

شناسنامه و استاندارد خدمت

کولونوسکوپی قابل انعطاف پروگزیمال به خم طحالی، تشخیصی بایابدون جمع آوری نمونه

بوسیله برس زدن یا شستشو بایابدون کاهش فشار کولون بایوپسی، منفرد یا متعدد

(عمل مستقل)

(نسخه سوم)

تابستان ۱۴۰۲

تنظیم و تدوین اولیه:

گروه بالینی گوارش و کبد

گروه بالینی بیهوشی

تحت نظارت فنی:

گروه استانداردسازی و تدوین راهنماهای سلامت

دفتر ارزیابی فن آوری، استانداردسازی و تعرفه سلامت

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

کولونوسکوپی قابل انعطاف پروگزیمال به خم طحالی، تشخیصی با یا بدون جمع آوری نمونه بوسیله برس زدن یا شستشو با یا بدون کاهش فشار کولون با بیوپسی، منفرد یا متعدد (عمل مستقل)

کد ملی: ۴۰۱۳۶۰

ب) تعریف و تشریح خدمت مورد بررسی :

کولونوسکوپی قابل انعطاف پروگزیمال به خم طحالی، تشخیصی با یا بدون جمع آوری نمونه بوسیله برس زدن یا شستشو با یا بدون کاهش فشار کولون با بیوپسی، منفرد یا متعدد (عمل مستقل)

ت) موارد ضروری انجام مداخله تشخیصی

- هرگونه دل درد مزمن با عدم پاسخ به درمان
- افراد بالای ۴۵ سال
- خونریزی از ناحیه مقعد
- وجود خون مخفی در مدفوع
- اسهال مزمن
- آنمی فقر آهن در مردان و خانم ها
- در افراد زیر ۴۵ سال در صورت داشتن سابقه سرطان روده در بستگان درجه یک یا ۱۰ سال پایین تر از سن جوانترین فرد مبتلا در خانواده درجه یک
- تغییر عادت اجابت مزاج (دفعات، قوام و شکل) بیش از دو هفته
- توصیه کولونوسکوپی بعلت رادیولوژی مشکوک
- ضایعات مشکوک به متاستاز
- ولولوس سیگموئید یا decompression & acute megacolon با پشتیبانی جراح
- کاهش وزن غیرقابل توجیه
- سندرم های ژنتیکی که در گایدلاین ها، کولونوسکوپی توصیه شده است.
- سابقه پولیپ در بیمار
- سابقه پولیپ های Advance در فامیل درجه یک
- بررسی کولون بعد از حمله حاد دیورتیکولیت

- surveillance بیماران IBD و PSC
- surveillance کانسره‌های کولورکتال
- تبصره: IBS به شرطی که diarrhea dominant باشد، نیاز به کولونوسکوپی دارد.

➤ تبصره: مواردی که به تنهایی نیاز به کولونوسکوپی ندارد:

۱. علائم کلاسیک سندروم روده تحریک پذیر (IBS) در سن کمتر از ۴۵ سال
۲. اسهال حادی که کمتر از دو هفته بهبود یابد.
۳. یبوست مزمن در افراد کمتر از ۴۵ سال و بدون علایم هشدار دهنده

ج) تواتر ارائه خدمت:

ج-۱) تعداد دفعات مورد نیاز

بر اساس اندیکاسیون

ج-۲) فواصل انجام

- هر ۷-۱۰ سال یکبار مگر اینکه بروز علایم تغییر کرده یا اینکه علایم جدید ایجاد شده باشد.
- در بیماران با بیماری‌های التهابی مزمن روده بعد از ۸ سال هر سال انجام شود.
- در بیماران PSC سالی یکبار
- در بیمارانی که در کولونوسکوپی اول پولیپ پیدا شده باشد بر اساس جنس، اندازه و تعداد پولیپ به فاصله ۱ تا ۳ سال
- در صورتیکه در کولونوسکوپی اول پولیپ‌ها بطور کامل برداشته نشده باشد یا تمام روده دیده نشده باشد یا پولیپ‌ها به روش piecemeal برداشته شده باشد، ۲ تا ۶ ماه بعد
- در بیماران IBD توصیه میشود شش ماه بعد از شروع یا تغییر درمان بهبود کولونوسکوپی پایش شود. در صورت تشدید علایم و بالارفتن کالپروتکتین مدفوع نیز چنانچه علت مشخصی مثل عفونت وجود نداشته، تکرار کولونوسکوپی میتواند مد نظر باشد اما در حمله شدید کولیت که منجر به بستری شدن شود، انجام سیگموئیدوسکوپی محدود بدون آماده سازی با مسهل توصیه میشود.
- در مورد کولونوسکوپی‌های درمانی دیلاته کردن تنگی در آندوسکوپ و یا کولونوسکوپ ممکن است به فواصل نزدیک تر حسب نیاز مکرر انجام شود.

د) کنترل اندیکاسیون‌های خدمت:

- شک به سوراخ بودن روده
- ناپایداری از نظر قلبی و ریوی
- شکم حاد

ه) ویژگی های فرد /افراد صاحب صلاحیت جهت تجویز (Order) خدمت مربوطه و استاندارد تجویز:

کلیه پزشکان

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

فوق تخصص گوارش

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	یک نفر در صورت نیاز	تخصص	ندارد	برحسب ضرورت
۲	تکنسین بیهوشی	یک نفر در صورت نیاز	فوق دیپلم به بالا	ندارد	برحسب ضرورت
۳	تکنسین	یک نفر در صورت نیاز	دیپلم بهیاری یا بالا تر	آموزش جهت آماده سازی	آموزش، آماده سازی

ح) استانداردهای فضای فیزیکی و مکان ارائه خدمت:

۱) موارد ذیل نیازمند انجام پروسیجر مذکور در بیمارستان با دسترسی به بخش مراقبت های ویژه می باشد:

-بیمارانی که در کمتر از ۳ ماه دچار MI شده اند.

- بیمارانی که کمتر از ۳ ماه گذشته دچار TIA/CVA شده اند.

- بیمارانی که در کمتر از ۳ ماه گذشته تحت آنژیوگرافی به همراه تعبیه استنت قرار گرفته اند.

- بیماران با EF کمتر از ۲۰ درصد داشته باشند.

- بیماران با نارسایی حاد کلیوی

- بیماران مبتلا به نارسایی تنفسی

- بیماران مبتلا به تشنج جنرالیزه کنترل نشده

- بیماران با ASA بیشتر از ۳

-بیماران با خونریزی حاد گوارشی که نیاز به بستری دارند

۲) موارد ذیل نیازمند انجام پروسیجر مذکور در بیمارستان ، مراکز جراحی محدود، درمانگاه تخصصی مربوطه (به غیر از مطب)

می باشد:

- بیمارانی که نیاز به انجام مداخلات درمانی از جمله برداشتن پولیپ بزرگ، EMR، ESD، دیلاتاسیون دارند

- درخواست خود بیمار

۳) به جز موارد فوق، در صورتی که انجام کولونوسکوپی قابل انعطاف نیاز به بیهوشی نداشته باشد، در مطب قابل انجام است.

ط) تجهیزات پزشکی سرمایه ای به ازای هر خدمت:

دستگاه کولونوسکوپی با ملحقات (اسکوپ، منبع نور، پروسسور، مانیتور)، سینک شستشو ، پالس اکسی متر، ست احیا و کپسول اکسیژن و دستگاه پولپکتومی، مانیتورینگ قلبی و ریوی، تخت استاندارد برای کولونوسکوپی، تخت یا برانکارد برای اطاق ریکاوری، تمام امکانات احیا شامل ترالی اورژانس استاندارد با دارو و وسایل الزام و استاندارد، لوله تراشه، لارنگوسکوپ، آمبوبگ، لوله way air، دستگاه ساکشن، ویلچر

توجه : رعایت استانداردهای کنترل عفونت و گندزدایی بعد از هر پروسیجر برابر راهنماهای مربوطه مورد تاکید است .

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

ردیف	اقلام مصرفی مورد نیاز	میزان مصرف (تعداد یا نسبت)
۱.	آب مقطر	۳
۲.	فنتانیل ۱ سی سی	۱
۳.	سرم	۵۰۰-۱۰۰۰ سی سی
۴.	هیوسین	۱
۵.	آمپول میدازولام	۱
۶.	پروپوفول	۲
۷.	چسب آنژیوکت	۱
۸.	محلول ضد عفونی اسکوپ	۱
۹.	گاز	۱۰
۱۰.	سوند اکسیژن	۱
۱۱.	سرنگ ۶۰cc	۱
۱۲.	پنبه الکل آماده	۲
۱۳.	سرنگ ۵cc	۲

۱۴.	شلوار پرفوره	۱
۱۵.	گان بیمار + گان پزشک	۱
۱۶.	دروشیت	۳
۱۷.	دستکش لاتکس	۸
۱۸.	ست سرم	۱
۱۹.	روتختی - روبالشتی	۱
۲۰.	دستکش نایلونی	۸
۲۱.	ژل لوبریکنت	۱
۲۲.	روکفشی پزشک	۱

ی) اقدامات پاراکلینیکی، تصویربرداری، دارویی و ... مورد نیاز قبل از ارائه خدمت:

آماده سازی روده با استفاده از داروهای مسهل .

انجام آزمایش و درخواست مشاوره برای همه بیماران ضروری نیست و حسب تشخیص پزشک معالج با توجه به شرایط بیماران انجام میشود .

در صورت پیش بینی انجام پولیپکتومی یا سایر اقدامات تهاجمی حین کولونوسکوپی قطع داروهای ضد انعقاد و ضد پلاکت غیر از آسپیرین بر اساس مدت زمان اثر داروها توصیه می شود

ک) استانداردهای گزارش:

گزارش تایپ شده به همراه تاریخ و مشخصات بیمار و مهر و امضای پزشک و حداقل شامل موارد زیر باشد:

دستگاه مورد استفاده، نوع بیهوشی استفاده شده، اندیکاسیون انجام خدمت، گزارش وضعیت آمادگی روده، ثبت قسمت های دیده شده از روده (تا کجای روده دیده شده است)، گزارش وضعیت روده به تفکیک آنوس، رکتوم، سیگموئید، کولون نزولی عرضی و صعودی و سکوم و در صورت دیده شدن ایلئوم به همراه عکس از هر قسمت و عکس و توصیف از ضایعه دیده شده، در صورت انجام نمونه برداری تعداد و محل نمونه برداری ذکر شود. جمع بندی مشاهدات و نتیجه گیری باید در انتهای گزارش ذکر شود.

ل) مدت زمان ارائه هر واحد خدمت:

زمان برگشت از Cecum حداقل باید شش دقیقه باشد.

ف) موارد ضروری جهت آموزش به بیمار :

اخذ رضایتنامه آگاهانه و آگاهی از نحوه انجام کار و عوارض احتمالی، آموزش روش آماده سازی قبل از کولونوسکوپی، آموزش نحوه تغذیه پس از انجام خدمت، نحوه مصرف داروهای قبلی بیمار در روزهای قبل و بعد از کولونوسکوپی (به خصوص داروهای مرتبط به قلب، دیابت و فشار خون)، آموزش موارد، در صورت استفاده از بیهوشی عدم رانندگی تا ۲۴ ساعت و تاکید بر حضور همراه، آموزش علائم خطر که در صورت دیده شدن نیاز به مراجعه مجدد به پزشک می باشد.

منابع:

1. ASGE Standards of Practice Committee; Early DS, Lightdale JR, Vargo JJ 2nd, Acosta RD, Chandrasekhara V, Chathadi KV, Evans JA, Fisher DA, Fonkalsrud L, Hwang JH, Khashab MA, Muthusamy VR, Pasha SF, Saltzman JR, Shergill AK, Cash BD, DeWitt JM. Guidelines for sedation and anesthesia in GI endoscopy. *Gastrointest Endosc.* 2018 Feb;87(2):327-337
2. Abraham NS, Barkun AN, Sauer BG, Douketis J, Laine L, Noseworthy PA, Telford JJ, Leontiadis GI. American College of Gastroenterology-Canadian Association of Gastroenterology Clinical Practice Guideline: Management of Anticoagulants and Antiplatelets During Acute Gastrointestinal Bleeding and the Periendoscopic Period. *Am J Gastroenterol.* 2022 Apr 1;117(4):542-558.
3. Kaltenbach T, Anderson JC, Burke CA, Dominitz JA, Gupta S, Lieberman D, Robertson DJ, Shaikat A, Syngal S, Rex DK. Endoscopic Removal of Colorectal Lesions-Recommendations by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. *Gastroenterology.* 2020 Mar;158(4):1095-1129.
4. Gotoda, T., Akamatsu, T., Abe, S., Shimatani, M., Nakai, Y., Hatta, W., Hosoe, N., Miura, Y., Miyahara, R., Yamaguchi, D., Yoshida, N., Kawaguchi, Y., Fukuda, S., Isomoto, H., Irisawa, A., Iwao, Y., Uraoka, T., Yokota, M., Nakayama, T., Fujimoto, K. and Inoue, H. (2021), Guidelines for sedation in gastroenterological endoscopy (second edition). *Digestive Endoscopy*, 33: 21-53
5. ASGE Standards of Practice Committee, Early DS, Ben-Menachem T, Decker GA, Evans JA, Fanelli RD, et al. Appropriate use of GI endoscopy. *Gastrointest Endosc.* 2012 Jun. 75 (6):1127-31.
6. 2021 Korean Society of Gastrointestinal Endoscopy Clinical Practice Guidelines for Endoscopic Sedation *Clin Endosc* 2022;55 (2): 167-182.
7. Jechart G, [Messmann H](#). Indications and techniques for lower intestinal endoscopy. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2008;22(5):777-88.
8. UpToDate

