



معاونت درمان

دبیرخانه شورای راهبردی تدوین راهنماهای سلامت

شناسنامه و استاندارد خدمت

ترمیم نقایص پاراواژینال بارویکرد ترنس واژینال

تابستان ۱۳۹۹

تنظیم و تدوین:

خانم دکتر اشرف آل یاسین دبیر بورد تخصصی زنان و زایمان
خانم دکتر اعظم السادات موسوی رئیس انجمن زنان و مامایی ایران
خانم دکتر زینت قنبری متخصص زنان، فلوشیپ پلویک فلور
خانم دکتر مریم دلدار پسیخانی متخصص زنان، فلوشیپ پلویک فلور
خانم دکتر نسرین چنگیزی، متخصص زنان فلوشیپ پلویک فلور
خانم دکتر طاهره افتخار، متخصص زنان، فلوشیپ پلویک فلور
خانم دکتر سکینه حاج ابراهیمی، متخصص اورولوژی فلوشیپ اورولوژی زنان
خانم دکتر پروین باستانی متخصص زنان، فلوشیپ اورولوژی زنان و اعمال جراحی ترمیمی لگن
خانم دکتر فاطمه ملاح متخصص زنان، فلوشیپ اختلال کف لگن
با تشکر از:

خانم دکتر سودابه درویش نارنج بن متخصص زنان، فلوشیپ پلویک فلور
خانم دکتر لیلا پور علی متخصص زنان، فلوشیپ پلویک فلور
خانم دکتر الناز آیتی افین متخصص زنان، فلوشیپ پلویک فلور
خانم دکتر حمیرا علمداری فلوشیپ اورولوژی زنان
خانم دکتر الهام جهانتابی متخصص اورولوژی زنان
خانم دکتر مریم مکانیک عضو انجمن زنان و مامایی ایران

تحت نظارت فنی:

گروه استانداردسازی و تدوین راهنماهای سلامت
دفتر ارزیابی فن آوری، استانداردسازی و تعرفه سلامت
دکتر عبدالخالق کشاورزی، دکتر مریم خیری ،
فرانک ندرخانی ، مرجان مستشار نظامی

الف) عنوان دقیق خدمت مورد بررسی (فارسی و لاتین) به همراه کد ملی:

Paravaginal defect repair (tranvaginal rout)

ترمیم نقص پاراواژینال واتصال آن به وایت لاین از راه واژن

کد ملی: ۵۰۱۴۹۲

ب) تعریف و تشریح خدمت مورد بررسی:

ترمیم نقایص پاراواژینال عبارتست از دوباره وصل کردن قسمت های لترال جدا شده واژن به محل اتصال نرمال آن در سطح آرکوس تندینوس فاشیاپلوویک (خط سفید).

برای انجام ترمیم نقایص پاراواژینال موارد زیر لازم الاجراست:

➤ اخذ شرح حال اولیه و معاینه فیزیکی

➤ جراحی در بیمارستانهای جنرال دارای بخش جراحی زنان، جراحی عمومی، جراحی اورولوژی، بیهوشی، پاتولوژی و یا در بیمارستان های تک تخصصی دارای بخش جراحی زنان با دسترسی به بیهوشی، جراح عمومی، جراح اورولوژی و پاتولوژی انجام گیرد.

➤ بیمارستانها مجهز به امکانات ضروری برای انجام ترمیم نقایص پاراواژینال با رویکرد ترنس واژینال شامل: اتاق عمل مجهز (فضای فیزیکی مناسب، تجهیزات مناسب و کافی عمل واژینال از قبیل رکاب candy cane، انواع ست های ضروری حاوی اکارتورهای با زاویه راست و باریک، دیور، سوزن گیر هنی، اکارتور واژینال، ایس متوسط و بلند، قیچی متز و مایو، رترکتور lonstar با حداقل ۶ قلاب، سیستمسکپی با لنز های سی و هفتاد درجه وسایل مصرفی خاص، وسایل الکتروسرجیکال منوپولار و بای پولار، دستگاه سونوگرافی، داروخانه مجهز به انواع نیاز های دارویی عمومی و حضور متخصص دارویی (Clinical pharmacist)، بخش های بستری کافی و مجهز به امکانات مراقبت از بیماران (شامل پرسنل ورزیده)، ICU، آزمایشگاه و بانک خون مجهز و واحد تغذیه (Nutrition unit) (وجود کارشناس تغذیه و آشپزخانه مجهز).

➤ درمانگاه های تخصصی جهت ویزیت و اداره قبل از جراحی در بیمارانی که نیاز به ترمیم نقایص پاراواژینال با رویکرد ترنس واژینال دارند در بیمارستان موجود باشد. شامل درمانگاه های جنرال زنان، یوروگاینکولوژی، بیهوشی.

➤ درمانگاه های تخصصی و فوق تخصصی رشته های وابسته شامل داخلی، قلب و ریه، جراحی عمومی، اورولوژی، توان بخشی- فیزیوتراپی و درمان جنسی، روان پزشکی و پزشکی قانونی جهت ویزیت و اداره قبل و پس از جراحی بیمارانی که نیاز به جراحی های واژینال دارند در بیمارستان موجود باشد.

➤ وجود واحد ساپورت اجتماعی و بیمه جهت حمایت از بیماران

➤ برنامه کاری منسجم از طرف مدیریت آموزشی در بیمارستان های آموزشی و از طرف رئیس بیمارستان در بیمارستان های غیر آموزشی هر ماه مشخص و به تمامی واحد ها اعلام شود.

➤ برنامه کاری منسجم از طرف مدیریت پرستاری هر ماه مشخص و به تمامی واحد ها اعلام شود.

➤ برنامه کاری منسجم از طرف مدیریت خدمات هر ماه مشخص و به تمامی واحد ها اعلام شود.

ج) اقدامات یا پروسیجرهای ضروری جهت درمان بیماری:

• ارزیابی قبل از انجام پروسیجر

دستورات قبل از عمل (Preoperative orders):

پذیرش: پذیرش بخش تاریخ ساعت تخت

پر کردن فرم رضایت نامه: توسط بیمار

تشخیص: نقص پاراواژینال

وضعیت بالینی: خوب یا خطر کم، خطر متوسط، خطر زیاد (Good or Low Risk – Moderate Risk – High Risk)

حساسیت دارویی: ذکر حساسیت ها شامل دارویی و غیر دارویی (لیست آلرژی ها)

علامت حیاتی: کنترل علائم حیاتی (BP, PR, RR, BT) هر ۱۲ ساعت و یادداشت آن

فعالیت: حرکت آزاد (در شرایط خاص مثل خونریزی غیر طبیعی و ... استراحت نسبی در بستر)

دستورات پرستاری: آمادگی قبل از عمل (آمادگی روده قبل از جراحی زنان همیشه لازم نیست)

• شروع رژیم مایعات از روز قبل از عمل

• برای بیمارانی که احتمال آسیب روده وجود دارد آمادگی کامل مکانیکی روده + آنتی بیوتیک روده (طبق کد ۵۰۱۸۴۵)

تغذیه: NPO حداقل ۶ ساعت قبل از عمل (از ساعت ۱۲ شب)

تزریق سرم یا خون: بر حسب شرایط و نیاز بیمار

درمان دارویی: آنتی بیوتیک پروفیلاکتیک در عرض کمتر از یکساعت قبل از عمل جراحی IV بصورت تک دوز برحسب BMI (یکی

از موارد زیر انتخاب شود):

• سفازولین وریدی، ۲ گرم (۲ گرم برای وزن کمتر از ۱۲۰ کیلوگرم و ۳ گرم برای بیشتر یا مساوی ۱۲۰ کیلوگرم)

• سفوکستین وریدی، ۲ گرم

• سفوتتان وریدی، ۲ گرم

• آمپی سیلین سولباکتام وریدی، ۳ گرم

در بیماران حساس به پنی سیلین و سفالوسپرین ها:

۱. کلیندامایسین وریدی، ۹۰۰-۶۰۰ میلی گرم به همراه یکی از داروهای زیر:

• وانکومایسین وریدی، ۱۵ mg/kg (بیشتر از ۲ گرم نباشد) یا

• سیپروفلوکساسین وریدی، ۴۰۰ میلی گرم یا

• لوفلاکساسین وریدی، ۵۰۰ میلی گرم یا

• آزترونوآم وریدی، ۲ گرم یا

• جنتامایسین وریدی، 1/5 mg/kg

۲. مترونیدازول وریدی، ۵۰۰ mg به همراه یکی از داروهای
 جنتامایسین وریدی، ۵ mg/kg
 فلوروکینولون ها

- اگر از وانکومایسین و یا یک فلوروکینولون بعنوان پروفیلاکسی قبل از عمل استفاده می شود انفوزیون ۶۰-۱۲۰ دقیقه قبل از جراحی شروع شود و بایستی در مدت ۶۰-۹۰ دقیقه داده شود.
- برای پروفیلاکسی اگر جراحی بیشتر از ۳ ساعت بطول انجامد و یا اگر خونریزی بیشتر از ۱/۵ لیتر باشد، یک دوز دیگر آنتی بیوتیک تزریق می شود.
- در بیماران با واژینوز باکتریال، مترونیدازول خوراکی ۵۰۰ mg هر ۱۲ ساعت روز دوم بعد عمل شروع و تا روز هفتم بعد عمل ادامه می یابد. (اسکرین برای بیماران با تعیین pH واژن قبل عمل انجام شود) یا یک دوز مترونیدازول وریدی ۵۰۰ mg/IV قبل عمل به بیمار داده شود.

پروفیلاکسی ترومبوآمبولی بر اساس:

✓ طبقه بندی ریسک:

- ۱- ریسک پایین: جراحی ماینور یا لاپاراسکپی، سن کمتر از ۴۰ سال، جراحی با طول مدت کمتر از ۳۰ دقیقه، بدون ریسک فاکتور
- ۲- ریسک متوسط: جراحی ماژور، جراحی مینور یا لاپاراسکپی با ریسک افزوده مانند (چاقی) (نمایه توده بدنی بیشتر یا مساوی ۳۰)، ترومبوفیلی اکتسابی، بیماری اتوایمیون، استروژن درمانی (HIV)
- ۳- ریسک بالا: سن بالاتر از ۶۰ سال با بدخیمی یا سابقه ترومبوآمبولی وریدی، سنین ۶۰-۴۰ سال با بدخیمی، جراحی ماژور با ریسک افزوده مانند (چاقی) (نمایه توده بدنی بیشتر یا مساوی ۳۰)، ترومبوفیلی اکتسابی، بیماری اتوایمیون، استروژن درمانی (HIV)
- ۴- بالاترین ریسک: ریسک فاکتورهای متعدد

✓ درمان بر اساس طبقه بندی ریسک:

- در بیماران با ریسک پایین تحرک سریع پیشنهاد می گردد.
- در بیماران با ریسک متوسط و بالا ترومبوپروفیلاکسی پیشنهاد می شود:
- انوکسپارین ۴۰ mg زیر جلدی ۲ ساعت قبل از عمل و روزانه تا زمان ترخیص
- هپارین 5000 Iu زیر جلدی ۲ ساعت قبل از عمل و هر ۱۲ ساعت بعد از عمل تا ترخیص
- زمان شروع پس از جراحی به شرط فقدان خطر خونریزی، ۲-۷۲ ساعت بعد از عمل (شروع پروفیلاکسی به محض حصول هموستاز کامل) است و در صورت بی حسی نورآکسیال، حداقل از ۱۲ ساعت بعد از جراحی شروع می شود.
- در مواردی که بیمار ریسک خونریزی بالایی داشته باشد، استفاده از روشهای پروفیلاکسی مکانیکال بایستی مد نظر قرار گیرد.
- پروفیلاکسی دارویی تا زمان تحرک کامل بیمار ادامه می یابد.

در اعمال جراحی ماژور با ریسک فاکتورهای اضافه، ترومبوپروویلاکسی حداقل ۷-۱۰ روز ادامه می یابد.

نکته: از داروهای ضدپلاکت برای بی دردی در این بیماران خودداری فرمایید .

خدمات پاراکلینیک مورد نیاز:

۱- آزمایشات مورد نیاز :

- پاپ اسمیر

- آزمایشات روتین شامل Cr- UREA, BhCG, FBS, UA,UC , BG, RH, CBC diff و

- آزمایشات تکمیلی در افراد با تاریخچه خونریزی غیر عادی و بیماریهای خاص از قبیل پروفایل انعقادی مختل، بیماران با مشکل زمینه ای داخلی، بیماران با سابقه فامیلی خطر بالا برای عوارض پری اوپراتیو و آزمایشات ضروری دیگر بر حسب نیاز.

۲- الکترو کاردیوگرام (ECG) برای افراد:

- بالای ۵۰ سال

- با هیپرتانسیون

- دیابتیک

- بیماری قلبی

- بیماری سربروواسکولار

- تحت شیمی درمانی

- تحت درمان با دیورتیک ها

- پروسیجرهای تهاجمی با ریسک بالا (در صورت تخمین حجم خونریزی بیش از ۵۰۰ سی سی و در بیماران نیاز به آمادگی روده ای قبل عمل)

۳- رادیوگرافی قفسه سینه (CXR):

- برای افراد دارای مشکلات ریوی

دستورات خاص (Special Orders):

۱. ویزیت بیمار، فامیل و حمایت کننده های بیمار قبل از انتقال به اتاق عمل و دادن اطمینان در مورد مراقبت کامل از او در طی

جراحی با صحبت های آرام کننده

۲. مشاوره بیهوشی (سابقه شخصی و فامیلی عوارض مربوط به بیهوشی)

۳. مشاوره داخلی برای افراد بالای ۴۰ سال یا بیماران با خطر متوسط و بالا و شرایطی که خطر عوارض حول و حوش جراحی را

می افزاید.

۴. گرفتن حمام قبل از عمل

۵. شیو محل عمل درست قبل از عمل در اتاق عمل با clip الکتریکی یا قیچی. اگر از Shaving استفاده می شود بایستی درست قبل از عمل و در اتاق عمل انجام گیرد.
۶. اخذ رضایت آگاهانه
۷. مشاوره: خطرات، منافع و روش های جایگزین درمان فعلی با بیمار و همراه بیمار صحبت شود و مکتوب گردد. عوارض شایع جراحی های پلویک:
- خطرات شایع جراحی شامل عفونت، خونریزی، آسیب به عروق و آسیب های عصبی واحشاء (مثانه، روده، حالب) و آمبولی
 - عود پرولاپس یا بی اختیاری ادراری یا پایدار ماندن علائم قبلی
 - بدتر شدن علائم بی اختیاری ادرار و یا ایجاد بی اختیاری ادراری جدید که ممکن است نیاز به درمان دارویی یا جراحی داشته باشد.
 - ایجاد مشکلات sexual نظیر دیس پارونی یا بدتر شدن آنها
 - در کل بهتر است اعمال جراحی پلویک پس از تکمیل خانواده انجام شود.
 - سزارین پس از اعمال جراحی reconstructive پلویک با پزشک و بیمار تصمیم گیری می شود.
۸. معاینه قبل از عمل و تکرار آن پس از اینداکشن بیهوشی
۹. عدم پوشیدن جواهرات فلزی (روز قبل از عمل بهتر است درآورده شوند).
۱۰. عدم استفاده از مواد آرایشی هنگام ورود به اتاق عمل
۱۱. قبل از شروع عمل لازم است چک لیست ایمنی بیمار تکمیل شود.
۱۲. جهت تایید وجود بی اختیاری ادراری همزمان (آشکار یا مخفی) ابتدا در معاینه بالینی از بیمار cough test گرفته می شود و سپس FVC chart توسط بیمار پر شود. UDS در uncomplicated SUI لازم نیست. در موارد زیر UDS پیشنهاد می شود:
- در بیماران با سابقه عمل Anti incontinence یا جراحی reconstructive یا رادیوتراپی لگن، Stage III و IV پرولاپس، علائم Complicated SUI، بی اختیاری ادراری Mixed، احتباس ادراری، علل نوروژنیک
۱۳. جهت تایید وجود بی اختیاری ادراری همزمان ابتدا در معاینه بالینی از بیمار cough test گرفته می شود، بیماران مبتلا به پرولاپس stage IV, III با جا انداختن پرولاپس، Cough Test انجام شود.
۱۴. وجود AUB در بیماران پره منوپوز نیاز به بیوپسی دارد. در بیماران منوپوز در صورت $ET < 4mm$ و تنها یک بار خونریزی و $ET < 11mm$ بدون علامت نیاز به بررسی بیشتر ندارد. در بیماران منوپوز بدون علامت با $ET > 11mm$ ، مایع داخل آندومتر، $ET < 4mm$ و بیشتر از یک بار خونریزی بیوپسی آندومتر باید انجام شود.
۱۵. Bladder symptom: علائم مخصوص مثانه یا مواردی که مربوط به بی اختیاری نمی باشد نظیر هماجوری وسیع، درد مثانه و احتمال وجود آسیب یا جسم خارجی در جراحی قبلی باید سیستم اسکوپیی قبل از عمل انجام شود.

۱۶. خروج پساری: پساری ۱-۲ هفته قبل از جراحی خارج و یک اپلیکاتور ژل مترونیدازول واژینال روزانه به مدت ۵ روز قبل عمل استفاده شود.

۱۷. استروژن واژینال: در بیماران منوپوز ۶-۴ هفته قبل از عمل هفته ای ۲ بار کرم واژینال استروژن استفاده شود.

۱۸. سونوگرافی کلیه و چک BUN, Cr در بیماران با stage 3 و stage 4 پرولاپس

۱۹. توقف استعمال دخانیات، ۸ هفته قبل از عمل

• ارزیابی حین انجام پروسیجر

- قرار دادن بیمار روی تخت عمل در وضعیت لیتوتومی و یا قرار دادن پاها بر روی رکاب (وضعیت high lithotomy)
- قرار دادن یک پتوی گرم روی تخت عمل درست قبل از عمل برای پوشاندن بیمار
- سونداژ مثانه پس از القای بیهوشی در شرایط استریل
- معاینه واژن، دهانه رحم، رحم و تخمدانها پس از القای بیهوشی و بررسی چسبندگی کلدوساک، پاتولوژی های دیگر و تعیین میزان پرولاپس
- شستشوی واژن و پرینه با محلول آنتی سپتیک (کلرهگزیدین گلوکونات ۰.۴٪ و الکل ایزوپروپیل ۰.۴٪ یا بتادین)
- در صورت حساسیت به بتادین یا نامناسب بودن آن برای شستشوی واژن از کلرهگزیدین و یا سالیل استریل استفاده شود.
- پیشنهاد می گردد جهت تایید معاینات قبل از عمل، بعد از بیهوشی معاینه مجدد انجام گیرد.
- انجام سیستموسکوپی بعد از اتمام جراحی باعث تشخیص زودرس آسیب های احتمالی مثانه و حالب می گردد. (طبق کد ۵۰۱۸۴۵)
- شست و شوی فیلد جراحی در طول عمل میزان عفونت پس از عمل را کاهش میدهد.
- تامپون واژن برحسب صلاحدید جراح در صورت شک به احتمال خونریزی استفاده می شود.

➤ ترمیم نقایص پاراواژینال با رویکرد ترنس واژینال:

ابتدا جهت تسهیل در دایسکشن دیواره قدامی واژن، تزریق در زیر مخاط واژن با ۱۰۰ میلی لیتر نرمال سالین با یا بدون وازوپرسین (۲۰ واحد وازوپرسین در ۱۰۰ میلی لیتر نرمال سالین، با اطلاع به متخصص بیهوشی) انجام می شود.

اگر هیستریکتومی واژینال انجام شده است آپکس برش خورده ی دیواره قدامی واژن با دو عدد آلیس به صورت عرضی گرفته شده و بالا آورده می شود. در غیر این صورت می توان یک برش عرضی در اپیتلیوم واژن نزدیک به آپکس زده، آلیس سوم حدود گردن مثانه زده و بالا کشیده می شود. می توان در خط وسط بین اورترا و آپکس، آلیس های اضافی قرار داد.

مشابه کولپورافی قدامی، فلیپ های واژن با برش در خط وسط و دیسکسیون موسکولاریس واژن، به سمت لترال ایجاد می شوند. جداسازی به صورت دوطرفه تا ظاهر شدن یک فضا (فضای پاراواژینال) بین دیواره واژن و عضله اوبتراتور داخلی انجام می شود. دیسکسیون کند با انگشت نشانه جراح برای گسترش فضا در قدام در طول راموس ایسکیوپوبیک، در قسمت وسط تا سمفیز پوبیس و در

لترال به سمت خارایسکیال انجام می شود. اگر نقص موجود باشد و دیسکسیون در صفحه مناسب انجام پذیرد، فرد باید به آسانی وارد فضای رتروپوبیک شده و بافت چربی رتروپوبیک و پاراواژینال را ببیند. بعد از این می توان خارایسکیال را در هر سمت لمس کرد و آرکوس تندینیوس فاشیا پلوئیس را که از خار خارج می شود تا پشت سمفیزیس پوبیس دنبال کرد.

بهترین راه برای کشیدن مثانه و مجرای ادرار به سمت مدیال استفاده از رتراکتور بریسکی - ناوارتیل است و رتراکسیون خلفی را می توان با یک رتراکتور **right angele** سبک انجام داد. با استفاده از نخ غیرقابل جذب یا دیرجذب شماره صفر توسط **capio** اولین سوچور دور خط سفید (**white line**) درست قدام به خار ایسکیال زده می شود. اگر خط سفید (**white line**) از دیواره لگن جدا شده یا از نظر بالینی بادوام نباشد اتصال به فاشیای پوشاننده عضله اوتوراتور داخلی صورت میگیرد. سوچورهای بعدی با کمک کشش روی سوچور اول زده می شود. یک سری سوچور سه تا شش تایی در قدام در طول وایت لاین از خار ایسکیال تا جانکشن اورترا به مثانه زده شده و نگه داشته می شوند. با شروع از قدامی ترین بخیه، جراح، لبه بافت پری یورترال (موسکولاریس واژن یا فاشیا پوبوسرویکال) در سطح جانکشن مجرای ادرار به مثانه و سپس بافت سطح زیرین فلپ واژن در مکانهایی که قبلاً نشانه گذاری شده بود را میگیرد. آخرین سوچور که نزدیک ترین به خار ایسکیال است به نزدیکترین قسمت واژن به آپکس وصل می شود. بعد از آن که همه سوچورها در یک سمت زده شده همان روند در طرف مقابل انجام می شود. سپس بخیه ها به ترتیب از اورترا به آپکس و باتوالی از یک سمت و سپس سمت دیگر گره می شوند. این ترمیم، یک روش بستن سه نقطه ای شامل موسکولاریس واژن، فاشیا اندوپلوئیک و دیواره لترال لگن در سطح **ATFP** است. باید نزدیک سازی بافت به بافت بین این ساختمانها ایجاد شود و از ایجاد پل های نخی اجتناب شود. پیرایش بافت واژن تا اتمام گره زدن بخیه ها نباید انجام شود. سپس مخاط واژن با بخیه دیر جذب ممتد بسته شود. در پایان عمل سیستم اسکوپیی انجام شده و واژن با تامپون پک گردد.

- در حال حاضر انجام ترمیم نقص پاراواژینال چندان توصیه نمی شود.

• ارزیابی بعد از انجام پروسیجر

- شستشوی محل عمل پس از برداشتن **dressing** با کلرهگزیدین گلوکونات ۰.۴٪ یا بتادین بلافاصله بعد از اتمام عمل
- گرم نگه داشتن بیمار در جریان انتقال بیمار به ریکاوری
- از **Mechanical Compression sticking** و یا **External Intermittent Pneumatic Compression** براساس وضعیت بیمار استفاده می شود.
- مراقبتهای بیهوشی حین و پس از انجام پروسیجر از جمله کنترل **out put** ادرار در تمام مدت آماده ساختن بیمار برای انتقال به ریکاوری
- مراقبت در ریکاوری
- علائم حیاتی، حجم ادرار و خونریزی هریک ربع در ساعت اول کنترل شود و یا در صورت نیاز، مانیتورینگ مداوم لازم است.
- تجویز مسکن
- ثبت دستورات پس از عمل جراحی ترمیم پارا واژینال از طریق واژن (**Post operative orders**)

اقدامات مورد نیاز در بخش:

- پذیرش بخش تاریخ تخت ساعت
- نقص پاراواژینال
- ثبت وضعیت بیمار (خوب، پایدار، خطر بالا، بحرانی)
- ذکر حساسیت ها شامل دارویی و غیر دارویی (لیست آلرژی ها)
- کنترل علائم حیاتی (BP,PR,RR,BT) و درد هر ربع ساعت تا یکساعت، سپس هر نیم ساعت تا ۴ ساعت و بعد هر ۴ ساعت تا ۲۴ ساعت و یادداشت آن (در صورت $160/100 < BP < 90/60$, $120 < PR < 60$, $30 < RR < 12$, $BT > 38$ و اطلاع داده شود.)
- استراحت در بستر، به محض توانایی، پاها را حرکت دهد. (در شرایط کم خطر ۸ ساعت پس از عمل میتواند بنشیند و یا در کنار تخت بایستد.)
- کنترل خونریزی واژینال و اطلاع در صورت وجود آن
- تحریک تنفس پس از بیداری کامل و تشویق بیمار به سرفه و تنفس عمیق، O2 (PRN) یا برحسب نیاز
- کنترل I/O با سوند فولی (میزان ادرار $ml/kg/h$ ۰/۵ است)
- در صورت وجود ادرار کمتر از ۱۰۰ سی سی در ۴ ساعت اطلاع داده شود.
- خروج سوند و Voiding trial توسط پزشک معالج (طبق کد ۵۰۱۸۴۵)
- تا بیداری و هوشیاری کامل، NPO و سپس شروع رژیم مایعات در صورت نداشتن تهوع و استفراغ
- شروع رژیم جامد پس از برگشت اشتها (بر حسب میزان دستکاری ضمن عمل)
- سرم رینگر لاکتات ۳۰۰۰-۲۵۰۰ میلی لیتر در ۲۴ ساعت ($125-100 ml/h$)
- در صورت تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکتیک آنتی بیوتیک اضافی تجویز نمی شود مگر در مواردی که اندیکاسیون داشته باشد(سفازولین IV 2g) (افزایش دوز بر اساس BMI).
- در صورت عدم حساسیت به سفازولین بصورت آلترناتیو می توان از سفوتتان، سفوکسیتین، آمپی سیلین سولباکتام استفاده کرد.
- در صورت حساسیت به پنی سیلین و سفالوسپورین ها از کلیندامایسین، مترونیدازول و جنتامایسین شبیه شرایط قبل از جراحی میتوان تجویز نمود.
- آمپول هپارین Unfractionated ۵۰۰۰ واحد زیر جلدی ۱۲-۸ ساعت بعد از عمل شروع و سپس هر ۱۲ ساعت یا آمپول هپارین با وزن مولکولی کم (LMW) (انوکسپارین) $40 mg$ زیر جلدی روزانه و یا اینترمیتانت پنوماتیک کامپرشن device و هر دو برای افراد با ریسک خطر بالا و متوسط.
- مسکن:
 - آمپول Ketorolac IV /IM ۳۰ میلی گرم هر ۶ ساعت و حداکثر ۱۲۰ میلی گرم و تا سقف ۴ دوز یا (در صورت عملکرد نرمال کلیه). در صورت سن بالای ۶۵ سال دوز نصف می شود.

- استامینوفن وریدی ۱ گرم هر ۶ ساعت یا (ماکزیمم ۳ گرم روزانه)
- پتیدین ۲۵-۵۰ میلی گرم عضلانی یا
- شیاف دیکلوفناک ۱۰۰ mg رکتال و در صورت نیاز حداکثر یک بار قابل تکرار است (در بیماران با بیماری قلبی، آسم، زخم معده، حساسیت به دارو، بیماری کبدی، بیماری کلیوی، چربی خون بالا، دیابت، سیگاری و احتباس مایعات استفاده نشود).

- در صورت تهوع پرومتازین ۵۰-۲۵ میلی گرم هر ۴ ساعت IM و یا هر ۶ ساعت IV
- مسکن موقع ترخیص: دوز ترخیص ایبوپروفن ۶۰۰ mg هر ۶ ساعت با غذا و استامینوفن ۱ g هر ۸ ساعت، پس از بهبود درد بروفن PRN (معمولا ۲ الی ۵ روز پس از عمل)
- در صورت عدم بهبود، پس از بررسی کامل بیمار می توان از ترامادول استفاده کرد. در صورت ادامه درد، اکسی کدون ۵ میلی گرم یک الی دو قرص هر ۶ ساعت (بیش از ۷ روز توصیه نمی شود)
- هماتوکریت بر حسب شرایط بیمار پس از عمل جراحی و صبح روز پس از عمل و انجام سایر آزمایشات از قبیل اوره، کراتینین، سدیم و پتاسیم و بر حسب نیاز
- شروع مجدد استروژن: ۲ بار در هفته پس از عمل (۰/۵ گرم ۲ بار در هفته یا یک قرص ۲ بار در هفته) در صورت استفاده از رینگ استروژن، باید ۶ هفته پس از عمل شروع شود.
- ترخیص: ترخیص از بیمارستان پس از تحرک کامل و تحمل رژیم معمول (معمولا ۱ الی ۲ روز پس از عمل)
- محدودیت حرکتی: هر زمان که تحمل داشته باشد به فعالیت روزانه برگردد و فعالیت هایی که به پرینه فشار می آورد نظیر اسب سواری و موتور سیکلت و اینتر کورس تا ۶ هفته باید به تاخیر بیافتد. رانندگی تا موقعی که از ضد درد مخدر استفاده می کند ممنوع است
- Follow up: جهت جلوگیری از یبوست مکمل های فیبر، در صورت نیاز mom تجویز شود.
- روز دوم یا سوم بعد از عمل با بیماران تماس گرفته می شود (در مورد حرکات روده و اضافه کردن laxative) مصرف شیاف در صورت ترمیم رکتوسل منعی ندارد. در صورت عدم وجود حرکات روده ای تا ۷ روز بعد از عمل احتمال disimpaction وجود دارد. در صورت عدم وجود flatus یا وجود تهوع و استفراغ همراه با یبوست باید از نظر ایلئوس یا انسداد بررسی شود.
- ویزیت حضوری ۱۰ روز بعد از عمل و سپس ۴ تا ۶ هفته بعد جراحی، معاینه بخیه ها، عوارض زخم، Q-POP و در صورت نیاز PVR چک شود.

• کنترل عوارض جانبی انجام پروسیجر

- کنترل خونریزی در حین عمل
- کنترل احتمال آسیب ارگان های حیاتی و در صورت وجود مشاوره های لازم
- کنترل علائم حیاتی پس از عمل و در صورت عدم ثبات و افت هموگلوبین بررسی از نظر خونریزی از محل عمل
- کنترل عفونت مخصوصا در بیماران چاق، سن بالا، بیماران با مشکلات طبی و بدخیمی

د) تواتر ارائه خدمت

این خدمت فقط یک بار ارایه می گردد.

ه) افراد صاحب صلاحیت جهت تجویز (Order) خدمت مربوطه و استاندارد تجویز:

متخصص زنان و زایمان ، فلوشیپ های پلویک فلور، فلوشیپ ارولوژی زنان

و) ارائه کننده اصلی صاحب صلاحیت جهت ارائه خدمت مربوطه:

فلوشیپ پلویک فلور، فلوشیپ ارولوژی زنان

ز) عنوان و سطح تخصص های مورد نیاز (استاندارد) برای سایر اعضای تیم ارائه کننده خدمت:

ردیف	عنوان تخصص	تعداد مورد نیاز به طور استاندارد به ازای ارائه هر خدمت	میزان تحصیلات مورد نیاز	سابقه کار و یا دوره آموزشی مصوب در صورت لزوم	نقش در فرایند ارائه خدمت
۱	متخصص بیهوشی	به ازای هر دو بیمار ۱ نفر	متخصص	-	مراقبت های تخصصی بیهوشی حین و بعد از عمل
۲	سایر تخصص ها بر اساس وضعیت بیمار و تشخیص جراح	متخصص قلب، داخلی، ارولوژی، جراح عمومی	بسته به شرایط بیمار	مشاوره به متخصصین اصلی بسته به شرایط بیمار	سایر تخصص ها بر اساس وضعیت بیمار و تشخیص جراح
۳	پرستار/ تکنسین اتاق عمل (نرس سیرکولر و اسکراب)	۲ نفر	کاردان به بالا	آموزش دیده و دارای تجربه کافی	آماده سازی بیمار، مراقبتهای حین عمل
۴	هوشبری	۱ نفر	کاردان به بالا	آموزش دیده و دارای تجربه کافی	مانیتورینگ مداوم و مراقبت های قبل، حین و بعد از عمل جراحی
۵	پرستاربخش	۱ نفر	لیسانس	آموزش دیده و دارای تجربه کافی	انجام دستورات قبل و پس از عمل، مراقبت های قبل و بعد از عمل جراحی
۶	کمک بهیار و خدمات	۲ نفر	دیپلم	-	کمک به مراقبت های قبل و بعد از عمل توسط پرستار

ح) استانداردهای فضای فیزیکی و مکان ارائه خدمت:

اتاق عمل دارای تهویه و نور کافی و درجه حرارت مناسب و بر حسب استانداردهای ابلاغی وزارت بهداشت

ط) تجهیزات پزشکی سرمایه ای به ازای هر خدمت:

تخت اتاق عمل با ملحقات، دستگاه بیهوشی، پالس اکسی متر، penomatic compression device

ی) داروها، مواد و لوازم مصرفی پزشکی جهت ارائه هر خدمت:

ردیف	اقلام مصرفی مورد نیاز	میزان مصرف (تعداد یا نسبت)
۱	داروی ضروری برای بیهوشی عمومی و اپیدورال و اسپینال (مارکائین، لیدوکائین ، پروپوفول، پتیدین و...)	بر حسب نوع بیهوشی
۲	ست اپیدورال	۱ عدد
۳	ست اسپینال	۱ عدد
۴	ست Swan-Gans	۱ عدد
۵	لوله تراشه	۱ عدد
۶	دستکش استریل	۱۰ جفت
۷	دستکش پرپ	۲ عدد
۸	بتادین	۴۰ سی سی
۹	کلر هگزیدین	۴۰ سی سی
۱۰	سرنگ در سایز های مختلف	۱۰ عدد
۱۱	سر سوزن	۲ عدد
۱۲	آنژیوکت	۴ عدد
۱۳	تیغ بیستوری	۲ عدد
۱۴	نخ ویکریل یک یا صفر	۸ عدد
۱۵	نخ ویکریل ۲ صفر	۳ عدد
۱۶	نخ کرومیک صفر یا ۱	۲ عدد
۱۷	مش پهن جهت تامپون واژن	۲ عدد
۱۸	عینک محافظ	بر حسب تعداد پزشک
۱۹	گاز خط دار	۳۰ عدد
۲۰	گاز ساده	۵ عدد
۲۱	سر کوتر	۲ عدد
۲۲	پک عمل	یک ست کامل
۲۳	گان اضافی عمل	۴ عدد
۲۴	چسب آنژیوکت	۴ عدد
۲۵	سوند فولی	دو عدد
۲۶	ماسک اکسیژن	۱ عدد
۲۷	کیسه ادرار	۲ عدد

۲۸	ست پانسمان (رسیور پنست و پنبه و گاز)	یک عدد
۲۹	ست سرم	۲ عدد
۳۰	آب مقطر	۲ عدد
۳۱	سرم نرمال سالین	۲۰۰۰ سی سی
۳۲	سرم رینگر لاکتات	۳۰۰۰ سی سی
۳۳	متیلن بلو یا ایندیگو کاربین	۱۰ سی سی
۳۴	اپی نفرین	یک عدد
۳۵	پروپ پالس اکسی متر	یک عدد
۳۶	لوله ساکشن	۲ عدد
۳۷	چست لید	۳ عدد
۳۸	گان بیمار	۱ عدد
۳۹	کلاه بیمار	۱ عدد
۴۰	کلاه پزشک (با توجه به تعداد جراح)	۵ عدد
۴۱	ماسک سه لایه بند دار (با توجه به تعداد جراح)	۵ عدد
۴۲	سفازولین ۲ گرم و یا مترونیدازول ۵۰۰ میلی گرم	۲ عدد
۴۳	تب سنج	۱ عدد
۴۴	دروشیت	به تعداد مورد نیاز
۴۵	دسته کاپیو (CAPIO)	دو عدد
۴۶	نخ کاپیو	۶ عدد
۴۷	سوزن آزاد curve	۳
۴۸	والو بریسیکی	۲ عدد

ک) استانداردهای ثبت :

Pre-op Diagnosis : **Paravaginal defect** تشخیص قبل از عمل

Post-op Diagnosis : **Paravaginal defect** تشخیص بعد از عمل

Kind of Operation: **Paravaginal defect repair(tranvaginal rout)** نوع عمل جراحی

نمونه برداشته شده: بلی خیر تعداد.....

شرح عمل و مشاهدات

شمارش گازها و لوازم قبل از عمل و بعد از آن منطبق می باشد. بلی خیر

نمونه جهت آزمایش فرستاده شده است؟ بلی خیر

امضاء پرستار اتاق عمل - مهر و امضاء جراح

ل) اندیکاسیون های دقیق جهت تجویز خدمت:

پرولاپس علامت دار کمپارتمان قدامی در لترال واژن با $\text{stage} \geq 2$

عدم موفقیت درمان محافظتی (پساری)

م) شواهد علمی در خصوص کنتر اندیکاسیون های دقیق خدمت:

عدم وجود پرولاپس واضح در معاینه ($\text{stage} < 2$)

عدم شکایت بالینی

ن) مدت زمان ارائه هر واحد خدمت:

ردیف	عنوان تخصص	میزان تحصيلات	مدت زمان مشارکت در فرایند ارائه خدمت	نوع مشارکت در قبل، حین و بعد از ارائه خدمت
۱	فلوشیپ پلویک فلور	فلوشیپ	بین ۲-۳ ساعت بر حسب مورد	جراح و کمک جراح
۲	فلوشیپ ارولوژی زنان	فلوشیپ	بین ۲-۳ ساعت بر حسب مورد	جراح و کمک جراح
۳	بیهوشی	متخصص	۳-۴ ساعت	اقدام جهت بیهوشی بیمار
۴	هوشبری	کاردان به بالا	۳ تا ۴ ساعت با توجه به شرایط بیمار و اندیکاسیون جراحی	کمک در انجام بیهوشی
۵	اتاق عمل	کاردان به بالا	حداقل و با توجه به شرایط بیمار	اسکراپ و سیرکولر
۶	سایر تخصص ها بر اساس وضعیت بیمار	متخصص قلب، داخلی، ارولوژی، جراح عمومی	بسته به شرایط بیمار	مشاوره به متخصصین اصلی بسته به شرایط بیمار

س) مدت اقامت در بخش های مختلف بستری جهت ارائه هر بار خدمت مربوطه:

زمان ترخیص در ترمیم پاراواژینال به طور متوسط ۲-۳ روز پس از جراحی بر حسب نوع عمل می باشد. در صورت وجود مشکل و بستری در ICU و نیاز به مراقبت های ویژه زمان ترخیص با نظر پزشک متخصص ICU است. (در زمان بستری در ICU متخصص زنان لازم است مراقبت از بیمار را ادامه دهد).

ع) موارد ضروری جهت آموزش به بیمار:

توصیه های پس از ترخیص و آموزش مراقبت از خود پس از عمل جراحی:

➤ زمان مراجعه بیمار جهت ارزیابی مناسب و عدم بروز عوارض بیمار اعلام گردد. (۱۰ روز و ۶ هفته پس از عمل)

- هر روز حمام کند.
- ممکن است تا ۲-۱ هفته بعد از عمل ترشح واژینال مایل به قهوه ای داشته باشد. اگر خونریزی شدید قرمز روشن یا ترشح بدبو از واژن دارد با دکتر خود تماس بگیرد.
- تا ۶-۴ هفته بعد از جراحی از تامپون یا دوش واژینال استفاده نکند.
- جسم سنگین تر از ۱۳ پوند (۵/۷ کیلوگرم) در ۶ هفته اول بعد از عمل بلند نکنند.
- رخت شویی نکند، جارو برقی نکشد.
- می تواند از پله ها بالا برود.
- آرام و با کمک می تواند خود را روی تخت جابجا کند.
- ۴ هفته بعد از عمل می تواند ورزش های شکمی بکند.
- ۳ هفته بعد از عمل می تواند در وان حمام کند. (اگر بخیه ها جوش خورده اند)
- بهتر است رژیم غذایی شامل پروتئین زیاد، آهن، فیبر باشد تا هم روده ها عملکرد خوبی داشته باشند و هم زخم ترمیم شود از قبیل گوشت قرمز، سبزیجات برگ سبز، جگر سیاه، میوه تازه، ماهی، غلات. (مصرف مایعات ۸-۱۰ لیوان در روز شامل آب، آب میوه، شیر- از افزایش مقدار قهوه یا چای بپرهیزد.)
- آموزش اینکه بیمار چه داروهایی را بعد از عمل می تواند مصرف کند (مسکن و آهن، آنتی ترومبولیتیک تزریقی یا جوراب، آنتی بیوتیک در مواقع ضروری)
- از توالف فرنگی استفاده کند.
- حداقل ۶ هفته پس از جراحی نزدیکی جنسی نداشته باشد.
- تاریخی که لازم است برای ویزیت بعدی مراجعه کند. (۴-۶ هفته پس از جراحی)
- وقتی مشکلی پیش آمد چگونه پزشک را خبر کند. (شماره تماس و یا آدرس محل مراجعه را به بیمار داده شود)
- چه مقدار فعالیت کند و چه موقع سر کار برود. (در سطح صاف راه برود تا کارکرد روده ها و گردش خون بهتر شود. آزادانه به بیرون برود و از هوای تازه استفاده کند. تا ۲-۳ هفته بعد از عمل رانندگی نکند. بعد از ۴ الی ۶ هفته بعد از عمل بیمار می تواند سرکار برود. برای استراحت وقت کافی اختصاص دهد یا طی روز یک خواب کوتاه مدت داشته باشد).

منابع:

- Urogynecology And Reconstructive Pelvic Surgery (Mickey M Karram 2015)
- کتاب تیلند ۲۰۱۵
- UP TO DATE 2019
- CAMPBELL UROLOGY 2016
- NICE 2019
- AUA 2016
- EAU 2018
- تاریخ اعتبار این راهنما از زمان ابلاغ به مدت ۲ سال می باشد و بعد از اتمام مهلت زمانی میبایست ویرایش صورت پذیرد.

بسمه تعالی

فرم تدوین راهنمای تجویز

مدت زمان ارائه	محل ارائه خدمت	شرط تجویز		ارائه کنندگان اصلی صاحب صلاحیت	افراد صاحب صلاحیت جهت تجویز	کاربرد خدمت		کد RVU	عنوان استاندارد
		کنترا اندیکاسیون	اندیکاسیون			سرپایی	بستری		
بین ۲-۳ ساعت	اتاق عمل دارای تهویه و نور کافی و درجه حرارت مناسب و بر حسب استانداردهای ابلاغی وزارت بهداشت	عدم شکایت بالینی، عدم وجود پرولاپس واضح در معاینه (stage < 2)	پرولاپس علامت دار کمپارتمان قدامی واژن با $stage \geq 2$ ، عدم موفقیت درمان محافظتی (پساری)	فلوشیپ پلویک فلور، فلوشیپ ارولوژی زنان	متخصص زنان و زایمان، فلوشیپ های پلویک فلور، فلوشیپ ارولوژی زنان		*	۵۰۱۴۹۲	ترمیم نقص پاراواژینال و اتصال آن به وایت لاین از راه شکم

• تاریخ اعتبار این راهنما از زمان ابلاغ به مدت ۲ سال می باشد و بعد از اتمام مهلت زمانی میبایست ویرایش صورت پذیرد.