



معاونت درمان

دبیرخانه شورای راهبردی تدوین راهنماهای سلامت

شناسنامه و استاندارد خدمت

ترمیم اتروسل از راه شکم

پاییز ۱۳۹۸

تنظیم و تدوین:

خانم دکتر اشرف آل یاسین دبیر بورد 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:

ترمیم انتروسل از راه شکم (شامل جراحی موسکوویچ، هالبان و پلیکاسیون لیگامانهای یوتروساکرال)

Abdominal Enterocele Repair (Moschcowitz surgery ,halban surgery & uterosacral ligament plication)

کد ملی: ۵۰۱۶۴۰

ب) تعریف و تشریح خدمت مورد بررسی :

ترمیم انتروسل از راه شکم: انتروسل بیرون زدگی روده از ورای نقایص دیواره خلفی واژن می باشد که یکی از روشهای جراحی جهت پروفیلاکسی یا ترمیم آن، از راه شکم می باشد.

برای انجام ترمیم انتروسل از راه شکم موارد زیر لازم الاجرا است:

- جراحی در بیمارستانهای جنرال دارای بخش جراحی زنان، جراحی عمومی، جراحی اورولوژی، بیهوشی و یا در بیمارستان های تک تخصصی دارای بخش زنان با حضور بیهوشی و دسترسی به جراح عمومی و جراح اورولوژی انجام گیرد.
- بیمارستانها مجهز به امکانات ضروری برای انجام ترمیم انتروسل از راه شکم باشند شامل اتاق عمل مجهز (فضای فیزیکی مناسب، تجهیزات مناسب و کافی، پرسنل ورزیده)، ICU، رادیولوژی مجهز به انواع تجهیزات تصویربرداری (رادیوگرافی ساده، سی تی اسکن، ام آر آی، ماموگرافی) و سونوگرافی (مرسوم و کالر داپلر)، داروخانه مجهز به انواع نیازهای دارویی و حضور داروساز بالینی (Clinical Pharmacist)، بخش های بستری کافی و مجهز به امکانات مراقبت از بیماران (شامل پرسنل ورزیده و امکانات)، آزمایشگاه و بانک خون مجهز و واحد تغذیه (وجود کارشناس تغذیه و آشپزخانه مجهز).
- درمانگاه های تخصصی جهت ویزیت و اداره قبل از جراحی بیمارانی که نیاز به ترمیم انتروسل از راه شکم دارند در بیمارستان موجود باشد شامل درمانگاه های جنرال (عمومی) زنان، یوروگاینکولوژی (یا دسترسی از طریق ارجاع) و بیهوشی.
- درمانگاه های تخصصی و فوق تخصصی رشته های وابسته شامل داخلی، قلب، جراحی عمومی، اورولوژی، توان بخشی و پزشکی قانونی، جهت ویزیت و اداره قبل و پس از جراحی بیمارانی که نیاز به ترمیم انتروسل از راه شکم دارند در بیمارستان موجود باشد، همچنین دسترسی به روان پزشکی و درمان جنسی داشته باشد.
- 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: تشخیص: Enterocele

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

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

E: علایم 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 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)

H: تغذیه: NPO به مدت ۶-۸ 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 ۱-۲ گرم IV (۲ گرم برای $>80\text{kg}$ و ۳ گرم برای بیشتر از 120kg)

• سفوکستین ۲ گرم IV

• سفوتتان ۱-۲ گرم IV

• آمپی سیلین سولباکتام ۳ گرم IV

در بیماران حساس به پنی سیلین و سفالوسپرین ها

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

• وانکومایسین 15 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

• جنتامایسین 5 mg/kg به صورت وریدی

۱. مترونیدازول IV 500 mg/ به همراه یکی از داروهای زیر

جنتامایسین 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 ۶۰-۱۲۰ 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 یا انوکسپارین ۴۰ میلی گرم، ۱۲ ساعت قبل از عمل

K: آزمایشات مورد نیاز :

- ۱- 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 و بیماران با مشکل زمینه ای داخلی و بیماران با سابقه فامیلی خطر بالا برای عوارض پری اوپراتیو، پاپ اسمیر، آزمایشات ضروری دیگر بر حسب نیاز
- ۲- الکترو کاردیوگرام (ECG) برای افراد:

- بالای ۵۰ سال
- با هیپرتانسیون
- دیابتیک
- بیماری قلبی
- بیماری سربروازکولار
- تحت شیمی درمانی
- تحت درمان با دیورتیک ها
- پروسیجرهای تهاجمی با ریسک بالا

۳- رادیوگرافی قفسه سینه (CXR)

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

L: دستورات خاص (Special Orders)

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

- گرفتن حمام قبل از عمل
- 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.
- اخذ رضایت آگاهانه
- مشاوره: خطرات، منافع و روش های جایگزین درمان فعلی با بیمار و همراه بیمار صحبت شود و مکتوب گردد. نظیر عوارض شایع جراحیهای پلویک:
- خطرات شایع جراحی شامل درد، عفونت، خونریزی، آسیب به عروق، آسیب های عصبی، آسیب به احشاء (مثانه، روده، حالب) و آمبولی
- عود پرولاپس یا بی اختیاری ادراری یا پایدار ماندن علایم قبلی
- بدتر شدن علایم بی اختیاری ادرار و یا ایجاد بی اختیاری ادراری جدید که ممکن است نیاز به درمان دارویی یا جراحی داشته باشد
- ایجاد مشکلاتی نظیر دیس پارونی
- 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.

۱. تعیین نوع برش جراحی
۲. معاینه قبل از عمل و تکرار آن پس از اینداکشن بیهوشی
۳. عدم پوشیدن جواهرات فلزی (روز قبل از عمل بهتر است درآورده شوند)
۴. عدم استفاده از مواد آرایشی هنگام ورود به اتاق عمل
۵. قبل از شروع عمل لازم است چک لیست ایمنی بیمار تکمیل شود.

• ارزیابی حین انجام پروسیجر

- قرار دادن بیمار روی تخت عمل در وضعیت خوابیده به پشت (Supine)
- قرار دادن یک پتوی گرم روی تخت عمل درست قبل از عمل برای پوشاندن بیمار
- سونداژ مثانه پس از القای بیهوشی
- معاینه واژن، دهانه رحم، رحم و تخمدانها و سایر اورگان های داخل شکمی پس از القای بیهوشی و بررسی عواملی که قابل رزکت بودن رحم را تحت تاثیر قرار می دهند و در میان گذاشتن آن با تیم درمانی از قبیل وجود توده ای بزرگ در لیگمان پهن یا ندولاریتی درکولدوساک
- شستشوی پوست شکم ضمن عمل با محلول کلرهگزیدین گلوکونات ۰.۴٪ و الکل ایزوپروپیل ۷۰٪ و یا بتادین از زائده گزیفوئید تا سطح قدامی ران ها

تکنیکهای جراحی برای ترمیم انتروسل از راه شکم:

- **پوست:** برش جراحی روی شکم براساس پروسه بیماری، سهولت انجام پروسیجر، **Operative Body Habitus** **Exposure**، سهولت انجام عمل، وجود اسکار قبلی، رعایت زیبایی، پاتولوژی زمینه ای، **BMI** بیمار و بر اساس تجربه جراح برای تکنیک های مختلف و شرایط خاص می تواند بصورت برش های طولی و یا برش های عرضی باشد.
- برش پوست با **Scalpelblades**
- **زیر پوست:** بهتر است لایه زیر پوست با بیستوری یا الکتروکوتر باز شود.
- استفاده از چاقوهای جداگانه برای برش پوست و لایه های عمیق تر پیشنهاد نمی شود این کار باعث کاهش عفونت زخم نمی شود.
- **فاشیا:** برش جراحی کوچک با چاقوی جراحی انجام شود و سپس دو طرف با قیچی باز شود. دو طرف فاشیا را می توان با انگشت نیز به آرامی باز کرد.
- **عضله رکتوس:** عضله به آرامی باز شود.
- **پریتونئ:** به منظور جلوگیری از آسیب به مثانه، روده و سایر ارگانهایی که احتمالاً به سطح زیرین چسبندگی دارند با انگشت یا با قیچی به آرامی باز شود.
- پس از باز کردن دیواره شکم، پاتولوژی لگن مورد بررسی قرار گرفته و شکم از نظر وجود پاتولوژی در آپاندیس و ارگانهای قسمت فوقانی شکم (کلیه ها، کبد، کیسه صفرا، معده، طحال، روده ها، اومتوم) و نیز غدد لنفاوی رتروپریتون و پانکراس از نظر وجود هر نوع وضعیت غیر طبیعی مورد تجسس قرار گیرد.
- گذاشتن بیمار در وضعیت ترندلنبرگ خفیف و گذاشتن رتراکتور **Self-Retaining** مناسب و پک کردن روده ها
- سه تکنیک برای ترمیم انتروسل از راه شکم تعریف شده است . جراحی موسکوویچ و هالبان و پلیکاسیون لیگامان یوتروساکرال .
- در جراحی موسکوویچ سوچورهای **Purse** در اطراف کلدوساک شامل دیواره خلفی واژن، دیواره راست لگنی، سروز سیگموئید، دیواره چپ لگنی زده می شود. سوچور اولیه در قاعده کلدوساک زده می شود . معمولاً با سه چهار سوچور با نخ غیر قابل جذب به طور کامل کلدوساک بسته می شود. سوچورهای **Purse** محکم زده می شود تا هیچ فضایی برای گیر افتادن روده کوچک و یا عود انتروسل باقی نماند. در حین زدن سوچور های **Purse** و همچنین در زمان گره کردن آن ها باید به حالب ها نیز دقت شود.
- تکنیک هالبان پوشاندن کلدوساک توسط سوچور هایی است که به صورت ساژیتال بین لیگامان های یوتروساکرال زده می شود. ۴ یا ۵ سوچور با نخ غیر قابل جذب به ترتیب به طور طولی بین سروز سیگموئید، پریتونئ عمقی کلدوساک و دیواره خلفی واژن زده می شود. بخیه ها گره و کلدوساک پنهان می شود.
- پلیکاسیون عرضی لیگامان های یوتروساکرال نیز می تواند کلدوساک را حذف کند . سه تا پنج سوچور با نخ غیرقابل جذب در قسمت میانی یوتروساکرال یک طرفه زده می شود، سپس دیواره خلفی واژن گرفته شده و از بخش میانی یوتروساکرال

طرف مقابل خارج می شود پایین ترین سوچور، سروز قدامی رکتوم را در برمیگیرد تا رکتوم را به واژن و لیگامان های یوتروساکرال نزدیک کند . جهت جلوگیری از گیر افتادن حالب ها ، انسزیون های Relaxing روی پریتون لترال به لیگامان های یوتروساکرال جهت آزاد سازی حالب ها انجام داد.

- جدار بر اساس نوع برش، وجود چاقی و خطر عفونت و هرنی با سوچور دیر جذب مونوفیلیمان بصورت Running و یا سوچور های Interrupted و یا تکنیک Mass Closure ترمیم می شود.
- ساکشن درن در زیر پوست برای بیماران چاق ممکن است گذاشته شود.
- دستکش برای ترمیم فاسیا و پوست و استفاده از ست استریل جدید در صورت نیاز تعویض می شود.
- سوچور زدن روتین زیر پوست توصیه نمی شود زیرا منجر به کاهش عفونت محل زخم نمی شود مگر در مواردیکه لایه چربی زیر پوست بیش از 2 سانتی متر باشد.
- پوست با سوچور های ساب کوتیکولار قابل جذب و در موارد پر خطر با Staple و یا نخ نایلون بصورت جدا جدا ترمیم می شود.

• ارزیابی بعد از انجام پروسیجر

- شستشوی محل عمل پس از برداشتن Dressing با کلرهگزیدین گلوکونات ۰.۰۴٪ یا بتادین
- پانسمان محل عمل با Dressing سبک
- 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 (Post Operative Orders)

A : پذیرش بخش تاریخ تخت ساعت

B : انتروسل

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

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

E : کنترل علائم حیاتی (BP,PR,RR,BT) 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 $120 < PR < 60$, $160/100 < BP < 90/60$ و $38 < BT$, $30 < RR < 12$ 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: 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)

➤ چند ساعت پس از عمل اگر بیمار بتواند حرکت کند و ادرار کند سوند خارج شود یا تا صبح پس از عمل سوند خارج شود.

در صورت دستکاری مثانه و یا اپی دورال مداوم سوند ممکن است طولانی تر بماند. در شرایط Low Risk حداکثر تا ۲۴ ساعت یا کمتر پس از جراحی سوند خارج شود.

➤ در صورت وجود ادرار کمتر از ۱۰۰ سی سی در ۴ ساعت اطلاع داده شود.

H:

➤ تا بیداری و هوشیاری NPO کامل و سپس شروع رژیم مایعات در صورت نداشتن تهوع و استفراغ

➤ پس از برگشت اشتها می تواند رژیم جامد را شروع کند (بر حسب میزان دستکاری ضمن عمل)

I: سرم رینگر لاکتات ۳۰۰۰-۲۵۰۰ میلی لیتر در ۲۴ ساعت ($125-100\ ml/h$) (مقدار آب مورد نیاز بدن، سطح بدن $1000 \times$) در روز دوم بعد از عمل، بسته به شرایط بیمار ممکن است نیاز به سرم بیشتری داشته باشد

J:

➤ در صورت تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکتیک آنتی بیوتیک اضافی تجویز نمی شود مگر در مواردی که اندیکاسیون داشته باشد (سفازولین $1g\ IV$) (افزایش دوز بر اساس BMI). حداکثر تا ۳ دوز بعد از عمل می توان آنتی بیوتیک ادامه یابد.

➤ در صورت عدم حساسیت به سفازولین بصورت الترناطیو می توان از سفوتتان، سفوکسیتین، آمپی سیلین سولباکتام استفاده کرد. در صورت حساسیت به پنی سیلین و سفالوسپرین ها از کلیندا مایسین، مترونیدازول و جتتامایسین شبیه شرایط قبل از جراحی میتوان تجویز نمود.

➤ آمپول هپارین Unfractionated ۵۰۰۰ واحد زیر جلدی 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. برای افراد با ریسک کم پروفیلاکسی لازم نیست و یا فقط از پنوماتیک Device استفاده می شود و تا ۱۰ روز بعد عمل ادامه یابد

➤ مسکن:

✓ آمپول Ketorolac IV/IM ۳۰ میلی گرم هر ۶ ساعت و حداکثر ۱۲۰ میلی گرم و تا سقف ۴ دوز یا

✓ استامینوفن وریدی ۱ گرم هر ۶ ساعت یا

✓ پتیدین ۲۵-۵۰ میلی گرم عضلانی یا

✓ شیاف دیکلوفناک ۱۰۰ g رکتال و تکرار هر ۸ ساعت در صورت نیاز (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 یا هر ۶ ساعت IV

K: 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

L:

➤ تعویض پانسمان ۲۴ ساعت تا ۴۸ ساعت پس از عمل

➤ درخواست مشاوره ها بر حسب نیاز

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 پرینه 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)

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 احتمال آسیب اورگان 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 یا جدار
- کنترل عفونت جدار بالاخص در بیماران چاق، سن بالا، بیماران با مشکلات طبی و بدخیمی

د) تواتر ارائه خدمت

این خدمت یک بار ارائه می شود.

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

متخصص زنان و زایمان، فلوشیپ اورولوژی زنان

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

متخصص زنان و زایمان ، فلوشیپ پلویک فلور، در صورت اختلال ادراری فلوشیپ اورولوژی 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	فارغ التحصیل	مراقبت های تخصصی بیهوشی حین و بعد از عمل جراحی
۲	سایر تخصص ها بر اساس وضعیت بیمار و تشخیص جراح	متخصص قلب، داخلی، اورولوژی، 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	حداقل ۲ سال	آماده سازی بیمار، مراقبتهای حین عمل
۴	هوشبری	۱ نفر	کاردان به بالا	حداقل ۲ سال	مانیتورینگ مداوم و مراقبت های قبل، حین و بعد از عمل جراحی
۵	پرستار بخش	۱ نفر	لیسانس	حداقل ۲ سال	انجام دستورات قبل و پس از عمل، مراقبت های قبل و بعد از عمل، مانیتورینگ مداوم بعد از عمل جراحی
۶	کمک بهیار و خدمات	۲ نفر	دیپلم	حداقل ۲ سال	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

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	لوله تراشه	۱ عدد
۵	دستکش استریل	۷ جفت
۶	دستکش پرپ	۲ عدد
۷	بتادین	۴۰ سی سی
۸	کلر هگزیدین	۴۰ سی سی
۹	سرنگ در سایز های مختلف	۱۰ عدد
۱۰	سر سوزن	۲ عدد
۱۱	آنژیوکت	۴ عدد
۱۲	تیغ بیستوری	۲ عدد
۱۳	نخ ویکریل یک یا صفر	۶ عدد
۱۴	نایلون ۲ صفر کات جهت پوست	۱ عدد
۱۵	نخ نایلون لوپ	۲ عدد
۱۶	نخ ویکریل ۲ صفر و یا ۳ صفر	۲ عدد
۱۷	نخ کرومه ۲ صفر	۲ عدد
۱۸	نخ کروم یک یا صفر	۲ عدد
۱۹	نخ SILK صفر	۳-۴ عدد
۲۰	لنگاز	۳-۴ عدد
۲۱	گاز خط دار	۵۰ عدد
۲۲	گاز ساده	۱۰ عدد
۲۳	سر کوتر	۱ عدد
۲۴	درن	۱ عدد
۲۵	پک عمل	۱ ست کامل
۲۶	گان اضافی عمل	۴ عدد
۲۷	چسب پانسمان	۱ متر
۲۸	چسب آنژیوکت	۴ عدد
۲۹	سند فولی	۱ عدد
۳۰	ماسک اکسیژن	۱ عدد
۳۱	سوند نلاتون	۲ عدد
۳۲	کیسه ادرار	۱ عدد
۳۳	ست پانسمان (رسیور، پنس، و پنبه و گاز)	۱ عدد
۳۴	ست سرم	۲ عدد
۳۶	آب مقطر	۲ عدد
۳۷	سرم نرمال سالین	۲۰۰۰ سی سی
۳۸	سرم رینگر لاکتات	۳۰۰۰ سی سی

۳۹	پروپ پالس اکسی متر	۱ عدد
۴۰	لوله ساکشن	۲ عدد
۴۱	چست لید	۳ عدد
۴۲	گان بیمار	۱ عدد
۴۳	کلاه بیمار	۱ عدد
۴۴	کلاه پزشکی (با توجه به تعداد جراح)	۲ عدد
۴۵	ماسک سه لایه بند دار (با توجه به تعداد جراح)	۵ عدد
۴۶	سفازولین یک گرم و یا مترونیدازول ۵۰۰ میلی گرم	۱ عدد
۴۷	تب سنج	۱ عدد
۴۸	دروشیت	به تعداد مورد نیاز
۴۹	لباس یکبار مصرف، ست سرم و آنژیوکت، دستکش یکبار مصرف	به تعداد مورد نیاز

ک) استانداردهای ثبت :

Pre-op Diagnosis : Enterocele تشخیص قبل از عمل

Post-op Diagnosis : Enterocele تشخیص بعد از عمل

Kind of Operation : Abdominal Enterocele Repaire (Moschcowitz surgery , halban surgery & uterosacral ligament plication)

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:

کلدوساک عمیق یا پیشگیری از ایجاد کلدوساک عمیق و انتروسل

وجود علائم بالینی انتروسل

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

عدم وجود علائم بالینی انتروسل

ن) 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	زنان و زایمان	متخصص	بین ۲-۳ ساعت بر حسب مورد	جراح کمک جراح
۲	بیهوشی	متخصص	حداقل ۳ ساعت و با توجه به شرایط بیمار	اقدام جهت بیهوشی بیمار
۳	هوشبری	کاردان به بالا	حداقل ۳ ساعت	کمک در انجام بیهوشی
۴	اتاق عمل	کاردان به بالا	حداقل ۳ ساعت و با توجه به شرایط بیمار	اسکراب و سیرکولر
۵	سایر تخصص ها بر اساس وضعیت بیمار	متخصصین 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 بیمارانی که تحت ترمیم انتروسل از راه شکم قرار گرفته اند شده حداقل ۲۴ ساعت پس از جراحی به طور متوسط ۲-۳ روز 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 کشیدن بخیه ها به بیمار اعلام گردد. (۷-۱۴ روز پس از عمل بر حسب نوع عمل).
 - هر روز حمام کند و زخم را با گاز استریل تمیز کند.
 - بیمار زخم خود را هر روز نگاه کند نباید قرمزی، تورم، ترشح داشته باشد. در غیر اینصورت با دکتر خود تماس بگیرد.
 - اگر شکم بیمار چاق است و روی زخم می افتد یک گاز خشک بین زخم و شکم قرار بدهد تا مانع تحریک شود.
 - جسم سنگین تر از ۱۳ پوند (۵/۷ کیلوگرم) در ۶ هفته اول بعد از عمل بلند نکنند
 - رخت شویی نکنند، 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 ترومبوآمبولیک تزریقی یا جوراب، آنتی بیوتیک در مواقع ضروری).
- از توالی فرنگی استفاده کند.
- ۶ هفته پس از جراحی نزدیکی جنسی نداشته باشد.
- تاریخی که لازم است برای ویزیت بعدی مراجعه کند (۷-۱۰ روز ویزیت اول و 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
- ❖ کتاب نواک ۲۰۱۲
- ❖ Up to Date ۲۰۱۸
- 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
		کنترل اندیکاسیون	اندیکاسیون			سرپایی	بستری		
بین ۲-۳ ساعت	بیمارستان	عدم وجود علائم بالینی انتروسل	کلدوساک عمیق یا پیشگیری از ایجاد کلدوساک عمیق و انتروسل وجود علائم بالینی انتروسل	متخصص زنان و زایمان فلوشیپ پلویک فلور در صورت اختلال ادراری فلوشیپ اورولوژی زنان	متخصص زنان و زایمان فلوشیپ اورولوژی زنان		*	۵۰۱۶۴۰	ترمیم انتروسل از راه شکم (شامل جراحی موسکوویچ، هالبان و پلیکاسیون لیگامانهای یوتروساکرال)

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