



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت درمان

دبیرخانه شورای راهبردی تدوین راهنماهای سلامت

شناسنامه و استاندارد خدمت

اکسنزیون استامپ کردن رحم از راه واژن

پاییز ۱۳۹۸

تنظیم و تدوین:

خانم دکتر اشرف آل یاسین دبیر مورد تخصصی زنان و زایمان و عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
خانم دکتر اعظم السادات موسوی رئیس انجمن زنان و مامایی ایران
خانم دکتر زینت قنبری فلوشیپ پلویک فلور، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
خانم دکتر طاهره افتخار فلوشیپ پلویک فلور، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
خانم دکتر مریم دلدار پسیخانی فلوشیپ پلویک فلور، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
خانم دکتر پروین باستانی فلوشیپ پلویک فلور، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز
خانم دکتر سودابه درویش نارنج فلوشیپ پلویک فلور، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
خانم دکتر لیلا پور علی فلوشیپ پلویک فلور، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد
خانم دکتر الناز آیتی افین متخصص زنان و زایمان و دستیار فلوشیپ پلویک فلور
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 بهزاد کلانتری بنگر، فرانک ندرخانی،
دکتر مریم خیری، مرجان مستشار نظامی

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

Manchester

اکسزیون استامپ گردن رحم از راه واژن (عمل منچستر)

کد ملی: ۵۰۱۷۶۰

ب) تعریف و تشریح خدمت مورد بررسی:

عمل منچستر برای انجام آمپوتاسیون سرویکس جهت درمان پرولاپس آپیکال ناشی از سرویکس بلند انجام می شود. برای انجام عمل منچستر موارد زیر لازم الاجرا است:

- 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 پری سرویکال رینگ 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، داروخانه مجهز به انواع نیاز های دارویی عمومی و حضور داروساز بالینی، بخش های بستری کافی و مجهز به امکانات مراقبت از بیماران (شامل پرسنل ورزیده)، ICU، آزمایشگاه و بانک خون مجهز و واحد تغذیه (وجود کارشناس تغذیه و آشپزخانه مجهز).
- درمانگاه های تخصصی جهت ویزیت و اداره قبل از جراحی در بیمارانی که نیاز به عمل منچستر 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 مددکاری 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):

A: پذیرش: پذیرش بخش تاریخ ساعت تخت

B: پر کردن فرم رضایت نامه توسط بیمار

C: تشخیص: پرولاپس آپیکال ناشی از سرویکس بلند

D: 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)

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

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

G: دستورات پرستاری: آمادگی قبل از عمل (آمادگی روده قبل از جراحی زنان 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)

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

I: تزریق سرم یا خون بر حسب شرایط و نیاز بیمار

J: 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 ۲ گرم IV (۲ گرم برای وزن کمتر از ۱۲۰ Kg و ۳ گرم برای بیشتر یا مساوی ۱۲۰kg)

• سفوکستین ۲ گرم IV

• سفوتتان ۲گرم IV

• آمپی سیلین سولباکتام ۳ گرم IV

در بیماران حساس به پنی سیلین و سفالوسپرین ها:

۱. کلیندامایسین ۹۰۰-۶۰۰ میلی گرم IV به همراه یکی از داروهای زیر

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

• سیپروفلوکساسین ۴۰۰ میلی گرم IV یا

• لووفلاکساسین ۵۰۰ میلی گرم IV یا

• آزترونام ۲ گرم IV یا

• جتتامایسین 5 mg/kg به صورت وریدی

• مترونیدازول IV 5۰۰ mg/ به همراه یکی از داروهای زیر

جتتامایسین 5 mg/kg به صورت وریدی
فلوروکینولون ها

- اگر از وانکومایسین و یا یک فلوروکینولون بعنوان پروفیلاکسی قبل از عمل استفاده می شود انفوزیون بایستی در مدت ۹۰-۶۰ دقیقه داده شود و انفوزیون ۱۲۰-۶۰ دقیقه قبل از جراحی شروع 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.
 - پروفیلاکسی ترومبوآمبولی: ۵۰۰۰ واحد هپارین Unfractionated زیر جلدی ۲ ساعت قبل از عمل و یا انوکسپارین ۴۰ میلی گرم ۱۲ ساعت قبل عمل، با یابدون جوراب پنوماتیک
- K: آزمایشات و خدمات مورد نیاز:

- ۱- پاپ اسمیر
- ۲- آزمایشات روتین شامل Cr-UREA, BhCG, FBS, UA, BG RH, CBC diff و آزمایشات تکمیلی در افراد با تاریخچه خونریزی غیر عادی و بیماریهای خاص از قبیل پروفیل 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.
- ۳- الکترو کاردیوگرام (ECG) برای افراد:

- بالای ۵۰ سال
- با هیپرتانسیون
- دیابتیک
- بیماری قلبی
- بیماری سربروواکولار
- 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)

۴- رادیوگرافی قفسه سینه (CXR)

- برای افراد بالای ۶۰ سال
- در صورت شعله ور شدن بیماری قلبی - ریوی
- حمله دیسترس تنفسی حاد اخیر از قبیل آپنه موقع خواب (Difficult Airway و بیماری قلبی)

L: دستورات خاص (Special Orders):

۱. ویزیت بیمار و 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. **Shave** 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
- مشاوره: درمورد خطرات، منافع و روش های جایگزین درمان فعلی با بیمار و همراه بیمار صحبت شود و مکتوب گردد عوارض شایع جراحی های پلویک:
- A- خطرات شایع جراحی شامل درد، عفونت، خونریزی، آسیب به عروق و نیاز به کمپرسیون یا هموکلپس یا آمبولیزاسیون احتمالی و آسیب های عصبی و آسیب به احشاء (مثانه، روده، حالب) به خصوص حالب ها و آمبولی
- B- عود پرولاپس یا بی اختیاری ادراری یا پایدار ماندن علائم قبلی
- C- بدتر شدن علائم بی اختیاری ادرار و یا ایجاد بی اختیاری ادراری جدید که ممکن است نیاز به درمان دارویی یا جراحی داشته باشد
- D- ایجاد مشکلات **Sexual** نظیر دیس پارونی یا بدتر شدن آنها
- E- در کل بهتر است اعمال جراحی پلویک پس از تکمیل خانواده انجام شود.
- F- سزارین پس از اعمال جراحی **Reconstructive** پلویک با پزشک و بیمار تصمیم گیری می شود.
۷. معاینه قبل از عمل و تکرار آن پس از اینداکشن بیهوشی
۸. عدم پوشیدن جواهرات فلزی (روز قبل از عمل بهتر است درآورده شوند)
۹. عدم استفاده از مواد آرایشی هنگام ورود به اتاق عمل
۱۰. قبل از شروع عمل لازم است چک لیست ایمنی بیمار تکمیل شود.
۱۱. 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.
۱۲. 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.
۱۳. **Bladder Symptom**: علائم مخصوص مثانه یا مواردی که مربوط به بی اختیاری نمی باشد نظیر هماچوری وسیع، دردمثانه و احتمال وجود آسیب یا جسم خارجی در جراحی قبلی باید سیستوسکوپی قبل از عمل انجام شود.
۱۴. خروج پساری: پساری ۱-۲ هفته قبل از جراحی خارج و یک اپلیکاتور ژل مترونیدازول و اژینال روزانه به مدت ۵ روز قبل عمل استفاده شود.

۱۵. استروژن واژینال: در بیماران منوپوز ۴-۶ هفته قبل از عمل هفته ای ۲ بارکرم واژینال استروژن استفاده شود.

۱۶. سونوگرافی کلیه و چک BUN, Cr در بیماران با Stage 3 و Stage 4 پرولاپس

۱۷. توقف Smoking ۴ تا ۶ 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 سالین استریل استفاده شود.
- پیشنهاد می گردد جهت تایید معاینات قبل از عمل، بعد از بیهوشی معاینه مجدد انجام گیرد.
- اگر جراحی در زمینه هیستریکتومی واژینال انجام شود، هیستریکتومی تکمیل می شود و کاف واژن بسته می شود.
- در صورت آسیب مثانه حین عمل، ترمیم آن بعد از اتمام جراحی انجام می گیرد. البته برحسب تجربه جراح در زمان آسیب مثانه نیز می توان ترمیم نمود.
- انجام سیستوسکوپی 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.

منچستر

عمل منچستر برای پرولاپس رحمی ناشی از سرویکس بلند با یا بدون سیستم اورتوسل طراحی شده است. منافع این عمل، عدم ورود به حفره پریوتون، کاهش زمان عمل و برگشت به حالت بهبودی با عوارض کمتر و سرعت بیشتر می باشد. هدف این عمل کوتاه کردن سرویکس به همراه حفظ رحم می باشد. بیمار در وضعیت لیتوتومی خلفی قرار میگیرد. معاینه لگن انجام می شود. سوند گذاشته می شود. لیبها می توانند به پرینه متصل شوند. تناکولوم جاکوب به لیپ قدامی سرویکس زده می شود. با پایین کشیدن سرویکس محل اتصال سرویکس و واژن مشخص می شود (جایی که باید برش ۳۶۰ درجه دور سرویکس زده شود). مثانه به صورت Sharp و Blunt از روی سگمان تحتانی رحم تا چین مثانه ای - رحمی به بالا رانده می شود. یک رتراکتور بازویه صاف زیر مثانه گذاشته می شود تا چین پریوتون مثانه ای - رحمی مشخص شود. سرویکس به سمت قدام چرخانده شده و کلدوساک خلفی مشخص می شود. لیگامان کاردینال و یورتروساکرال همان طرف مشخص شده با انگشت وارد کلدوساک خلفی شده که مطمئن شویم که روده داخل این فضا

نباشد. سپس با یک کلامپ هنی چسبیده به سگمان تحتانی رحم، لیگامان یوتروساکرال و قسمت کوچکی از لیگامان کاردینال کلامپ شده و بریده می شوند. و با نخ دیر جذب شماره یک سوچور می شوند.

لیگامان یوتروساکرال و کاردینال طرف مقابل نیز به همین ترتیب پس از کشیدن سرویکس به سمت مقابل و کمی قدامی، کلامپ، کات و سوچور می شود. بسته به طول سرویکس بایت های متعدد ممکن است نیاز باشد. قسمت کوچکی از لیگامان کاردینال سرویکس کلامپ و بریده می شود و بانخ دیر جذب صفر سوچور می شود. لیگامان کاردینال طرف مقابل هم به همین ترتیب کلامپ و کات و سوچور می شود. بهتر است سرویکس پس از قرار دادن رتراکتور قدامی و خلفی جهت عقب راندن مثانه و حالب و روده درست در سگمان تحتانی رحم با اسکالپل جدا شود.

بهتر است که برش سرویکس به صورت زاویه دار انجام شود به طوری که سرویکس به صورت گوه ای (Wedged Out) دربیاید تا اینکه به صورت لوله ای شود. این روش به پوشاندن سگمان تحتانی رحم با مخاط واژن کمک می کند. سپس سگمان تحتانی رحم به سمت عقب کشیده شده لیگامان های کاردینال و یوتروساکرال به سطح قدامی سرویکس آورده شده و با نخ دیر جذب شماره یک به روش منقطع به سگمان تحتانی رحم سوچور می شود.

پس از سوچور کردن لیگامان های یوتروساکرال و کاردینال راست به سطح قدامی سرویکس، لیگامان های کاردینال و یوتروساکرال سمت چپ به همین ترتیب به سطح قدام سرویکس آورده شده و روی باند لیگامانی قدام سگمان تحتانی رحم همپوشانی (Over lap) شده و سوچور می شوند. این عمل سبب می شود سگمان تحتانی رحم به سمت خلف رانده شده فوندوس رحم به سمت قدام چرخش نماید و در نتیجه زاویه رحم در کانال لگن اصلاح می گردد.

سپس ترمیم کمپارتمان قدامی و خلفی در صورت نیاز به صورت استاندارد انجام می شود.

- تکنیک دیگری که برای انجام عمل منچستر وجود دارد و بیشتر توصیه می شود به شرح زیر است:

مثانه از سرویکس دایسکت می شود، انسزیون روی مخاط دور سرویکس داده می شود و موکوس از روی سرویکس جدا می شود. قاعده لیگامان پهن مشاهده می شود، با کوخر قواعد لیگامان پهن کلامپ شده پس کات می شوند. سرویکس آمپوته شده و لیپ خلفی سرویکس با فلیپی از مخاط پوشانده می شود. قواعد لیگامان های پهن به سطح قدامی سرویکس سوچور می شوند. فاشیای پوبوسرویکال در خط وسط زیر اورترا، قاعده مثانه و سرویکس به هم نزدیک می شود.

باید دقت شود که سوچورهای تحتانی وارد دیواره قدامی سرویکس شوند. سپس کولپورافی خلفی و قدامی در صورت نیاز انجام می شود. می توان در تمام تکنیک های منچستر، از بخیه های Sturmendorf استفاده نمود. در انتهای جراحی، سیستم اسکوپپی انجام شده (طبق کد ۵۰۱۸۴۵) و واژن با گاز مرطوب برای ۱۲-۲۴ ساعت پک می شود.

عوارض:

- تب، ترمیم ثانویه زخم، آبسه یا سپتی سمی

- درد

- خونریزی / نیاز به تزریق خون

- آسیب به ارگان های لگنی

- هماتوم لگن

• 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 output ادرار در تمام مدت آماده ساختن بیمار برای انتقال

به ریکاوری

➤ مراقبت در ریکاوری

➤ علائم حیاتی، حجم ادرار و خونریزی هر یک ربع در ساعت اول کنترل شود و یا در صورت نیاز، مانیتورینگ مداوم لازم است.

➤ تجویز مسکن

➤ ثبت دستورات پس از عمل جراحی منچستر

A: پذیرش بخش تاریخ تخت ساعت

B: تشخیص: پرولاپس آپیکال به علت Elongation سرویکس (باتایید فلوشیپ پلویک فلور)

C: خوب، پایدار، خطر بالا، بحرانی (Critical, High Risk, Stable, Good)

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

E: 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 $BP < 90/60$ $160/100 < PR < 60$ $120 < RR < 12$, $BT > 38$, اطلاع داده شود).

F: 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).

G:

➤ کنترل خونریزی واژینال و اطلاع در صورت وجود آن

➤ تحریک تنفس پس از بیداری کامل و تشویق بیمار به سرفه و تنفس عمیق، O_2 (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 در صورت صلاحدید

H:

➤ 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)

I: سرم رینگر لاکتات ۳۰۰۰-۲۵۰۰ میلی لیتر در ۲۴ ساعت (۱۰۰-۱۲۵ 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 الترناتیو می توان از سفوتتان، سفوکسیتین، آمپی سیلین سولباکتام استفاده کرد. در صورت حساسیت به پنی سیلین و سفالوسپورین ها از کلیندامایسین، مترونیدازول و جتتامایسین 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) ۴۰ mg زیر جلدی روزانه و یا اینترمیتانت پنوماتیک کامپرسشن 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) و 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 یا ۵۰-۲۵ میلی گرم هر ۴ ساعت IM 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)

L: 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

S: شروع مجدد استروژن: ۲ بار در هفته پس از عمل (۲ g/۵ 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 ۳ روز پس از عمل)

محدودیت حرکتی: هر زمان که تحمل داشته باشد به فعالیت روزانه برگردد و فعالیت هایی که به پرينه فشار می آورد نظیر اسب سواری و موتور سیکلت تا ۶ هفته باید به تاخیر بیافتد

جهت جلوگیری از یبوست مکمل های فیبر و 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 مسهل در صورت عدم وجود حرکات روده ای تا ۷ روز بعد از عمل). مصرف شیاف در صورت ترمیم رکتوسل منعی ندارد.

Follow up: ویزیت حضوری ۱۰ روز بعد از عمل و سپس ۴ تا ۶ هفته بعد جراحی، معاینه بخیه ها، عوارض زخم، POP-Q 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

ه) تواتر ارائه خدمت

این خدمت فقط یک بار ارایه می گردد

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

فلوشیپ پلویک فلور و متخصص زنان و زایمان با تجربه کافی

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

فلوشیپ پلویک فلور و متخصص زنان و زایمان با تجربه کافی

ح) عنوان و سطح تخصصی 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 جراحی منچستر
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

مانیتورینگ مداوم و مراقبت های قبل، حین و بعد از عمل جراحی	آموزش دیده و دارای تجربه کافی	کاردان به بالا	۱ نفر	هوشبری	۴
انجام دستورات قبل و پس از عمل، مراقبت های قبل و بعد از عمل، مانیتورینگ مداوم بعد از عمل جراحی	آموزش دیده و دارای تجربه کافی	لیسانس	۱ نفر	پرستاربخش	۵
کمک به مراقبت های قبل و بعد از عمل توسط پرستار	-	دیپلم	۲ نفر	کمک بهیار و خدمات	۶

ط) 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

ی) تجهیزات پزشکی سرمایه ای به ازای هر خدمت:

تخت اتاق عمل با ملحقات، دستگاه بیهوشی، پالس اکسی متر، Penomatic Ccompression Device

ک) 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	CC ۴۰
۹	کلر هگزیدین	CC ۴۰
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 صفریا ۱	۲ عدد
۱۷	نخ سیلک ۱	۲ عدد
۱۸	عینک محافظ	بر حسب تعداد پزشک

۳۰ عدد	گاز خط دار	۱۹
۵ عدد	گاز ساده	۲۰
۲ عدد	سر کوتر	۲۱
یک ست کامل	پک عمل	۲۲
۴ عدد	گان اضافی عمل	۲۳
۴ عدد	چسب آنژیوکت	۲۴
دو عدد	سوند فولی	۲۵
۱ عدد	ماسک اکسیژن	۲۶
۲ عدد	کیسه ادرار	۲۷
یک عدد	ست پانسمان (رسیور پنست و پنبه و گاز)	۲۸
۲ عدد	ست سرم	۲۹
۲ عدد	آب مقطر	۳۰
۲۰۰۰ سی سی	سرم نرمال سالین	۳۱
۳۰۰۰ سی سی	سرم رینگر لاکتات	۳۲
۱۰ سی سی	متیلن بلو یا ایندیگوکاربین	۳۳
یک عدد	اپی نفرین	۳۴
یک عدد	پروپ پالس اکسی متر	۳۵
۲ عدد	لوله ساکشن	۳۶
۳ عدد	چست لید	۳۷
۱ عدد	گان بیمار	۳۸
۱ عدد	کلاه بیمار	۳۹
۵ عدد	کلاه پزشک (با توجه به تعداد جراح)	۴۰
۵ عدد	ماسک سه لایه بند دار (با توجه به تعداد جراح)	۴۱
۲ عدد	سغازولین ۲ گرم و یا مترونیدازول ۵۰۰ میلی گرم	۴۲
۱ عدد	تب سنج	۴۳
به تعداد مورد نیاز	دروشیت	۴۴
به تعداد مورد نظر	لباس یکبار مصرف، ست سرم و آنژیوکت، دستکش یکبار مصرف	۴۵

(ل) استانداردهای ثبت:

Pre-op Diagnosis : Cervical elongation

تشخیص قبل از عمل: پرو لاپس آپیکال به علت Elangation سرویکس (باتایید فلوشیپ پلویک فلور).

Post-op Diagnosis : Cervical elongation تشخیص بعد از عمل

Kind of Operation : Manchester 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

م) اندیکاسیون های دقیق جهت تجویز خدمت:

- پرولاپس علامت دار سرویکس ≥ 2 stage که ناشی از بلند بودن طول سرویکس باشد و بیمار تمایل به حفظ رحم داشته باشد.
- عدم تمایل و یا عدم موفقیت درمان محافظتی (پساری)

ن) شواهد علمی در خصوص کنترا اندیکاسیون های دقیق خدمت:

- عدم وجود پرولاپس واضح در معاینه ($stage < 2$)
- عدم شکایت بالینی

در موارد زیر حفظ رحم توصیه نمی شود:

عدم تمایل به حاملگی ، خونریزی پست منوپاز ، دیس پلازی اخیر سرویکس ، سندرم کانسر فامیلیال ، عدم امکان مراجعه جهت مراقبت های ژنیکولوژی روتین، خونریزیهای رحمی غیر طبیعی ، سرویکس بلند ، سندرم کانسر فامیلیار (BRCA1,2) ، سندرم کانسر کولون غیر پولیپوئیدی ارثی ، آنومالی های رحمی ، فیبروم و آدنومیوز و نمونه های غیر طبیعی اندومترو درمان با تاموکسی فن

س) مدت زمان ارائه هر واحد خدمت:

ردیف	عنوان تخصص	میزان تحصیلات	مدت زمان مشارکت در فرایند ارائه خدمت	نوع مشارکت در قبل، حین و بعد از ارائه خدمت
۱	فلوشیپ پلویک فلور متخصص زنان	متخصص	بین ۲-۳ ساعت بر حسب مورد	جراح کمک جراح
۲	بیهوشی	متخصص	۳-۴ ساعت	اقدام جهت بیهوشی بیمار
۳	هوشبری	کاردان به بالا	۳ تا ۴ ساعت با توجه به شرایط بیمار و اندیکاسیون جراحی	کمک در انجام بیهوشی
۴	اتاق عمل	کاردان به بالا	حداقل و با توجه به شرایط بیمار	اسکراب و سیرکولر
۵	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

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

زمان ترخیص 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).

ف) 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 جا بجا 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 ۱۰-۸ 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 توال 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:

❖ کتاب تیلند ۲۰۱۵

❖ ۲۰۱۸ UpToDate

❖ Urogynecology And Reconstructive Pelvic Surgery (Mickey M Karram 2015)

- 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	بیمارستان	<ul style="list-style-type: none"> - عدم وجود پرولاپس واضح در معاینه (Stage < 2) - عدم شکایت بالینی • در موارد زیر حفظ رحم توصیه نمی شود: عدم تمایل به حاملگی، خونریزی پست منوپاز، دیس پلازی اخیر سرویکس، سندرم کانسر فامیلیال، عدم امکان مراجعه جهت مراقبت های ژنیکولوژی روتین، خونریزیهای رحمی غیر طبیعی، سرویکس بلند، سندرم کانسر فامیلیار (BRCA1,2)، سندرم کانسر کولون غیر پولیپوئیدی ارثی، آنومالی های رحمی، فیبروم و آدنومیوز و نمونه های غیر طبیعی اندومتر و درمان با تاموکسی فن 	<ul style="list-style-type: none"> - پرولاپس علامت دار سرویکس Stage ≥ 2 که ناشی از بلند بودن طول سرویکس باشد و بیمار تمایل به حفظ رحم داشته باشد. - عدم تمایل و یا عدم موفقیت درمان محافظتی (پساری) 	<ul style="list-style-type: none"> فلوشیپ پلویک فلور و متخصص زنان و زایمان با تجربه کافی 	<ul style="list-style-type: none"> فلوشیپ پلویک فلور و متخصص زنان و زایمان با تجربه کافی 		*	۵۰۱۷۶۰	اکسزیون استامپ گردن رحم از راه واژن (عمل منچستر)

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