دستورات پس از عمل حضور داشته باشد . اینکه نوشتن اجازه بیمار برای حضور همراه در اطاق بهبودی برای موارد نادری است که همراه با بیمار نسبت نزدیک نداشته و هم خانه نمی باشد و بیمار با حضور وی احساس خوبی ندارد . این موارد نادر است بیشتر همراه بیمار از نزدیکان و هم خانه است مانند پدر و مادر و یا زن و شوهر و یا فرزندان که در این صورت حضور آن ها بسیار مناسب است . یک بار من اشتباه بدی کردم و از بیمار که خانم جوانی بود پس از جراحی و انتقال او به اطاق استراحت پرسیدم مایل هستید به پدر بگویم نزد شما بیاید؟ که با خنده گفت شوهر من است !!!! این اشتباه بد برای من تجربه بزرگی شد . اگر چه دستورات کلی مراقبت های پس از جراحی به صورت شفاهی و کتبی به بیمار داده می شود ، ولی در برخی جراحی ها نیاز به دستور و آگاهی های اختصاصی است که در صورت غفلت می تواند ایجاد مشکل برای بیمار کند که چند نمونه بیان می کنم .

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 می شود . همیشه به دانشجویان و رزیدنت ها گفته ام :

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

من با زبان ساده به بیمار می گویم بین سینوس و بینی سوراخی وجود دارد و بنابراین اگر دستشویی رفتی و به خصوص اگر سر را پائین بگیری ممکن است مقدار مختصر خون که در سینوس آمده از سوراخ بینی همان سمت خارج گردد. نباید وحشت کنید و اتفاقاً بیانگر سلامت این ارتباط طبیعی است . این توضیح موجب پرهیز از وحشت بیمار در صورت بروز و خروج خون از بینی می شود . بار ها در دانشکده مشاهده کرده ام که رزیدنت با ظرافت و زیبایی کامل و عالی جراحی بستن ارتباط دهانی سینوسی را با فلپ باکال و یا پالاتال بسته 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 می کنم برای خروج از تخت مانند رفتن به دستشویی حتما چند لحظه بنشینید و سپس حرکت کنید چه ممکن است به دلیل بروز کاهش فشار خون وضعیتی حادثه ای رخ دهد . مواردی دیده ام که بیمار یک بیرون آوردن معمول دندان 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 دنتوالولر شده است . این پدیده به ویژه در بیماران با جسم و جثه ضعیف و ظریف بیشتر محتمل و من در این موارد تاکید بیشتر می کنم که مثلا مادر شب اول به دختر خود در خروج از تخت و راه رفتن و جابجایی کمک کند و در کنار او باشد .

ج - روزی در بخش بودم ، جوانی که هفته قبل مورد جراحی انسزیون و درناژ آبنه پالاتال بود با اعتراض و تقریبا پرخاشگرانه آمده و می گفت من که خوب نشده ام 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 طول می کشد تا به حالت عادی برگردد و تورم ظاهری دلیل ادامه آبنه و عفونت نیست .

۱۲ - عدم توجه به ارجاع و مشاوره درست .

در سال های طبابت در مطب و دانشکده موارد نادر نامه ارجاع (Referral) درست به ویژه در مورد عوارض جراحی داشته ام . نامه ارجاع برای درمان عوارض جراحی را بسیاری از دندانپزشکان از ترس استفاده احتمالی بیمار برای شکایت نمی نویسند ، در حالیکه چنانچه دندانپزشک عمومی یا متخصص واقعبیت را نوشته و کپی آن را داشته باشد برای وی نقش حفاظتی خواهد داشت . بین نامه ارجاع و مشاوره تفاوت است که متأسفانه همکاران کمتر به آن توجه میکنند .

در نامه ارجاع یا referral اجازه ادامه درمان داده شده ، در حالیکه در نامه مشاوره یا Consultation این اجازه وجود ندارد . متأسفانه به این نکته مهم معمولاً فقط در ارتباطات تخصصی داخل بیمارستان توجه می شود . توصیه من به همکاران دندانپزشک این است که برای نمونه چنانچه درمان اندودونتیک یک بیمار را به متخصص واگذار می کنند حتماً نامه ارجاع باشد و نه مشاوره و اگر دندانپزشک در نامه به صورت عادت کلمه مشاوره را می نویسند حتماً اضافه کنند :

" بیمار جهت مشاوره و ادامه درمان معرفی می شود"

چند نمونه :

الف - اگر دندانپزشک پس از بیرون آوردن دندان مولر بالا با بازشدگی و ارتباط وسیع دهانی سینوسی مواجه شود می تواند 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 ، عمل کننده اول باید واقعبیت را بنویسد تا درمان درست انجام شود برای نمونه اگر ضمن بیرون آوردن مولر بالا یا ریشه آن اگر قسمتی از دندان و یا ریشه وارد سینوس شده در نامه ارجاع جایجائی ریشه به درون سینوس باید در نامه ارجاع نوشته شود در غیر این صورت به ویژه به دلیل کوچکی ریشه جابجا شده و وجود خون (رادیوپک) در سینوس جراح فقط اقدام به بستن ارتباط دهانی سینوسی کرده و ریشه داخل سینوس باقی مانده و عوارض مزمن بعدی در سینوس نماید . چنانچه جراح از وجود ریشه داخل سینوس مطلع باشد حتی طرح درمان ممکن است از درمان سرپائی مطب به درمان زیر بی هوشی 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 و اخلاقی است در حالیکه عدم تشخیص و یا تعویق بیش از حد درمان عارضه می تواند موجب عوارض بیشتر و پیچیده شدن درمان گردد و در این حالت از نقطه نظر اخلاقی و قانونی دندانپزشک مسئول است .

ب - یک نمونه درست از ارجاع یا referral که در عمر کاری خود در مطب داشتم توسط یک پرودونتیست 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 تاریخ های با فلپ باکال آن را بستم . متأسفانه هر دوبار فلپ پس از یک هفته باز شد . بیمار جهت ادامه درمان ارجاع داده می شود تا هرگونه صلاح می دانید اقدام فرمائید . این ایده ال ترین نوع نامه ارجاعی بود که من داشتم و بسیار برای تصمیم به طرح مناسب درمان کمک کننده بود . حد اقل حسن 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، شستشوی مفصل آن ارتباط دهانی سینوسی با فلپ پالاتال کاملاً بدون کشش با موفقیت بسته شد و هیچ مشکل پس از جراحی وجود نداشت . توصیه می کنم در صورت ارجاع برای ادامه هر درمان ناتمام حتماً جزئیات مراحل و اتفاقات در نامه ارجاع نوشته شود .

ج - در اعمال جراحی بیمارستانی ، جزئیات بی هوشی و جراحی بیمار نگاشته می شود . در نتیجه در صورت نیاز به درمان مجدد توسط جراح یا پزشک دیگر امکان دسترسی به شرح عمل یا عمل های جراحی قبلی وجود دارد .

در زمان رزیدنسی در آمریکا، پس از خاتمه هر جراحی به اتاقک یا کابین کوچکی که در فضای اتاق عمل بود میرفتم و شرح عمل یا operative report را که شامل ویژگی های بیمار ، نوع بی هوشی ، نام جراح و رزیدنت های کمک و سرانجام جزئیات عمل جراحی انجام شده و عوارض احتمالی پیش آمده ضمن عمل را توسط میکروفن و ضبط موجود در کابین بیان میکردم . دیرتر نوار توسط کارمند مسئول تایپ می شد . رزیدنت باید نوشته تایپ شده را کنترل و در صورت درستی امضاء کند . این شرح عمل در پرونده بیمار ثبت و حتی سال ها بعد قابل دسترسی بود . متأسفانه ما در حفظ اطلاعات ضعیف هستیم . در بیمارستان شرح عمل نوشته می شود ولی معمولاً بسیار مختصر و نارسا و با توجه به تایپ نشدن بسیار بد خط است .

د - نامه مشاوره یا Consultation معمولاً برای مشاوره با پزشک معالج بیمار نوشته می شود . در نامه مشاوره نوع درمان دندانپزشکی یا جراحی مورد نظر با بی حسی موضعی باید نوشته شود و توصیه های پزشک معالج را درخواست کند پاسخ مشاوره در واقع یک توصیه یا advise است و می تواند مورد توجه عمل کننده قرار بگیرد و یا نگیرد . در هر صورت مسئولیت درمان با عمل کننده است .

ه - 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) 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 تعیین تکلیف طرح درمان گردد .

۱۳- معرفی نامناسب دندانپزشکی در سطح جامعه .

به نظر من یکی از مهم ترین مهم های فراموش شده (کمتر توجه شده) توسط همکاران معرفی دندانپزشکی به عنوان عمدتاً زیبایی در جامعه است . تبلیغات متعدد در رسانه های نوشتاری و مجازی در ارتباط با زیبایی مشاهده می شود و حتی از واژه هایی مانند چسباندن نگین و ایجاد لبخند هالیوودی و مانند آن استفاده می شود . در بسیاری موارد این تبلیغات همراه تصویر خانمی است در حال خنده که زیبایی دندان ها و خنده همراه پخش اشعه نورانی است (شکل ۵) !!!!!

شکی نیست زیبایی بر مبنای تعریف رسمی سلامت موجب شده که از ارتباط مهم سلامت دهان به درون غفلت شده است . اگر چه جزئیات این عنوان می تواند عنوان یک کتاب باشد مایلم برداشت کلی خود را به صورت فشرده بیان کنم :



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 باشد با توجه به اینکه اولین عبور ورید روده از راه ورید باب یا portal vein از کبد است باکتری می تعدیل می گردد، در حالیکه باکتری می ناشی از عملکرد طبیعی دهان امتیاز اولین عبور از کبد و پاک سازی توسط سیستم رتیولو اندوتلیال آن را ندارد ولی بزرگترین امتیاز دهان دسترسی آسان برای رعایت بهداشت است .

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

۳ - به صورت معمول حدود 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 پریودونشیوم است . چهار خصوصیت در باکتری می ناشی از دهان وجود دارد :

الف - frequency یا فراوانی .

ب - Nature یا طبیعت یا نوع میکروارگانیسم ها .

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

د -- Duration یا مدت هر باکتری می بین ۶ تا ۳۰ دقیقه و حد اکثر ۶۰ دقیقه .

طبیعی است در دهان های سالم هر چهار خصوصیت باکتری می پائین تر و حتی نزدیک کشت منفی گزارش شده است .

۴ - باکتری می پس از جراحی های دهان و سایر دستکاری های دندانپزشکی 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 هیپوونتیلاسیون است) .

۵ - امروزه تحقیقات متعدد در ارتباط با پاتوژنز باکتری می ناشی از دهان با بسیاری بیماری ها و بویژه آترواسکلروز عروق کرونر انجام شده . برخی عامل اصلی و بسیاری 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 مدیاتور های آماسی (از لثه و سایر ارگان ها مانند کبد) .

با توجه به اهمیت و فور مرگ و میر از آترواسکلروزیس (۳۳ تا ۳۹ در صد علت مرگ و میر در ایران با حدود ۳۰۰ مورد در روز) در ارتباط با آن تحقیقات متعدد انجام می شود . دلایل تقویت فرضیه علمی نقش باکتری دهان در ایجاد و یا تشدید آترواسکلروزیس عروق کرونر عبارتند از :

الف - مطالعات اپیدمیولوژیک .

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

ج - یافتن DNA باکتری های پریدونتال در آتروم های 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*).

۶ - آترواسکلروزیس عروق کرونر فرآیندی دائمی است که احتمالاً با اولین ضربان قلب در جنین شروع و بهائی است که ناگزیر برای ادامه حیات باید پرداخت کرد . آترواسکلروزیس پدیده آماسی / ایمنی است و بهمین دلیل نقش مستقیم باکتری ناشی از دهان + سموم ناشی از باکتری + مدياتور های آماسی ناشی از خود پریدونشیوم و نیز مدياتور های ساخته شده در سایر ارگان ها مانند کبد را در تشدید آترواسکلروز موثر می دانند و همان گونه که بیان شد با مطالعات اپیدمیولوژیک و نتایج اتوپسی نمونه عروق کرونر و نیز مطالعات حیوانی فرضیه نقش بیماری های پریدونتال و باکتری 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 فقط به عنوان زیبایی در جامعه معرفی شده است . اگر اهمیت این موضوع به بیمار و همراهان وی به زبان ساده توضیح داده شود مراجعه مرتب برای معاینات دوره ای مراجعه می کند که در این صورت یا بیمار نیاز به درمانی ندارد و یا درمان های پیشرفته به دلیل تاخیر در مراجعه از بین می رود . توضیح برای بیمارانی که بی توجه به سلامت و بهداشت دهان بودند را به این روش انجام می دادم و به بیمار می گفتم 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 جاهای دیگر بدن رفته و صدمه میزند . درست مانند اینکه آب پاک و زلال را در یک لیوان دارید اگر حتی قطره ای فاضل آب داخل آن ریخته شود دیگر در نوشیدن اگراه می کنید .

۷ - اگر چه به دلیل اهمیت بیشتر در ارتباط با نقش سلامت دهان و باکتری و آترواسکلروزیس و سکت و سایر بیماری های قلبی تحقیقات بیشتری انجام شده ولی اثرات سوء آماس مزمن پریدونتال و باکتری در سایر بیماری های عمومی هم مشخص شده است از جمله : تشدید دیابت / پنومونی باکتریال / زایمان زودرس و نوزاد با وزن کم زیر ۲/۵ کیلوگرم / زخم معده و هلیکو باکتر پیلوری (*Helicobacter Pylori*) و

در نهایت خلاصه کنم در زمینه معرفی دندانپزشکی و این مهمترین عضوی که سلامت آن نقش عمده در سلامت درون دارد غفلت کرده ایم و این عضو مهم را متاسفانه فقط به عنوان نماد زیبایی به جامعه معرفی کرده ایم . همان گونه که از پیش نیز بیان کردم ، به نظر من اولین وظیفه ما تغییر و اصلاح فرهنگ و نگرش بیمارار و سپس درمان است .

۱۴- کاهش توجه به دوره های عمومی، در کنار دوره های 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 دانشکده های دندانپزشکی های دولتی و آزاد و پردیس به بیش از ۶۰ رسیده است. حدود ۵۰ سال گذشته هم تعداد دانشکده ها محدود بود و هم بیشتر محدود به تربیت دوره های عمومی بود. به تدریج دوره های تخصصی رزیدنسی ابتدا در تهران دانشگاه تهران و ملی (شهید بهشتی) و سپس به سایر دانشکده های مراکز استان و شهرستان گسترش یافت. در سال های اخیر دوره های فلوشیپ و PHD هم اضافه شده است. اگر چه تربیت متخصصین برجسته برای تحقیق و تدریس ضروری است ولی اشکال بزرگ این است که موجب کاهش توجه به دوره های عمومی شده است. من در زمان تدریس بیشتر سعی کرده ام معلم دانشجویان ترم های پائین باشم و در قسمت عملی هم واحد جراحی عملی یک را ترجیح میدادم، چه به نظر من معلم کلاس اول و دوره ابتدائی در شکل گیری پایه درست مهم تر است. متأسفانه در برخی دانشکده ها از جمله شهید بهشتی که من در جریان هستم دوره تربیت بهداشت کار که نیاز بیشتر به آن وجود دارد تعطیل شده است. البته برقراری دوره های فوق تخصصی فلوشیپ و مستر شیپ دهان پر کن تر است. مملکت واقعا بیشتر نیاز به بهداشت کار و دندانپزشک عمومی خوب دارد و به نظر من این دوره ها از نقطه نظر کیفی زیر سلطه دوره های تخصصی و فوق تخصصی تا حدودی له شده اند. در زمانی که دوره سربازی را به عنوان سپاهی بهداشت در میناب بندرعباس میگذراندم (سال ۱۳۵۳) به دلیل کمبود پزشک عمومی حد اقل چهار پزشک از هند و پاکستان و فیلیپین در بهداری شهر مشغول به کار بودند و حقوق حدود ۶۰۰۰ تومان (حدود ۱۰۰۰ دلار) که می گرفتند برایشان بسیار جذاب بود. خوشبختانه با افزایش دانشکده های پزشکی و دندانپزشکی و پذیرش بیشتر دانشجویان این کمبود نه تنها حل شده الان شاید بیش از نیاز داشته باشیم. بهرحال ما ایرانی ها 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 جهت قابل توجه است. بهر حال مهم اصلاح تفکر و معقول شدن است همیشه آرزو داشته ام که تفکر دانشگاهی حتی در کلینیک های درمانی خصوصی جاری باشد در حالیکه با عرض معذرت در مواردی تفکر درمانگاهی را در دانشگاه می بینم. فکر میکنم بر مبنای نیاز جمعیت و افزایش آن تربیت پزشک و دندانپزشک و متخصصین و نیز سایر رشته های دانشگاهی تربیت نمی شود و در بسیار موارد بیش از نیاز وجود دارد و به دلیل توزیع نامناسب یک سری ناهنجاری های اجتماعی را هم سبب شده. در عناوین بیان شده پیش از این مانند افزایش درمان های غیر ضروری، بزرگ نمائی درمان های ضروری، تحمیل یک طرح درمان مفصل، و غیره همگی بیشتر ناشی از تراکم متخصص و تجمع در یک محل می باشد.

خلاصه کنم توصیه و خواهش از اساتید که زمان بیشتری برای دانشجویان عمومی و بویژه سال های پائین قرار دهند و رفتاری داشته باشند که دانشجوی دوره عمومی احساس کند که وی در اولویت است و در واقع هم وجود و هم فلسفه اصلی دانشکده ها برای تربیت دوره عمومی است و تربیت متخصص در درجه دوم قرار دارد.

اگر چه از مسئولین نمی توان انتظار زیاد داشت ولی خواهش می کنم در صورتی که توان دارند اول دوره های بهداشت کاردهان را احیاء و دوم پذیرش دانشجویان دوره عمومی بر مبنای حد اکثر پنجاه در صد بیشتر از نیاز جمعیت موجود ورشد سالانه آن باشد و سوم اینکه پذیرش و شروع دوره های فلوشیپ و مستر شیپ واقعا بر مبنای نیاز باشد و نه خود نمائی و سبقت دانشکده ها بر هم.

۱۵- اهمیت اخلاق حرفه ای رسانه ای .

خلاصه کنم من با انواع تبلیغات واقعی و مجازی توسط گروه پزشکی حتی برای کالای عالی هم مخالفم و معتقدم گروه پزشکی نباید عامل کمک به تبلیغ کالا باشد . مطمئن هستم بسیاری بویژه همکاران جوان با این عقیده من مخالف هستند . چند نمونه ذکر می کنم :

۱ - بویژه در اینستاگرام ، مشاهده می کنم تعدادی از همکاران تصاویر درمان های خوب خود را ارائه می کنند . هدف چیست ؟ اگر جلب بیمار باشد به نظرم پسندیده نیست و اگر آموزش به سایر همکاران است باید هدف ذکر شود و شاید بهترین محل برای آموزش همکاران دانشکده ها و کنگره ها است نه ارائه در فضای مجازی . اگر چه به نظر من الان فضای مجازی واقعی و زندگی واقعی مجازی شده است !!!!!

۲- تبلیغ برخی دندانپزشکان در رسانه های مجازی مانند اینستاگرام ، فیس بوک ، تلگرام ، روزنامه ، مجلات ، پیک های تبلیغاتی بسیار رایج شده و عناوین مانند ایجاد خنده هالیودی و چسباندن نگین و سفید کردن دندان و اعلام قیمت و تخفیف و امثالهم برای من بسیار آزار دهنده است .

۳ - به نظر 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 عنوان کنم . البته در صحبت های فردی یا چند نفری اشکالی ندارد که از کالائی که در عمل مناسب دیده ام در صورت پرسش نام ببرم ولی نه در یک سخنرانی رسمی و یا مصاحبه رسانه ای .

۴ - شرکت پزشکان در برنامه های رسانه نوشتاری و صدا و سیما به شرطی که هدف واقعا راهنمایی و پیشگیری باشد بسیار خوب است . شنیده ام برخی پزشکان برای شرکت در برنامه تلویزیونی و معرفی خود حتی مبلغی پرداخت می کنند . اگر این پدیده حقیقت و شیوع داشته باشد به نظر من حقیر ترین نوع تبلیغ و نابودی حرمت ، اعتبار ، تشخص ، و پرستیژ حرفه ای است .

۵ - آگاهی رسانی در حد وارد کردن نام پزشک ، تخصص ، آدرس مطب ، تلفن ، ساعات و روزهای کار و جابجائی مطب در رسانه های نوشتاری و مجازی با توجه به گستردگی شهر ها برای اطلاع بیماران و همکاران بسیار خوب است .

۶ - به نظر من در سرنسخه ، تابلو مطب و هرگونه معرفی خود فقط و فقط عین عنوان مدرک عمومی و تخصصی باید بیان شود . حتی کم کردن عنوان تخصص هم درست نیست . برای نمونه در رشته تخصصی خود من که عبارت از " جراحی دهان ، فک و صورت " است حتی کم کردن عنوان می تواند موجب گمراهی گردد . متأسفانه برخی همکاران کلمه دهان را حذف و تخصص خود را " جراحی فک و صورت " عنوان می کنند ، در اینصورت مرکز تخصص این رشته که دهان است حذف شده و به نظر من نادرست است . کم مانده که کلمه دهان و فک را حذف و بنویسند "جراحی صورت " که این دیگر خیلی گمراه کننده است . خلاصه کنم به نظر من عین عنوان گواهی نامه دوره عمومی و تخصصی باید نوشته شود نه یک کلمه بیشتر و نه یک کلمه کمتر .

۱۶- محبوس شدن در رشته تخصصی .

تعدد رشته های تخصصی (فقط دندان پزشکی بیش از ده رشته تخصصی بالینی دارد) ، از نقطه نظر تحقیقات و تدریس بسیار عالی است ولی لزوماً و همیشه برای بیمار مفید نمی باشد. برای نمونه فشار خون ساده و رایج می تواند توسط یک پزشک عمومی مدیریت گردد ولی امروزه بیمار نمی داند به پزشک عمومی مراجعه کند یا به متخصص داخلی یا به متخصص قلب و عروق. متأسفانه تعدادی متخصصین هم در رشته تخصصی خود محبوس شده اند ، در حالیکه بدن به شکل یک مجموعه با هم مرتبط است . در رشته های تخصصی بالینی دندانپزشکی هم همین مسئله مشاهده می شود که هر متخصص در محدوده تخصص خود محبوس و قفل شده . اگر بال های 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 می کنیم و شاید به جای عنوان پزشک یا دکتر مانند گذشته "حکیم" نامیده شویم. البته این آرزوی من است. با وجود موانع امروزی به نظرم هنوز دست یافتنی است . به نظر من علوم مرز جدا کننده ندارند و از تمام رشته های علوم مانند فیزیک و شیمی و ریاضی و گروه پزشکی و موسیقی و در درجه اول اگر عمقی نگاه کنیم یک راه خوب برای پیدایش دید وسیع تر از اطرافمان است و به ویژه رشته های علوم پزشکی و شناخت بدن البته به صورت عمقی یک راه گشای خوب برای احساس یک نسیم یا نم از خلقت است . در درجه دوم علوم کاملاً با هم مرتبط است . همان گونه که کشف یک ارتوپد در دندانپزشکی می تواند بکار رود (مانند ایمپلنتولوژی نوین) و یا کشف دندانپزشک هم می تواند در بیهوشی استفاده شود (مانند نیتروس اکساید) .

متأسفانه پدیده محبوس شدن در قفس رشته تخصصی دست آورد سال های اخیر و محدود به ایران و رشته های تخصصی دندانپزشکی نبوده و شامل رشته های تخصصی پزشکی هم می شود . حبس در رشته تخصصی دو اشکال اصلی دارد اول اینکه می تواند به ضرر بیمار در تشخیص گردد و دوم اینکه خود عمل کننده متخصص را در قفس نگاهداشته و امکان پرواز و وسعت دید و گوارایی حرفه ای را از خودش می گیرد .

یک نمونه که برای خودم رخ داده را بیان می کنم :

به دلیل سرفه و تنگی نفس در پیاده روی سربالایی که مدتی ادامه داشت نزد استاد متخصص ریه رفتم . به دستور منشی دکتر پیش از ویزیت به رادیولوژی رفتم و یک رادیو گرافی قفسه سینه گرفتم که کاملاً طبیعی بود . در ضمن من در معرفی خودم کلمه دکتر را عنوان نمی کنم تا او راحت تر باشد و من هم ویزیت پرداخت و مدیون نمانم چون معتقدم "هیچ چیز گران تر از مفت نیست" متخصص ریه پس از دیدن رادیوگرافی با گوشی دو ناحیه جلوی ریه را سمع کرد . فرمودند مهم نیست و اسپری بینی حاوی کورتون را نسخه کردند. دو سؤال بسیار مهم باید از من انجام می شد که نشد :

۱- با توجه به سن من که بالای ۶۰ سال است آیا مشکل قلبی ندارید ؟ چرا که نارسائی قلب یکی از علل سرفه و تنگی نفس می تواند باشد .

۲- آیا داروئی مصرف می کنید ؟ چه اولاً می توانست بیانگر بیماری قلبی باشد یا نباشد و از این مهم تر اینکه عارضه برخی دارو ها مانند داروهای مهار کننده آنزیم مبدل آنژیوتانسین (ACEIs) سرفه های خشک ، مقاوم ، بدون خلط و مقاوم به داروهای ضد سرفه است. پرسش داروهای مصرفی بسیار بسیار مهم و کلیدی بود .

مورد بالا فقط یک نمونه بود موارد مشابه بسیار است . در رشته های تخصصی دندانپزشکی هم این پدیده رایج و حتی در سطح دانشکده هم مشاهده می شود . آرزوی من تفکر دانشگاهی حتی در درمانگاه ها است در حالیکه هنوز کم و بیش در دانشگاه تفکر درمانگاهی دیده می شود .

۱۷ - اصرار به توجیه مشکل بیمار با دانسته های خودمان .

این عنوان ادامه و عارضه پدیده قبلی یعنی محبوس شدن در رشته های تخصصی هم پزشکی و هم دندانپزشکی است . در ناحیه دهان و فک و صورت علاوه بر دندانپزشکی و بیش از ده رشته تخصصی بالینی آن ، ناحیه زیر پوشش سایر تخصص ها مانند گوش و حلق و بینی ، جراحی پلاستیک ، مغز و اعصاب ، روان پزشکی ، و چشم می باشد . در برخی مراجعات بیمار مانند سردرد هر تخصص سعی به توجیه ناراحتی بیمار با دانسته های رشته تخصصی خود می کند . برای نمونه دندانپزشک عمومی و متخصص دنبال نادرستی اکلوژن ، گرفتگی عضلات جوونده و ناراحتی مفصل گیجگاهی فکی (TMJ) 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 با انواع و اقسام سر درد ها و مشکلات درون جمجمه ای است و سرانجام روان پزشک به دنبال نوعی اختلال روحی روانی که بهر حال معمولاً نکته ای هم پیدا می شود !!!!!!!

البته پدیده بالا تا حدودی طبیعی است فقط تنها مشکل پافشاری به توجیه بیمار با رشته تخصصی خود است که در این صورت ممکن است درمان های اضافی و بی فایده انجام گردد . این پدیده علاوه بر رشته های تخصصی پزشکی، حتی درون رشته های تخصصی دندانپزشکی هم می تواند رخ دهد . برای نمونه مواردی را بیان می کنم :

الف - خانم ۵۰ ساله ۲ سال پیش مورد جراحی بالا بردن کف سینوس ماگزیلاری 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 برای بیمار از یک سال قبل اسپلینت نایت گارد برای بیمار ساخته و استفاده می شده است . بیمار به من ارجاع شد البته پدیده پیچیده شده بود به دلایل زیر :

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 .

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 از مواد Bio-Oss از محل (گفته بیمار) و نیز جمع شدن Bio-Oss در اطراف فقط ایمپلنت احتمال دیسزتزی (dysesthesia) یا حس غیر طبیعی (مانند درد همراه سوزش) اعصاب حسی ناحیه هم مطرح است . یکی از همکاران توصیه به برداشتن ایمپلنت و مواد Bio-Oss از سینوس داشت ولی با توجه به محکم بودن تک ایمپلنت قرار داده شده در حدود ناحیه مولر دوم سمت راست تصمیم گیری این طرح مشکل بود به ویژه این که تضمینی به رفع ناراحتی نبود و ممکن بود این ایمپلنت هم که در عملکرد خوب است از دست برود .

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

۴ - در معاینه دهانی مولر اول سمت راست بالا (با کمی فاصله با ایمپلنت) پائین تر از سطح اکلوژال (به دلیل نبود دندان مقابل) و مشکل پریدونتال پیشرفته داشته و در امتحان بالینی مشکوک به ترک خوردگی بود . پس از معاینه پریدونتالیست دندان hopeless اعلام و توصیه شد که این دندان خارج گردد . معهذاً با توجه به سابقه قرار شد بیمار در مورد بیرون آوردن دندان اگر مایل است با پریدونتالیست خود نیز مشورت کند . برای بررسی احتمال موثر بودن این دندان در اتیولوژی درد ناحیه 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 طی چند ساعت و پس از مشاوره بیمار در نهایت دندان مولر اول سمت راست خارج و خوشبختانه عمده ناراحتی (نه کامل) از بین رفت . پس از بررسی بخش پروتز در ارتباط با اسپلینت و نایت گارد استفاده از آن غیر ضروری تشخیص داده شد . پس از درمان های ساده بالا قسمت اعظم ناراحتی بیمار از بین رفته البته گاهی علائم کم و گذرا از دیسزتزی را گزارش می کند که می گوید آزار دهنده نیست .

۵ - در این مورد هم متخصصین طرح های درمانی مختلف می دادند از درمان های دارویی اعصاب و روان تا برداشتن ایمپلنت و Bio-Oss تا صبر 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 می شده درحالیکه 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 می رود و هر تخصص سعی به ارتباط دادن بیماری با دانشته های خود می کند که البته این طبیعی است ولی در اصرار به آن و بویژه درمان های عمده غیر قابل برگشت باید بیشتر فکر کرد . بیمارانی که از این دکتر به آن دکتر می روند گاهی فکر می کنند بیماری عمده دارند در درجه اول باید به بیمار اطمینان داد که نگران نباشد و فکر نکند مثلا تومور یا ضایعه بدی دارد چه با اضافه شدن جزء روانی پیچیدگی مشکل دو چندان می شود . من با این بیمار مدت زیاد صحبت کردم و احتمال تحریک عصب حسی که فقط اذیت دارد ولی مهم نیست را تاکید کردم چه بیمار به دلیل ارجاع به متخصصین مختلف فکر می کرد ضایعه یا توموری دارد که به او نمی گویند . توضیح مفصل و ایجاد اطمینان مقدار زیاد از ناراحتی بیمار را کاهش داده بود .

همان گونه که بیان شد ناحیه صورت و سروگردن دارای بیشترین رشته های تخصصی است . به دلیل تخصص های متعدد پزشکی و حد اقل ده رشته تخصصی بالینی دندانپزشکی تداخل تصمیم گیری ها ممکن و لازم است با احتیاط اظهار نظر و طرح درمان بدهیم . محبوس شدن در رشته تخصصی و اصرار به توجیه مشکل با دانسنه ها یکی از مشکلات امروزی است .

اگر چه این تداخل در ناحیه دهان و فک و صورت بیشتر رخ می دهد ولی در رشته های تخصصی پزشکی هم کم نیست . یک نمونه را که خودم شاهد بودم به صورت خلاصه بیان می کنم :

بیمار ۶۰ ساله که چند سال پیش به دلیل درد قفسه سینه به بیمارستان مراجعه و پس از انجام آنژیوگرافی هم زمان آنژیوپلاستی انجام می شود . پس از چند سال بیمار مجدد دچار درد می شود دو باره در همان بیمارستان آنژیوگرافی و آنژیوپلاستی می شود . روز های بعد درد بیمار از بین نرفته و حال عمومی بد تر می شود . پس از معاینات بیشتر توسط جراح عمومی مشخص می شود منشا درد از شکم است و نه از قفسه سینه . بیمار دو بار تحت عمل جراحی شکم قرار گرفته و متأسفانه پس از جراحی دوم شکم به دلیل ضعف و ناتوانی بسیار جسمی فوت می کند . این نمونه واضح محبوس شدن در رشته تخصصی و اصرار به توجیه علائم با رشته تخصصی است . نکته مهم در این بیمار این است که از نقطه نظر قانونی یا **legal** کار دیولوژیست با توجه به یافته آنژیوپلاستی کار درستی انجام داده ولی از نقطه نظر اخلاقی یا **moral** منشا درد شکم بوده و نه قفسه سینه و قلب . این یک نمونه بارز است که اخلاق یا **moral** مهم تر از مسائل صرفاً قانونی یا **legal** است البته من شدید به این اصل معتقدم و نظر شخصی است شاید بسیار با من موافق نباشند .

ایده آل انطباق **legal & ethical & moral** است ولی در صورتیکه مانند مورد بالا از نقطه نظر قانونی

ایرادی به درمان کار دیولوژیست نیست ولی از نقطه نظر اخلاقی خود وی باید قبول کند در تشخیص منشاء درد عجله کرده و شاید تشخیص سریع تر زخم گوارشی که منشا درد بود منجر به بالا رفتن احتمال نجات بیمار می شد . مجدد عرض می کنم کامل نظر شخصی من است اخلاق یا **moral** مهم تر از قانون یا **legal** است .

در صفحات اولیه مقدمه اختلاف این سه واژه یعنی **legal & ethical & moral** توضیح داده شده است . چنانچه روزی مفهوم این سه واژه با هم یکی و یا نزدیک شوند، بیانگر حرکت کل جامعه به سوی سلامت اخلاقی است .

۱۸ - پرهیز از نگاه ماشینی .

این عنوان با مورد پیشین یعنی محبوس شدن در رشته تخصصی در پیوند است . افزون بر محبوس شدن در رشته تخصصی به آن عضو هم بیشتر مانند یک ماشین برخورد می شود . برای نمونه درست است که قلب یک پمپ است ولی به اعتقاد من به شدت سلامت کارکرد درست آن به احساسات بستگی دارد و نباید مانند پمپ آب چاه با آن برخورد کرد و من متأسفانه 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 خطرناک است . اگر چه برخورد ماشینی با سایر اعضاء هم مهم و ناپسند است ولی در مورد اعضاء حیاتی مهم 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 به دلیل کم تر بودن پاراکلینیک مدرن موجب پیوند کلامی و تماسی و عاطفی بیشتر بین طبیب و بیمار بود و این نگاه ماشینی کمتر وجود داشت . شاید بیان این خاطره کودکی من تکراری باشد ، دوره کودکی پدرم مرا نزد پزشکی میبرد که نام او هنوز خاطرم هست (دکتر نبوی) . پیش از قرار دادن گوشی روی قفسه سینه برای گوش دادن قلب و ریه، سر گوشی را چند ثانیه کف دست خود قرار می داد تا سرمای فلز روی سینه احساس نشود . شکی ندارم اطلاعات پزشکی عمومی و متخصص امروز خیلی خیلی بیشتر از آن زمان شده ولی این هیچ منافاتی با خوبی های سنت گذشته ندارد و اتفاقاً پیوند سنت های خوب با علم امروز ، پزشکی را به هنری ارزنده تبدیل می کند که هم بیمار و هم پزشک از آن لذت می برند . من با دید فقط ماشینی به علوم پایه پزشکی نگاه نمی کنم . یک نمونه بیان کنم :

قلب ما که اهدا کننده حیات به تمام اندام های دیگر است ، تنها عضوی است که خود در سیستول بهره مند نمی شود و در زمان دیاستول تغذیه حیاتی دریافت می کند . البته این را می توان با دید ماشینی دید و گفت ، به سبب فشردگی زمان سیستول و دلایل آناتومیک و فیزیولوژیک نمی تواند در سیستول خون بگیرد این درست است و علمی ولی چرا با دید درونی با این پدیده برخورد نکنیم و چه اشکالی دارد تصور کنیم قلب در زمان اهدا حیات به تمام اندام ها برای خود سهمی بر نمی دارد و زمانی خود بهره مند می شود که سایرین نیاز ندارند . اگر چه این تفکر در امتحان درس آناتومی و فیزیولوژی نمره صفر می گیرد ولی در امتحان شناخت زیبایی های خلقت نمره بیست دارد . گسترش این تفکر در مورد همه اندام ها خود به خود نگاه ماشینی را از ما دور می کند . من همیشه به دانشجویان گفته ام که اگر حتی به پالپ کوچک دندان را با دید عمیق تر نگاه کنیم یافته هایی خواهیم دید لذت بخش از شناخت اندکی از زیبایی های خلقت و حیات .

در دندانپزشکی عمومی و تخصصی هم در بسیاری موارد با نگاه ماشینی فقط یک طرح معمولاً مفصل به بیمار ارائه و تحمیل می شود در حالیکه قرار است در طرح درمان " بیمار را درمان کنیم و نه بیماری را " در حالیکه طرح های ساده تر می تواند برای یک بیمار خاص مناسب تر باشد . برخی موارد طرح های پیچیده و مفصل به نحوی به بیمار گفته می شود انگار در صورت عدم انجام فاجعه ملی رخ می دهد و مدار و گردش کره زمین بر هم میخورد !!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!

۱۹ - رفتار حرفه ای نسخه و گواهی نویسی .

اگر چه نوشتن داروهای غیر ضروری (آنتی بیوتیک و دگزامتازون و غیره) به فراوانی رخ می دهد که خود حدیث مفصل است ، ولی منظور من از این عنوان نمونه هایی از رفتار غیر حرفه ای نوشتن نسخه ها و گواهی های دروغین به صورت غیر آگانه و یا متاسفانه گاهی آگاهانه است . چند نمونه :

الف - بیمار دفترچه دیگری را برای نوشتن رادیوگرافی و یا دارو ارائه و پزشک ممکن است بدون آگاهی و البته گاهی با آگاهی این اشتباه را انجام دهد . همیشه هنگام بررسی رادیوگرافی و سایر پاراکلینیک باید توجه داشت که در مواردی مربوط به بیمار است ولی با نام شخص دیگر . بهر حال بروز این اتفاق بیانگر نوعی ناسلامتی و احتمالا مشکل مالی بیمار بوده است و پزشک معالج باید به این نکته و احتمال ماندگاری نادرستی توجه داشته باشد . من همیشه هنگام بررسی رادیوگرافی و سایر تصویر برداری ها و پاراکلینیک ها به سه نکته اولیه توجه می کنم اول اینکه آیا متعلق به بیماری است که معاینه کردم ؟ دوم آیا نام روی آن با بیمار یکی است یا نام دیگری دارد ؟ سوم اینکه چه اندازه از زمان انجام آن گذشته ؟ . در بیماری که از دفترچه دیگری استفاده کرد باید در مرتبه اول وی را قانع کرد که عمل درستی نبوده و نام دیگری بر مدارک او ممکن است موجب اشتباه به ضرر وی گردد و در ضمن باید مطمئن شد درخواست نوشتن درمان انجام شده را در دفترچه دیگری ندارد چه پس از درمان همین نکته می تواند موجب مناقشه و بحث نامناسب گردد .

ب - برخی اوقات بیماران آشنا مراجعه و خواهش می کنند 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 خاص غیر مرتبط با رشته (نمونه داروهای قلبی اعصاب و روان) و یا آزمایشات پاراکلینیک تهاجمی (نمونه آنژیوگرافی عروق کرونر و عروق مغزی و امثالهم) را بنویسد . البته درخواست آنژیوگرافی برای احتمال همانژیوم یا دیگر ضایعات و سکولر ناحیه دهان و فک و صورت توسط جراح دهان و فک و صورت موجه و ضروری است . درخواست آزمایشات روتین غیر تهاجمی توسط دندانپزشکان عمومی و متخصص در صورت ضرورت نیاز یافته های تاریخچه ای و یافته های بالینی و حتی برای بررسی کلی روتین (چک آپ) ضروری است . من همیشه مایل بودم دندانپزشکان به جای CT Scan های گاهی غیر ضروری دستور CBC را در دفترچه بیمار بنویسد .

ج - خاطره جالبی دارم روزی صبح زود وارد دانشکده شدم . نگهبان جلوی در به من یک نسخه از یک کاردیولوژیست دلد که روی آن تعداد زیاد قرص clopidogrel (plaxix) 75 میلی گرمی نوشته بود . گفت بیمار دفترچه ندارد و من به داروخانه رفته ام و این دارو گران است . مسئول داروخانه نام یک داروی آنتی بیوتیک گران را نوشته و گفته این دارو را در دفترچه بنویسند تا معادل قیمت آن plavix تحویل دهد . توجه کنید داروی دروغین در دفترچه دروغین نوشته شود تا داروی درست تحویل داده شود برای بیمار دیگر . البته این همگی ناشی از فقر مالی است و واقعا این هنر حل مسئله خود مستحق جایزه است !!!! البته با توجه به حسن نیت نگهبان که من او را میشناختم به او غلط 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 بعد که وارد بخش شدم مشاهده کردم یکی دیگر از همکاران همان درخواست غلط را در دفترچه بیمه انجام داده و زمانی که من به او توضیح دادم مشخص شد اصولا متوجه نشده و فقط از او خواسته شده که نام آن آنتی بیوتیک گران که نسل چهارم سفالوسپورین ها بود را بنویسد در حالیکه این دارو تقریبا هیچ مورد تجویز در عفونت های ناحیه دهان و فک و صورت ندارد . بهر حال بسیار از این اشتباهات ناشی از عدم توجه و اعتماد به حرف دیگران است و لازم است کمی هوشمندانه تر عمل کنیم .

د - در ارتباط با گواهی های استراحت هم باید به درستی آن مطمئن بود . برای نمونه یکی از پرستاران دانشکده به من مراجعه و درخواست گواهی دو ماه استراحت برای یکی از بستگان کرد . چنین گواهی برای بیمار دچار شکستگی فک

تحت درمان اگر چه اغراق آمیز است ولی قابل قبول است ولی برای فردی مانند مورد درخواستی که بیمار شکستگی نداشته و رادیوگرافی قبل و پس از درمان وجود ندارد کامل غیر معقول است. اگر چه جواب منفی به همکار آشنا ناراحت کننده است و باید همراه توضیح مفصل و قانع کردن وی باشد اگر چه فکر می کنم اغلب با موفقیت همراه نیست. البته به نظر من برای بیماری که جراحی شده نوشتن گواهی کمی بیش تر برای استراحت بدون مشکل است. جالب این که در زمان جنگ برای مجروحین که صدمات وسیع داشته و مورد پیوند استخوان قرار می گرفتند و دست کم سه ماه استراحت نیاز داشتند در بسیار موارد تقاضای استراحت کمتر برای بازگشت به میدان جنگ داشتند و توقعات بسیار کم بود.

ه - در مورد درخواست معاینه از جانب پزشکی قانونی و نوشتن گواهی بسیار باید دقت کرد که عدالت برقرار و حقی از طرفین دعوا ضایع نشود. برای نمونه در نتیجه حادثه بیمار دچار ضربه به دندان های 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 دندان ها نیاز به درمان اندودونتیک داشته و یا نداشته باشد و بنابراین باید این موضوع و نیاز به معاینه های بعدی در گواهی نوشته شود تا حقی از مصدوم ضایع 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 ضایع نشود.

و - من در کلاس دانشکده هرگز حضور و غیاب انجام نمی دادم اول به دلیل وقت گیر بودن دوم ترجیح می دهم دانشجویان با رضایت قلبی سر کلاس بیایند نه اجبار. همیشه حداقل بیست دقیقه زودتر سر کلاس حاضر می شدم تا کامپیوتر وصل و آماده گردد تا وقتی از کلاس ضایع نشود. همیشه در پائین لیست حضور و غیاب دانشجویان که از آموزش داده می شود و استاد باید امضاء کند هیچ گاه نمی نویسم همه دانشجویان حاضر بودند و به جای آن می نویسم " همه دانشجویان حاضر در نظر گرفته شوند " .

ز - در نوشتن گواهی استراحت پس از جراحی دقت لازم در چند نکته به ظاهر کوچک الزامی است. نمونه ای ساده را بیان می کنم. یک دانشجوی قدیمی من که دوره طرح خود را می گذراند برای جراحی چهار دندان عقل نهفته به بخش جراحی دانشکده مراجعه و اصرار داشت من جراحی ایشان را انجام دهم. در جلسه اول جراحی دو دندان عقل نهفته نسبتاً 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 پنجشنبه 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 ذکر می شود. چنانچه در گواهی اول فقط جراحی دندان عقل نهفته ذکر می شد احتمال داشت که ارائه گواهی جلسه دوم همراه برداشت نادرست از طرف اداره ایشان گردد. در ضمن توصیه می کنم از کلمه استراحت مطلق استفاده نکنیم (مگر موارد نادر که واقعا الزامی است). دلیل دو جلسه کردن جراحی دندان های عقل نهفته خانم دکتر دانشجوی قدیم موارد زیر بود:

۱ - عمیق بودن نهفته ها 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 بالا تر 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 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 می کرد دقیقاً عین عمل انجام شده و عین هزینه را می نوشتم و هیچگاه از جمله " هزینه درمان یا جراحی طبق تعرفه دریافت شده " استفاده نکردم . حتی یک مورد هم با مشکل برخورد نکردم . به نظر من نوشتن طبق تعرفه در واقع پذیرفتن تلویحی اختلاف است در حالیکه نوشتن دقیق مبلغ دریافتی صداقت و سلامت کامل عمل کننده را به بیمار نشان می دهد . جالب اینکه برخی بیماران از من طلب گواهی مالی بیش از پرداخت خود می کردند !!!!!

ط - من در نسخه درخواست تصویر برداری مانند رادیوگرافی ها در مواردی دلیل را می نوشتم . برای نمونه چنانچه در معاینه بیمار مشکوک به شکستگی کندیل است حتماً ذکر می کنم برای بررسی احتمال شکستگی کندیل راست . با نوشتن هدف، رادیولوژیست در تنظیم دستگاه دقت لازم را انجام می دهد در غیر این صورت رادیوگرافی به روش روئین انجام شده و ممکن است نقطه مورد نظر به خوبی در تصویر مشاهده نشود . نمونه دیگر اگر درخواست رادیوگرافی اکلوژال ماندیل کنم هدفم را می نویسم که برای شکستگی پاراسفیز 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 می کند تا با تنظیم دستگاه و مقدار و زمان اشعه تصویر گویا تری تهیه نماید .

ی - یک اشتباه دیگر در رفتار حرفه ای طبابت ، نوشتن داروهای غیر ضروری برای بیماران که معمولاً دو دلیل اصلی دارد : اول اصرار بیمار و دوم طبابت نادرست . راضی کردن بیمار و بی حوصلگی طبیب برای قانع کردن وی . به نظر من طبیب دو وظیفه اصلی دارد که به ترتیب اهمیت عبارت است از آموزش و بالا بردن آگاهی بیمار ، و سپس درمان . متأسفانه بیشتر به مورد درمان توجه شده است . تجویز آنتی بیوتیک برای پیشگیری از عفونت زخم در جراحی های معمول دهان که حدود ۲ تا ۴ درصد احتمال عفونی شدن دارد شایع ترین مورد قصور یا malpractice است چه این تجویز هیچ تأثیر در کاهش عفونت ندارد . فقط زمانی که احتمال بروز عفونت زخم جراحی به دلایل عمومی یا موضعی ۱۰ درصد و یا بیشتر باشد مجاز به تجویز پروفیلاکسی آنتی بیوتیک هستیم . یک جمله مهم از قول استاد دکتر پیترسون در ارتباط با تجویز بی رویه آنتی بیوتیک برای پروفیلاکسی زخم جراحی همیشه خاطر دارم :

" بزرگترین اشکال تجویز بی رویه آنتی بیوتیک ها برای پروفیلاکسی زخم این است که متوجه نمی شویم که اگر تجویز نمی کردیم هم هیچ اتفاقی نمی افتاد "

مورد دیگر تجویز بی رویه دارو در ایران کورتیکواستروئید و بویژه دگزامتازون تزریقی است که اغلب ناشی از طبابت نادرست است و گاهی هم اصرار بیمار است که در هر دو حالت رفتار طبیب حرفه ای نیست .

۲۰ - رفتار حرفه ای در بیمارستان .

privilege یا امتیاز استفاده از محیط بیمارستان و اطاق عمل برای جراح دهان و فک و صورت کم و بیش الزامی است .

البته سایر رشته های تخصصی دندانپزشکی (به ویژه اطفال و پرئودونتولوژی) در برخی موارد نیاز به انجام درمان زیر بی هوشی در اطاق عمل بیمارستان دارد . هم چنین دندانپزشک عمومی هم می تواند privilege یا امتیاز بیمارستانی را دریافت کند . در مقایسه با محیط سرپائی مطب ، در بیمارستان توجه به نکات 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 بی هوشی بسیار بیش از محیط سرپائی مطب است . با توجه به این نکته مهم من همیشه یک ساعت پیش از زمان تعیین شده اطاق عمل به بیمارستان می رفتم . پس از اطلاع به اطاق عمل و تحویل وسائل برای ملاقات بیمار و نزدیکان یا همراهان به بخش می رفتم . مکالمه پیش از عمل در آرام کردن بیمار بسیار موثر و به پیش دارویی (premedication) کمک بسیار می کند . هم چنین پاسخ به پرسش های همراهان در آرامش آن ها بسیار مهم است . متأسفانه در بیمارستان های دانشگاهی اغلب بیمار و همراهان پیش از عمل فقط توسط رزیدنت ها ویزیت می شود که البته عالی است ولی ملاقات خود استاد (attending surgeon) بسیار موثر تر است هم برای بیمار و همراهان و هم آموزش رزیدنت ها . در ضمن از آنجائی که متأسفانه این برداشت وجود دارد که رزیدنت بدون حضور استاد جراحی را انجام می دهد ملاقات استاد این تفکر را نیز اصلاح می کند . متأسفانه همین نکات کوچک ولی بسیار مهم هم از نقطه نظر پزشکی و هم بهبود فرهنگ سازی جامعه در رفتار حرفه ای فراموش شده است .

ب - پس از انتقال بیمار به اطاق عمل و با توجه به ملاقات قبلی در بخش با صحبت مجدد باید موجب اطمینان وی شد . در ضمن حضور زودتر در اطاق عمل موجب هماهنگی بهتر با متخصص بی هوشی و کارکنان کمک و آماده سازی به موقع وسایل می شود . تزریق بی حسی موضعی حاوی اپی نفرین که در جراحی های ناحیه دهان و فک و صورت برای کاهش خونریزی انجام می شود حتما باید با اطلاع متخصص بی هوشی انجام گردد تا در صورت بروز احتمالی آریتمی آمادگی مدیریت آن را داشته باشد .

ج - پس از خاتمه عمل ، و انتقال بیمار به اطاق بهبودی یا recovery جراح باید حضور یابد و آگاهی و دستورات لازم به کارکنان مسئول داده شود . با توجه به اشتراک کار بر راه هوائی در بی هوشی و جراحی دهان و فک و صورت توجه خاص به راه هوائی بیش از سایر رشته های تخصصی پزشکی باید مورد توجه باشد .

د - پس از انتقال بیمار از اطاق عمل به به بخش ، من ترجیح میدهم مجدد به اطاق وی مراجعه و ضمن آگاهی دادن به نزدیکان نکات لازم برای مراقبت پس از جراحی را به پرستار بخش و همراهان بیمار یادآوری کنم .

ه - با توجه به اختصاصی بودن وسایل جراحی دهان و فک و صورت و دندانپزشکی و نبودن آن در اطاق عمل ، لازم است جهت احتیاط امکانات وسیله ای بیش از نیاز و پیش بینی 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 اطاق عمل استفاده می کنند و معمولاً تمام وسایل لازم جراحی آن ها در اطاق عمل وجود دارد . در حالیکه در مورد جراحی دهان و فک و صورت معمولاً وسایل اختصاصی مورد نیاز است و بنابراین وقت شناسی جراح و مدیریت هماهنگی بیشتر نسبت به سایر رشته های تخصصی پزشکی الزامی است . با توجه به اینکه متخصص بی هوشی و جراح دهان و فک و صورت هر دو فضای کاری مشترک (راه هوائی) دارند ، ارتباط حرفه ای خوب آن ها بیش از سایر رشته های تخصصی پزشکی مطرح است . به دلیل همین اشتراک کاری بر راه هوائی (sharing space) است که بین ۴ تا ۶ ماه آموزش بی هوشی در دوره رزیدنتی جراحی دهان و فک و صورت وجود دارد ، حال آنکه برای سایر رشته های تخصصی پزشکی این آموزش وجود ندارد .

۲۱ - رفتار حرفه ای امور مالی .

اگرچه امروزه امور مالی و گردش اقتصادی مطب دارای اهمیت است ولی برآزنده طبیب نیست که رفتار مشابه فروشنده یک کالا داشته باشد. روش من در بخش خصوصی اگر چه از نقطه نظر امور مالی و گردش اقتصادی نا موفق و شاید برای ۵۰ سال قبل مناسب بود ولی رضایت درونی و حس رفتار حرفه ای خوب را دست کم برای من ایجاد کرد :

۱. از ارتباط مالی با بیمار بسیار بسیار ناراحت می شدم . ترجیح می دادم مکالمه با بیمار فقط در جهت طرح درمان باشد. ای کاش بیمه ها این وظیفه را انجام می دادند. وای کاش اصل ۴۳ قانون اساسی که " بهداشت و درمان و آموزش و پرورش را برای مردم رایگان می داند " اجرا می شد . البته پر هزینه است ولی آرامش را به کل جامعه هدیه می کرد . به دلیل بالا و نیز عشق ذاتی و فطری به تدریس معلمی رضایت اصلی شغلی من شد .

۲. همیشه مایل بودم در درجه اول به زندگی بیمار و خانواده فشار اقتصادی وارد نشود و دوم اینکه پرداخت هزینه به قدری با رضایت باشد که حس و برداشت این باشد که برای باز نگه داشتن و روشن نگه داشتن چراغ های مطب است نه تامین زندگی و رفاه مالی پزشک . دستیابی به این ایده آل گرائی بسیار سخت و تقریباً غیر ممکن است .

۳ - ویزیت ها و معاینات حتی اگر طولانی بود (مانند TMJ که معمولاً مداخله جراحی نیاز ندارد) را رایگان انجام می دادم و شاید به این دلیل بود که همیشه فکر می کردم در تخصص جراحی فقط در صورت نیاز به جراحی هزینه باید در نظر گرفت و نه برای معاینه . در مورد بیمارانی که برای جراحی وقت می گرفتند بیمار پس از خاتمه جراحی هزینه جراحی را که قبلاً کامل قبول کرده بود پرداخت می کرد . جالب اینکه از هر سه بیمار یکی هزینه پذیرفته شده را پرداخت و دو نفر دیگر علیرغم پذیرش کامل قبلی هزینه جراحی را با کم کردن بر مبنای سلیقه پرداخت می کرد . جالب اینکه حتی یک نفر از اعتمادی که من کرده بودم تشکر زبانی نداشت ولی به هر روی همیشه ترجیح می دادم در ارتباط مالی با بیمار " داین باشم تا مدیون " .

۴ - بزرگترین مشکل من با اداره دارائی بود که با اینکه نامه های متعدد درخواست بازدید کردم ولی انجام ندادند و آزار دهنده تر باور نکردن گفته های شفاهی و نگاه عاقل اندر سفیه آن ها بود .

۵ - با وجود عدم موفقیت ظاهری در امور مالی اقتصادی طب خصوصی من کاملاً به جهت رعایت رفتار حرفه ای در این زمینه راضی بوده ام . به هر حال نمی توانم توصیه خاص داشته باشم ولی ترجیح می دهم رفتار حرفه ای طبیب در زمینه مالی برداشت business (تجارت ، کسب و کار) را در مردم ایجاد نکند . و ایکاش این برداشت در ارتباط با اداره دارائی برای دریافت مالیات هم اصلاح می شد و طبابت از مشاغل کسب خارج می شد .

۲۲ - رفتار حرفه ای در بدگوئی و نارضایتی بیماران از سایر همکاران .

به نظرم این پدیده در دندانپزشکی به دلایل زیر بسیار بیشتر از سایر تخصص های پزشکی است :

الف - تعدد رشته های تخصصی و عدم آگاهی بیماران از محدودیت مسئولیت هر تخصص . برای نمونه دندانی مورد درمان ریشه و پریو و پروتز ثابت قرار گرفته . پس از مدتی تاج دندان شکسته و باید بیرون آورده شود . این پدیده می تواند علیرغم درمان های درست رخ دهد ولی بیمار ممکن است قصور یک یا تمام درمان کننده را دلیل از دست دادن دندان خود بداند .

ب - قابل رویت بودن دندان توسط بیمار و نیز قضاوت دیگران می تواند سبب تردید بیمار در نتیجه درمان گردد .

ج - شاید هزینه های زیادی که بیمار علیرغم رضایت پرداخت کرده هم در این پدیده نقش داشته باشد .

با توجه به نکات بالا ممکن است بیمار در مراجعه به آخرین طبیب شروع به بدگوئی و نارضایتی از درمان های قبلی داشته باشد . بهترین کار طبیب اگر کارهای قبلی درست انجام شده توضیح و رفع بد گمانی بیمار است . بدترین رفتار همراهی و تایید گفته های بیمار و تحریک وی برای پی گیری است . گویند پی هر شکایت پزشکی یک روپوش سفید است .

نمونه ای بیان کنم بیمار شکستگی های متعدد ناشی از تصادف اتوموبیل داشته و چند ماه قبل در بیمارستان مورد جراحی قرار گرفته . در معاینه اکلوزن و و ظاهر اسکلت صورت ایده آل نیست و بیمار به دلیل عدم رضایت به من مراجعه کرده . با توجه به اینکه من صدمات و شرایط پس از حادثه را ندیدم نمی توانم قضاوت کنم به عبارت دیگر حالت موجود می تواند نتیجه خوب باشد و یا نه . بنابراین نباید با تایید 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 دلیل اصرار به ادامه درمان توسط جراح دیگری داشته باشد لازم است بیمار یک شرح عمل از جراح اول داشته باشد تا موجب راهنمایی جراح دوم گردد .

همان گونه که در شروع این عنوان بیان کردم این پدیده در دندانپزشکی و تخصص های آن شایع تر از تخصص های پزشکی است . برای نمونه اگر بیماری ۵ سال قبل مورد آنژیوپلاستی قرار گرفته و مجدد نیاز به تکرار آنژیوگرافی و آنژیوپلاستی در همان محل قبلی قرار گیرد معمولا این اتفاق را قبول و از کار دیبولژیست خود هم ممنون است در حالیکه اگر ایمپلنت قرار داده شده پس از همین مدت با شکست مواجه شود شاید به جراح و پروتزیست خود شک کند .

خلاصه کنم در بد گوئی و نارضایتی بیمار به ویژه زمانی که نام پزشکان قبلی خود را می آورد و حتی در مواردی که شاید حق هم داشته باشد نباید با تایید و تشویق آتش وی را برافروخت و بهترین رفتار عدم قضاوت به دلیل نداشتن آگاهی از مراحل و شرایط درمان های قبلی و قانع کردن بیمار برای ادامه درمان با طبیب خود است .

به عنوان حسن پایان این بخش خاطره ای بیان کنم :

روزی خانم جوانی به من مراجعه کرد با 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 قبل 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 می کرد . جالب بود علیرغم این همه عارضه بیمار شاکی نبود و بسیار خوب و معقول به نظر می آمد . 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 نحوی که من بدون نوشته و با رضایت شفاهی پس از کنترل داروئی عفونت بیمار را تحت بی حسی 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 پارستزی هم لب و هم زبان

بسیار خوشحال بود. در جلسه آخر از بیمار پرسیدم که یک نکته برای من مورد پرسش است و آن این که علیرغم سه عارضه مهم (تکرار عفونت، اختلال حسی لب و زبان) 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 راضی بودید برای من این نکته خیلی جالب بود بیمار با خنده گفت " آقای دکتر برای اینکه جراح من شوهرم بود !!!!! "

۲۳ – پرهیز از غرور، تکبر، خود بزرگ بینی.

به شدت معتقدم نگاه عمقی و درونی به تمام رشته های علوم در شناخت نسیمی از آفرینش و ایجاد آرامش درون به انسان کمک کند. علوم پایه و بالینی رشته های پزشکی در میان رشته های علوم به نظرم بیشترین راهنما برای شناختی ناچیز از حیات و آفرینش است البته به شرطی که نظرسطوحی و بیرونی و کتاب درسی خود را به نگاه درونی تبدیل کنیم. یک جمله را مرتب من به دانشجویان و رزیدنت ها بیان میکنم و به شدت و ته دل به آن باور دارم:

" اگر پدیده ترمیم و انعقاد نبود هیچ جراحی نمی توانست هیچ غلطی بکند. به خود غره نشویم "

متأسفانه این غرور را در رفتار برخی از جوانان جراح و همکار می بینم که شاید از ویژگی های دوره جوانی بوده و امیدوارم گذرا باشد. در مواردی این تکبر و خود بزرگ بینی پایدار بوده و در جراح نهادینه می شود. همکاری داشته ام که می گفت 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. تصور می کنم اگر از هزاران جراح بخواهیم که cascade یا آبشار انعقاد را روی کاغذ بنویسد شاید انگشت شمار توان ترسیم کامل آن را داشته باشند ولی خوشبختانه این پدیده رخ می دهد. به شوخی به دانشجویان و رزیدنت ها می گویم که اگر پدیده های انعقاد و ترمیم فقط در حد اطلاعات و دانش ما رخ می داد بسیار بیماران از دست می رفتند !!!!! من با وجودیکه بارها در کتاب هایی که تهیه کردم همین cascade یا آبشار انعقاد را نوشته ام هم اکنون قادر به ترسیم کامل آن نیستم و فقط می دانم که در نهایت فیبرینوژن تبدیل به فیبرین می شود و لخته یعنی فیبرین ولی تمام مراحل و توالی و نظم آن را فراموش می کنم ولی خدا را شکر که این پدیده رخ می دهد.

زمان نوشتن این مجموعه همزمان با اوج پاندمی COVID – 19 است (اسفند ۱۳۹۸ تا شهریور ۱۳۹۹). تصور می کنم کل بشریت از مردان قدرتمند سیاست 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 می کنیم (گویند انسان از مصدر نسیان است) همانگونه که ۵۰ میلیون مرگ انفلوآنزای اسپانیایی ۱۹۱۸-۱۹۱۹ را فراموش کردیم. بیشترین قدرت این ویروس از کوچکی آن می آید و شاید اگر اندام غول پیکر مانند دایناسور داشت به راحتی وسیله امکانات تخریبی نظامی از بین رفته بود. کوچکی این ویروس قدرتمند به خوبی ضعف و حقارت بشریت را نشان داد و اگر بتوانیم در همه حال این احساس را داشته باشیم همان جمله ای می شود که من قویا به آن باور داشته و در بالا بیان کردم و مجدد تکرار می کنم:

" اگر پدیده ترمیم و انعقاد نبود هیچ جراحی نمی توانست هیچ غلطی بکند. به خود غره نشویم "

من در زمان حضور در دانشکده چنانچه دانشجو و یا رزیدنت پرسشی مطرح کند و پاسخ مطمئن نداشته باشم عین حقیقت را بیان و خواهش می کنم تا روز بعد مراجعه و در مورد پاسخ درست با هم صحبت کنیم. در بسیار موارد به دلیل اطمینان دانشجو ممکن است من پاسخ پرسش را به نحوی توجیه و دانشجو را راضی کنم ولی بهتر است به خود مغرور نشویم و به جای ساخت پاسخ راضی کننده دانشجو دنبال حقیقت باشیم و این رفتار حرفه ای استاد هم یک یادگیری برای خودش هست و هم یک درس اخلاق به دانشجو.

۲۴ - سلطه و چیرگی تفکر درمانی .

به نظرم در رشته های علوم پزشکی که هنوز procedures یا روش های عملی تشخیصی فراوان وارد آن نشده سالم تر مانده است . با توجه به تعدد رشته های بالینی تخصصی دندانپزشکی که بیشتر همراه درمان های عملی است چیرگی تفکر درمان های عملی می تواند حتی آسیب رسان باشد . به نظر من بدن ها بیشتر از نیاز مورد روش های عملی تشخیصی و دستکاری قرار می گیرند . امکان روش های عملی تشخیص در بسیاری از تخصص های پزشکی مانند قلب واقعا معجزه سال های اخیر بوده است و اگر زمانی جراحی وسیع قفسه سینه برای تنگی عروق کرونر الزامی بود امروزه با بی حسی موضعی به سادگی انجام می شود و باید قردان این پیشرفت ها بود ولی آیا در استفاده از آنژیوگرافی و آنژیوپلاستی زیاده روی نمی شود ؟ بهر حال عمل کننده ای که به سادگی قادر به انجام یک درمان عملی است باید پیش از انجام کمی درنگ کند . در دندانپزشکی هم با توجه به اینکه عمده درمان ها عملی است باید فکر کرد که نتیجه نهائی چیست . برای نمونه بیمار مورد درمان اندودونتیک مفصل قرار گرفته ولی در مرحله نهائی ترمیم ، تاج نامناسب و درمان ناپذیر یا hopeless تشخیص داده می شود . محبوس شدن در رشته تخصصی ، توجیه مشکل بیمار با دانسته های خودمان و سرانجام ترجیح به انجام یک روش عملی درمان ، همگی می تواند ندانسته (امیدوارم) سبب درمان های اضافی و غیر ضروری گردد که در عنوان ۴ به صورت مشروح بیان گردید . خلاصه 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 (۱۳۸۱-۱۲۸۷) پدر جراحی ایران برای دانشجویان میگویم که وی هم ممکن است مواردی اندک جراحی غیر ضروری انجام داده باشد ولی حتما سهوی بوده و نه عمدی اصولا در آن زمان جز پاکی در ذهن نبوده و آنقدر بیمار زیاد داشتند که به موارد ضروری هم فرصت رسیدگی نداشتند چه رسد به انجام عمل غیر ضروری . متاسفانه امروزه موارد غیر ضروری انجام می شود که اگر چه نادر (امیدوارم) عمدی است ولی موجب بد بینی 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 کرده اند .

۲۵ - چیرگی تفکر درمان های تهاجمی و گسترده .

اگر چه درون عناوین پیشین تا حدودی بیان گردید ، به دلیل اهمیت بویژه در دندانپزشکی دو باره مورد تاکید قرار می دهم . در دندانپزشکی یک حالت می تواند انتخاب یا گزینه های (options) متفاوت درمانی داشته باشد از ساده ترین ولی نه ایده آل تا پیچیده طولانی و کامل تر . یک نمونه بیان کنم خانم ۶۰ ساله که ۱۵ سال است از پروتز کامل استفاده می کند به دلیل نارضایتی از بویژه پروتز پائین مراجعه کرده . رادیوگرافی پانورامیک ۲۵ میلی متر قدامی و ۲۰ میلی متر خلفی ارتفاع استخوان ماندیبول را نشان می دهد . بیمار برای ترمیم و لایه دادن پروتز در این سال ها مراجعه نکرده و یک سال است که از پروتز پائین نارضایتی بیشتر دارد . بیمار از نظر عمومی هم سالم است . طرح درمان این بیماری تواند از اصلاح ساده لایه دادن تا تعویض پروتز 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 طرح ها به بیمار گفته شود و سپس تصمیم گیری شود که از ساده ترین شروع شود و یا درمان های مفصل تر . پیشنهاد فقط یک طرح ایمپلنت به عنوان تنها گزینه ممکن به نظر من درست نیست چه بیمار فکر می کند تنها راه چاره است . در زمان رزیدنسی برای این بیماران شروع reline درمان پروتز کامل بود . در صورت موفقیت و رضایت و شرایط بیمار میتواند همین حداقل را قبول کند . در غیر این صورت به سمت درمان های مفصل تر ایمپلنت برود . از هر جهت درمان ایمپلنت علمی تر و رضایت بخش تر است ولی نباید به نحوی عرضه گردد که بیمار فکر کند اگر انجام ندهد موجب برهم خوردن مدار و سرعت کره زمین می شود !!!!!!! . در بسیار موارد دیگر مانند جراحی های ارتوگناتیک و دیگر درمان ها هم این نکته مطرح است . آگاهی دادن بیمار از تمام گزینه ها الزامی است و ارائه فقط یک طرح مورد نظر عمل کننده اخلاقی نیست و همان گونه که بیشتر بیان کردم هدف " درمان بیمار است نه بیماری " . در رشته های تخصصی پزشکی هم این نکته مطرح است که درمان های medical به surgical ارجح است .

۲۶ - رفتار حرفه ای در هم پوشانی (overlapping) رشته های تخصصی .

در ناحیه دهان ، فک و صورت تخصص های 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 حوزه کاری و منافع مشترک دارند و معمولاً اشتراک منافع سبب مباحثه و مناظره بین این رشته ها شده است . این اختلاف حتی به درون رشته های تخصصی و عمومی دندانپزشکی هم کشیده شده . برای نمونه در زمینه ایمپلنت مطرح است که آیا جراح دهان و فک و صورت انجام دهد ؟ آیا پرودونتیست انجام دهد ؟ آیا پروتزپست می تواند انجام دهد ؟ آیا دندانپزشک عمومی هم می تواند انجام دهد ؟ سایر تخصص های دندانپزشکی چگونه ؟ . با وجودیکه بی گمان بیشتر همکاران ، بویژه جوان با نگرش من ناسازگار و حتی عصبانی می شوند ، با وجود این مایلیم نظرم را همراه راه حل بیان کنم :

الف - همان گونه که در مقدمه تفاوت بین سه کلمه قانون (legal) و اخلاق برونی (ethical) اخلاق درونی یا سرزشتی (moral) بیان شد . از نقطه نظر قانونی یک جراح دهان و فک و صورت می تواند درمان ترمیمی و پروتز و اندودونتیکی و در واقع تمام درمان های دندانپزشکی را انجام دهد و هیچ خلاف قانون انجام نداده باشد و حتی از نقطه نظر ethical هم کار ناپسندی نبوده ولی از نقطه نظر moral یا اخلاق سرزشتی شخص من که می دانم ۴۰ سال است که کار ترمیمی و پروتز و اندو نکرده ام ، نباید این درمان ها را انجام دهم . امیدوارم سه واژه legal & ethical & moral روزی یکی شوند و این یعنی جامعه کامل سالم و کمال گرا و آرزوی دست نیافتنی و ناشدنی من . نظر من اگر moral سر مشق باشد تمام این اختلافات از بین می رود و نیاز به قانون گذاری هم نیست . بنابراین باور دارم برای نمونه اگر دندانپزشک عمومی یا متخصص آموزش و توانائی لازم برای جراحی ایمپلنت را دارد و مورد خاص برای درمان های اضافی تخصصی وجود ندارد باید اجازه انجام آن را داشته باشد . بهر حال moral تعیین کننده قرار گیرد تمام مشکلات حل می شود .

ب - در سال های اخیر اختلاف نظر شدید بین جراح دهان و فک و صورت و جراح ترمیمی و پلاستیک و گوش و حلق و بینی در ارتباط با راینوپلاستی وجود داشته است و بنظر من اگر همان اصل و بنیاد moral پاس گذاشته شود نیازی به قانون نیست . دو نکته دلیل این اختلاف است یکی پرستیژ یا اعتبار حرفه ای و دیگری منافع مالی . جالب اینکه در مورد انجام راینوپلاستی بین دست کم سه رشته تخصصی اختلاف نظر شدید وجود دارد ولی در ارتباط با درمان سوختگی که فقط زحمت دارد جراح ترمیمی و پلاستیک هیچ گونه دعوا و ستیزی ندارد . هم چنین در ارتباط با درمان های پیچیده TMJ و دردهای مزمن صورت جراح دهان و فک و صورت با سایر تخصص های دندانپزشکی و پزشکی نه تنها مسئله ای ندارد حتی استقبال هم می کند !!!! فکر می کنم انگیزه مالی قوی تر از پرستیژ و اعتبار حرفه ای است البته امیدوارم برداشت اشتباه من باشد . در درمان مجروحین جنگ در بیمارستان طالقانی دانشگاه شهید بهشتی ، دو متخصص جراحی ترمیمی پلاستیک برجسته را دعوت کردیم تا هفته ای یک روز جراحی های باز سازی نسج نرم را با هم انجام دهیم و با اشتیاق و دوستی کار مشترک را انجام می دادیم چون هدف نتیجه بهتر درمان بیمار بود . هنوز دوستی قدیمی من و سایر همکاران قدیمی با متخصصین جراحی ترمیمی پلاستیک ادامه دارد ولی متأسفانه در سال های اخیر رابطه بین همکاران جوان و جراحان ترمیمی پلاستیک (بویژه) و گوش و حلق و بینی در حد دشمنی و کارد و پنیر بوده است . البته اگر تمام متخصصین رعایت همان اصل moral را داشته باشند خود بخود اختلاف حل می شود . طبیعی است هر سه رشته تخصصی جراح دهان و فک و صورت ، جراح پلاستیک ، و گوش و حلق و بینی می توانند راینوپلاستی انجام دهند . البته نظر شخصی من این است که اگر شکستگی متعدد استخوان های میانی صورت midface به همراه شکستگی بینی وجود داشته باشد ، جراح دهان و فک و صورت انجام دهد و اگر مشکل اصلی بینی راه هوایی است متخصص گوش و حلق و بینی انجام دهد و سرانجام اگر مشکل فقط و فقط بینی و زیبایی آن است به جراح پلاستیک واگذار شود . این فقط نظر شخصی من است و مطمئن هستم بسیاری از همکاران جوان با خواندن این عقیده به من بیش از پرخاش انجام می دهند . حل این اختلاف در صورت رعایت اصل moral بسیار راحت است . با توجه به اینکه راینوپلاستی در گذشته توسط جراحان ترمیمی پلاستیک و گوش و حلق و بینی انجام می شد و در سال های اخیر در محدوده آموزش جراحی دهان و فک و

صورت قرار گرفته است ، به نظرم همکاران جوان جراحی دهان و فک و صورت عزیز خودم هم بی گناه نیستند و کمی زیاده روی کرده اند .

ج - معتقدم همکاران جراح دهان و فک و صورت 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 . نمونه دیگر اجازه انجام تراکئوستومی مورد نیاز جراحی دهان و فک و صورت در عفونت های خاص و در لوله گذاری ناموفق برای بی هوشی درمان انکی لوز 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 را داشته باشد . نمونه دیگر تهیه پیوند غضروف دنده (Costochondral graft) برای درمان انگیلوز در یک کودک است ، من ترجیح میدهم اگر یک جراح اطفال در دسترس باشد این قسمت از جراحی را به وی واگذار کنم چه در این بیماران استرس شروع بی هوشی و تهیه گرفت دنده و خود جراحی انکی لوز بویژه نوع دو طرفی آنقدر زیاد است که بهتر است تقسیم گردد و جراح دهان و فک و صورت مسئولیت خود را به درمان انکی لوز متمرکز کند . دو باره تکرار می کنم نظر شخصی بیان شد که شاید به دلیل محافظه کاری (conservatism) نسل در حال انقراض دوره ما باشد

د - نمونه دیگر درمان شکاف لب و کام است که البته به اندازه راینوپلاستی بین متخصصین اختلاف نظر وجود ندارد . آشکار است متخصص جراحی اطفال ، گوش و حلق و بینی ، 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 . بهر حال هر متخصص توان خود را می داند و بر مبنای آن باید تصمیم به انجام و یا واگذاری جراحی بگیرد . درمان مناسب تر 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 تکرار می کنم، در موارد هم پوشانی یا overlapping بین جراحان دهان و فک و صورت و جراحان پلاستیک و گوش و حلق و بینی هیچ راه حل معقول قانونی بنظرم وجود ندارد جز گفتگوی بین انجمن های تخصصی برای رفع یا دست کم کاهش بداندیشی موجود . در هر حال تنها راه حل مرتبط است با توجه به اخلاق درونی و سرشتی (moral) هر متخصص . هم پوشانی یا overlapping درون خانواده دندانپزشکی هم وجود داشته ولی بنظرم با توجه به تماس های مرتب در محیط دانشگاهی حل و فصل و مدیریت شده است .

۲۷ - سخن پایانی .

الف - تمام نوشته هایم اعتقاد شخصی و قلبی و چنانچه برای برخی همکاران برخوردار بوده خواهش می کنم من را به چالش کشیده تا مطالب و افکار تطبیف گردد . بهر حال هر چه فریاد دارید سر من بکشید !!!!!!! .

ب - با توجه به کمال گرایی (perfectionism) معتقدم سلامت طبابت ، روحانیت ، و قضاوت برای پایداری سلامت سقف جامعه الزامی است . اگر چه هنوز اطباء سالم و اخلاق مدار بسیار داریم ولی بیشتر مسن و در شرف انقراض می باشند !!!!! متأسفانه در سال های اخیر طبابت از ارتباط انسانی عاطفی گذشته به سوی ارتباط حرفه ای اقتصادی رفته است که بدون شک برآزنده و زینده طبابت نمی باشد .

ج - عمده مطالبی که در صفحات قبل نوشتم بیان نقاط رفتاری حرفه ای نامناسب طبابت بود . اگر چه رفتار مناسب حرفه ای در متن نوشته ها آورده شده ولی دلیل عدم تمرکز بر آن این است که به نظر من سلامت حرفه ای همیشه باید باشد و در واقع با طبابت integrated و یا یکپارچه است و به نظرم وجود آن افتخار و امتیاز نیست چه باید باشد . متأسفانه به دلیل افول اخلاقیات در حال حاضر وجود آن امتیاز و حتی حماقت تلقی می شود.

د - گواهی می دهم بیشتر دانشجویان و رزیدنت ها پس از پایان دوره ، اطلاعات علمی و عملی بیشتری از من دارند و با شهادت بسیار جراحی های عمده را انجام می دهند . ولی مشکل من این است که آیا در موارد غیر ضروری بویژه توهم زیبایی بیمار را راضی به انصراف از جراحی می کنند ؟ آیا تمام option یا گزینه های درمان را توضیح میدهند ؟ آیا فقط یک روش مورد نظر خود را تحمیل نمی کنند ؟ آیا بیمار را تشویق به مشاوره می کنند ؟ آیا پاراکلینیک های اضافی غیر ضروری را درخواست نمی کنند؟ آیا رضایت آگاهانه و آزادانه را رعایت می کنند؟ آیا مراحل و زمان و عوارض احتمالی را می گویند؟ و موارد دیگر

ه - به دلیل تعدد رشته های تخصصی دندانپزشکی (بیش از ده رشته بالینی) و درمان های چند مرحله ای با فاصله نیاز به آگاهی دادن بیشتر به بیمار و نزدیکان وجود دارد تا از بداندیشی احتمالی آینده پرهیز گردد . نمونه های این موارد در متن و عنوان مربوطه (عنوان ۱۰) توضیح داده شده است .

و - به موارد متعدد عجله در تصمیم گیری طرح درمان فقط بر مبنای پاراکلینیک (بویژه پاتولوژی) برخورد داشته ام که گاه منجر به جراحی های وسیع غیر ضروری و یا برعکس شده است . انطباق تمام یافته های پاراکلینیک باید با سایر یافته های بالینی تطبیق و سپس تصمیم logical معقول و منطقی گرفته شود . نمونه ها در این زمینه در متن آورده شده است .

ز - محبوس شدن در رشته تخصصی و نگاه ماشینی هم در رشته های تخصصی پزشکی و هم رشته های متعدد تخصصی بالینی دندانپزشکی بسیار مشاهده می شود و شاید از ویژگی های عصر جدید باشد . این پدیده هم میتواند به زیان بیمار باشد و هم زیان طبیب از حبس خود در این قفس و عدم لذت پرواز و دید باز . همیشه به دانشجویان گفته ام مغز انسان این " توپ کوچک سحر آمیز " و این عالی ترین پدیده خلقت در کره زمین هم در قفس سخت جمجمه جای داده شده لازم است از قفس پرواز یا طیران دهیم تا به قول سعدی : طیران مرغ دیدی تو ز پای بند شهوت به در آی تا ببینی طیران آدمیت

ح - تعدد رشته های تخصصی دندانپزشکی و پزشکی سبب هم پوشانی overlapping و اختلاف شدید در جراحی های زیبایی ناحیه صورت بویژه راینوپلاستی شده که راه حل مورد نظرم را در عنوان ۲۶ بیان کرده ام .

ط - با توجه به امکانات رسانه های مجازی (البته زندگی واقعی بیشتر مجازی و رسانه های مجازی بیشتر واقعی شده) متعدد امروزه به عنوان تبلیغ توسط اطباء و گاهی افراطی استفاده می شود که نظرات خودم را در عنوان مربوط (مورد ۱۵ اخلاق حرفه ای رسانه ای) بیان کردم . میدانم بسیار همکاران جوان تر در این زمینه با من مخالف می باشند و دوباره یادآوری می کنم هر چه فریاد دارید سر من بکشید !!!!!!!!!!!!!!!

ی - در پایان مایلم از استاد برجسته دوران رزیدنسی خودم ، زنده یاد دکتر لاری پیترسون (Larry j Peterson) که رزیدنت هاوی را بصورت خلاصه پیت (Pete) می نامیدند ، جمله ای ارزنده و آموزنده که در مقدمه کتاب معروف خود " جراحی دهان، فک و صورت نوین " آورده را بدون کم و کاست یاد آوری 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 ، انسان گرایی، محبت، و دلسوزی الزامی است .



(1942 – 2002)

با یاد استاد گرامی دوران رزیدنسی این مجموعه که بیشتر افکار شخصی بود را پایان می دهم

مسعود یغمائی

استاد پژوهشگر و بخش جراحی دهان ، فک و صورت دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

پائیز ۱۳۹۹ (۲۰۲۰) دوران پاندمی COVID – 19

masyaghmaei@gmail.com

masyaghmaei@sbmu.ac.ir