

دبیرخانه شورای راهبردی تدوین راهنماهای سلامت

شناسنامه و استاندارد خدمت

مسترکتومی کامل یا نامکمل (ساب توتال)، از طریق شکم،

بایابدون درآوردن لوله ها و یا تخمدان ها؛ بدون کولپوآورتروسیستوپکسی

دی ۱۳۹۷

تنظیم و تدوین:

- دکتر اشرف آل یاسین، دبیر بورده رشته تخصصی زنان و زایمان، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر منیژه سیاح ملی، عضو بورده رشته تخصصی زنان و زایمان، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز
- دکتر زینت قنبری، عضو بورده تخصصی زنان و زایمان، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر اعظم السادات موسوی، رئیس انجمن علمی متخصصین زنان و مامایی ایران
- دکتر مریم مکانیک، عضو انجمن علمی متخصصین زنان و مامایی ایران

تحت نظارت فنی:

گروه استانداردسازی و تدوین راهنماهای سلامت
دفتر ارزیابی فن آوری، استانداردسازی و تعرفه سلامت

اداره سلامت مادران دفتر سلامت خانواده، جمعیت و مدارس
دفتر سلامت جمعیت خانواده و مدارس

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

هیستریکتومی کامل یا ناکامل (ساب توتال)، از طریق شکم، با یا بدون درآوردن لوله‌ها و یا تخمدان‌ها؛ بدون کولپوآورتروسیتوپکسی.

Total or subtotal abdominal hysterectomy with or without salpingectomy or salpingo-oophorectomy; without colpouretrocystopexy (Sacrospinous ligament suspension, Sacocolpopexy, Uterosacral ligament suspension and abdominal sacral colpopexy)

کد ملی: ۵۰۱۸۱۰

ب) تعریف و تشریح خدمت مورد بررسی:

هیستریکتومی یا رحم برداری از راه شکم: خارج کردن رحم از راه برشی در دیواره شکم (لاپاراتومی) را هیستریکتومی می‌گویند. هیستریکتومی ممکن است به دلایل متفاوتی انجام شود. فیبروئیدهای رحم، سرطان رحم، سرطان دهانه رحم یا تخمدانها، آندومترئوز، خونریزی غیرطبیعی رحمی، درد مزمن لگن. هیستریکتومی معمولاً هنگامی انجام میشود که همه روشها درمانی دیگر امتحان شده باشد و به نتیجه ای نرسیده باشد. در هیستریکتومی کامل کل رحم و دهانه رحم برداشته میشود. در هیستریکتومی نا کامل یا فوق دهانه ای تنها جسم رحم برداشته می شود و دهانه رحم بر جای می ماند.

برای انجام هیستریکتومی از راه شکم موارد زیر لازم الاجرا است:

- جراحی در بیمارستانهای جنرال دارای بخش جراحی زنان، جراحی عمومی، جراحی اورولوژی، بیهوشی و یا در بیمارستانهای 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 هیستریکتومی 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 متخصص دارویی (Clinical pharmacist)، بخش های بستری کافی و مجهز به امکانات مراقبت از بیماران (شامل پرسنل ورزیده و امکانات)، آزمایشگاه و بانگ خون مجهز و واحد تغذیه (Nutrition unit) (وجود کارشناس تغذیه و آشپزخانه مجهز).
- درمانگاه های تخصصی جهت ویزیت و اداره قبل از جراحی بیمارانی که نیاز به هیستریکتومی دارند در بیمارستان موجود باشد شامل درمانگاه های جنرال (عمومی) زنان، انکولوژی (یا دسترسی از طریق ارجاع)، 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 هیستریکتومی 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 (Pre operative orders):

- پذیرش: پذیرش بخش تاریخ ساعت تخت
- تشخیص: TAH بدلیل

➤ 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)

➤ علائم 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 شامل:

- شروع رژیم مایعات از روز قبل از عمل

- سیترات منیزیم خوراکی ۲۴۰ میلی لیتر عصر روز قبل از عمل (بر حسب دستور پزشک)

- شیاف بیزاکودیل صبح روز عمل پس از بیدار شدن از خواب

- برای بیمارانی که احتمال آسیب روده وجود دارد آمادگی کامل مکانیکی روده + آنتی بیوتیک روده (آمادگی روده در پراکتیس

جدید پیشنهاد نمی شود مگر اینکه خطر آسیب روده وجود داشته باشد از قبیل مرحله بندی سرطان های زنان، آندومتریوز

پیشرفته، سابقه رادیوتراپی، چسبندگی های شدید لگنی و سابقه جراحی شکم شامل استفاده از (3 litres of

polyethylene glycol) و آنتی بیوتیک خوراکی از قبیل نئوماکسیم و اریتروماکسیم base، اریتروماکسیم، مترونیدازول)

- رزرو ۲ واحد خون ایزوگروپ کراس مچ شده

➤ تغذیه: NPO حداقل ۸ ساعت قبل از عمل

➤ 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 ۱-۲ گرم IV (۲ گرم برای $>80\text{kg}$ و ۳ گرم برای بیشتر از 120kg)

- سفوکستین ۲ گرم IV

- رانیتیدین قبل از عمل (در صورت مصرف قبلی بیمار و یا NPO طولانی)

- سفوتان ۱-۲ گرم IV

- آمپی سیلین سولباکتام ۳ گرم IV

در بیماران حساس به پنی سیلین و سفالوسپرین ها

- مترونیدازول ۱ گرم IV یا

- مترونیدازول ۱ گرم IV + جنتامایسین ۱/۵ میلی گرم IV یا

- کلیندامایسین ۹۰۰ میلی گرم IV + جنتامایسین ۱/۵ میلی گرم IV یا

- وانکومایسین ۱۵ / kg میلی گرم IV (بیشتر از ۲ گرم نباشد) یا

- سیپروفلوکساسین ۴۰۰ میلی گرم IV یا

- لووفلوکساسین ۵۰۰ میلی گرم IV یا

- آزترونام ۲ گرم IV

- 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.

- در بیماران با واژینوز باکتریال، مترونیدازول خوراکی ۴ روز قبل از عمل شروع میشود و تا ۸ روز ادامه می یابد (اسکرین برای بیماران با علائم و یافته های لگنی واژینوزباکتریال قبل از عمل باید انجام گیرد).

** پروفیلاکسی ترومبوآمبولی

- هپارین unfractionated heparin ۵۰۰۰ واحد زیر جلدی قبل از عمل ۲ ساعت یا انوکسپارین ۴۰ mg، ۱۲ ساعت قبل از عمل

➤ آزمایشات مورد نیاز :

- ۱- آزمایشات روتین شامل Cr- UREA, BhCG, FBS, UA, BG RH, diff, CBC و آزمایشات تکمیلی در افراد با تاریخچه خونریزی غیر عادی و بیماریهای خاص از قبیل آزمایشات انعقادی مختل و بیماران با مشکل زمینه ای داخلی و بیماران با سابقه فامیلی خطر بالا برای عوارض پری اپراتیو، پاپ اسمیر، تست های کبدی، تست های تیروئید 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

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)
- در صورت درخواست سرویس بیهوشی

➤ 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
۷. تعیین نوع برش جراحی
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.

• ارزیابی حین انجام پروسیجر

- ۱- قرار دادن بیمار روی تخت عمل در وضعیت خوابیده به پشت (Supine) یا قرار دادن پاها بر روی Stirrups
- ۲- قرار دادن یک پتوی گرم درست قبل از عمل برای پوشاندن بیمار
- ۳- سونداژ مثانه پس از القای بیهوشی

۴- 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

۵- شستشوی واژن و پرینه با محلول آنتی سپتیک (کلرگزیدین گلوکونات ۰.۴٪ و الکل ایزوپروپیل ۰.۴٪ یا بتادین)

۶- در صورت حساسیت به بتادین یا نامناسب بودن آن برای شستشوی واژن از کلرگزیدین و یا سالین استریل + شامپوی بچه استفاده شود.

۷- شستشوی پوست شکم ضمن عمل با محلول کلرگزیدین گلوکونات ۰.۴٪ و الکل ایزوپروپیل ۰.۷٪ و یا بتادین از زائده گزیفویید تا سطح قدامی ران ها

۸- گذاشتن تامپون با استفاده از رینگ فورسپس در واژن قبل از عمل در بیماران چاق با لگن عمیق برای بالا آوردن رحم و سهولت جراحی

تکنیکهای جراحی برای هیستریکتومی از راه شکم:

➤ پوست: برش جراحی روی شکم بر اساس پروسه بیماری، سهولت انجام پروسیجر، operative 'Body habitus exposure، سهولت انجام عمل، وجود اسکار قبلی، رعایت زیبایی، پاتولوژی زمینه ای، BMI بیمار، نیاز به ورود سریع به داخل شکم و بر اساس تجربه جراح برای تکنیک های مختلف و شرایط خاص می تواند بصورت برش های طولی (LML) و پارا مدیان، انسزیون و...) و یا برش های عرضی از قبیل Phannenstiell، Maylard و Cherney باشد.

➤ برش پوست با Scalpel blades

➤ 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. برش عرضی داده نشود.

➤ پریتونئن: 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 اورگان های 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

- گرفتن لیگمان های روند و انفاندوپلویک (گوشه های رحم) در هر دو طرف با کوخر و یا پنس Kelly
- بیرون کشیدن رحم از داخل لگن و سپس لیگاتور و ترانس فیکس لیگمان روند در حد فاصل بین رحم و دیواره طرفی لگن با نخ دیر جذب صفر - یک
- در صورت برداشتن تخمدان ها برش پریتون در هر دو طرف لاترال تخمدان ها و موازی با لیگمان انفاندیبولوپلویک گسترش داده می شود و فضای رتروپریتون بصورت بلانت با نوک انگشت یا سر ساکشن و یا Tissue forceps برای رویت عروق ایلپاک اکسترن و اینترن و حالب ها گسترش داده می شود.
- برای برداشتن تخمدان ها سوراخی در پریتون خلفی بین حالب و عروق تخمدانی بالاتر از تخمدان ایجاد می شود و عروق انفاندیبولوپلویک با کلمپ Heaney یا کوخر دوبل گرفته شده و با نخ دیر جذب صفر یا یک دوبل لیگاتور و ترانس فیکس می شود.
- اگر قرار است تخمدان ها حفظ شوند سوراخی در زیر لوله فالوپ بین رحم و تخمدان بصورت شارپ یا بلانت داده می شود و پدیکول رحمی تخمدانی با کلمپ Heaney ، کوخر و یا کلمپ مشابه گرفته شده و بریده می شود و دوبل لیگاتور و ترانس فیکس می شود.
- در این مرحله پریتون رحمی-مثانه ای بصورت شارپ با استفاده از Metzenbaum و اعمال کشش بر روی فوندوس رحم در جهت بالا در محلی آوازکولار بریده شده و مثانه بصورت شارپ یا بلانت بوسیله نوک انگشت با فشار بر روی سرویکس پایین زده می شود. در صورت چسبندگی در این ناحیه تمامی مراحل بصورت شارپ انجام می گیرد.
- لوله های رحمی در شرایطی که تخمدان ها حفظ می شوند، برای کاهش خطر بدخیمی باید برداشته شوند.
- پس از این مرحله عروق رحمی با زدن دو کلمپ Zeppelin، Heaney یا Masterson بصورت عمود بر سوراخ داخلی سرویکس گرفته شده، بریده می شود با نخ دیر جذب صفر لیگاتور و ترانس فیکس می شود. بعضا لازم است یک back clamp برای پیشگیری از back bleeding زده شود.
- در صورت وجود چسبندگی در پریتون بین کولدوساک و سطح خلفی دهانه رحم پریتون خلفی نیز بصورت شارپ باز می شود. برای هیستریکتومی ساده بدلیل بیماری های خوش خیم این مرحله لازم نیست. ولی در صورت چسبندگی پریتون کولدوساک خلفی بین یوتروساکرال ها براحتی بریده می شود.
- دهانه رحم در بیماران با بدخیمی های تخمدانی با گرفتاری گسترده و یا مسدود بودن بن بست خلفی بدلیل چسبندگی شدید در این ناحیه ناشی از آندومتریوز یا بیماری التهابی لگنی برداشته نمی شود و هیستریکتومی بصورت سوپرا سرویکال انجام می گیرد.
- برای برداشتن قسمت باقیمانده لیگمان پهن از کلمپ های مستقیم Heaney و یا Zeppelin در تماس مستقیم با سرویکس تا محل اتصال سرویکس و واژن و expose شدن دیواره قدامی و خلفی واژن استفاده می شود و پدیکول ها با نخ دیر جذب صفر-یک سوچور و لیگاتور می شوند.

- رحم با گذاشتن کلمپ های Zeppelin یا Richardson کوخر کج یا هنی در هر دو طرف بر روی واژن و زیر دهانه رحم برای گرفتن قاعده لیگمان کاردینال در طرفین، لیگمان اوتروساکرال در پشت، دیواره قدامی واژن در جلو و دیواره خلفی واژن در پشت بنحوی که کلمپ ها بهم برسند و بریدن دیواره واژن بر روی این کلمپ ها با چاقو و یا قیچی لبه تیز برداشته می شود.
- نوک کلمپ ها در وسط کاف با یک سوچور بشکل figure- of- eight دوخته می شود و تا پس از بستن گوشه های کاف بسته نمی شود.
- گوشه های کاف با سوچور Heaney دوخته می شود و بریده می شود و سپس سوچور وسطی بسته شده و برای ساسپنشن نگه داشته می شود.
- لگن با مقدار زیاد سالی ن نرمال شسته می شود.
- پدیکول ها از نظر خونریزی و هموستاز با سوچور و لیگاتور پس از بررسی مسیر حالب ها بالاخص در بیماران با فیروئید های رحمی، اندومتریوز / بدخیمی ها قبل از بستن جدار بررسی می شود.
- جدار بر اساس نوع برش، وجود چاقی و خطر عفونت و هرنی با سوچور دیر جذب مونوفیلیمان یا نایلون 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.
- برای انجام هیستریکتومی ساب توتال جسم رحم پس از گرفتن عروق رحمی در محلی بالاتر از محل بستن عروق بصورت wedge با الکتروکوتر برداشته می شود و سرویکس با سوچور هایی بشکل figure- of- eight دوخته می شود و پس از کنترل خونریزی ممکن است برای پیشگیری از چسبندگی، پریوان مئانه رویش کشیده 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
- خارج کردن گاز واژینال خط دار و شمارش نهایی
- مراقبت در ریکاوری
- مراقبتهای بیهوشی
- 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 هیستریکتومی آبدومینال (Post operative orders)

A : پذیرش بخش تاریخ تخت ساعت

D : هیستریکتومی کامل یا ناکامل (ساب توتال)، از طریق شکم، با یا بدون درآوردن لوله‌ها و یا تخمدان‌ها؛ بدون کولپوآورتروسیستوپکسی بدلیل

C : (Critical, high risk , stable, good) خوب، پایدار، خطر بالا، بحرانی

A : ذکر حساسیت‌ها شامل دارویی و غیر دارویی (لیست آلرژی‌ها)

V : 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 BP کمتر از ۹۰/۶۰ یا بیشتر از ۱۶۰/۱۰۰، PR کمتر از ۶۰ یا بیشتر از ۱۲۰، BT بیشتر از ۳۸، RR کمتر از ۱۲ یا بیشتر از ۳۰ اطلاع دهید.)

A : 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).

: N

➤ 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)

➤ 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.

: D

➤ 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 (۱۰۰-۱۲۵ ml/h) (مقدار آب مورد نیاز بدن، سطح بدن X ۱۰۰۰) در روز دوم بعد از عمل، بسته به شرایط بیمار ممکن است نیاز به سرم بیشتری داشته باشد.

:M

- در صورت تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکتیک آنتی بیوتیک اضافی تجویز نمی شود مگر در مواردی که اندیکاسیون داشته باشد (سفازولین IV 1g) (افزایش دوز بر اساس BMI). حداکثر تا ۳ روز بعد از عمل می توان آنتی بیوتیک ادامه یابد.
- 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 سفالوسپیرین 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، ۱۲-۲۴ ساعت بعد عمل یا آمپول هپارین با وزن مولکولی کم (LMW) (انوکسپارین) ۴۰ mg زیر جلدی روزانه و یا ایترمیتانت پنوماتیک کامپرسشن device و هر دو برای افراد با ریسک خطر بالا و متوسط. برای افراد با ریسک کم یا 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 یا ۲۵-۵۰ میلی گرم هر ۴ ساعت IM و یا هر ۶ ساعت IV پلازیل
- رانیتیدین
- دایمتیکون

: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

- تعویض پانسمان ۲۴ ساعت تا ۴۸ ساعت پس از عمل
- درخواست مشاوره ها بر حسب نیاز

• **کنترل عوارض جانبی انجام پروسیجر**

- کنترل خونریزی از پدیکول ها در ضمن عمل
- 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 کاف و جدار بالاخص در بیماران چاق، سن بالا، بیماران با مشکلات طبی و بدخیمی

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

متخصص زنان و زایمان و فلوشیپ های آن

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

متخصص زنان و زایمان و فلوشیپ های آن ، متخصص جراح عمومی در صورت عدم حضور متخصص زنان و در موارد اورژانس

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
	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
۲	پرستار / تکنسین اتاق عمل (نرس سیرکولر و اسکراب)	۲ نفر	کاردان به بالا	حداقل ۲ سال	آماده سازی بیمار، مراقبتهای حین عمل
۳	هوشبری	۱ نفر	کاردان به بالا	حداقل ۲ سال	مانیتورینگ مداوم و مراقبت های قبل، حین و بعد از عمل جراحی
۴	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

کمک به مراقبت های قبل و بعد از عمل توسط پرستار	حداقل ۲ سال	دیپلم	۲ نفر	کمک بهیار و خدمات	۵
--	-------------	-------	-------	-------------------	---

ح) استانداردهای فضای فیزیکی و مکان ارائه خدمت:

اتاق عمل دارای تهویه، نور کافی و درجه حرارت مناسب 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	۱۰-۱۴ جفت
۶	دستکش پرپ	۲ عدد
۷	بتادین	CC ۴۰
۸	کلر هگزیدین	CC ۴۰
۹	سرنگ در سایز های مختلف	۱۰ عدد
۱۰	سر سوزن	۱۰ عدد
۱۱	آنژیوکت	۴ عدد
۱۲	تیغ بیستوری	۲ عدد
۱۳	نخ ویکریل یک یا صفر	۱۲ 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

۲ عدد	نخ کروم ۲ صفر	۱۷
۲ عدد	نخ کروم یک یا صفر	۱۸
۱۰-۱۲ عدد	لنگاز	۱۹
۵۰ عدد	گاز خط دار	۲۰
۱۰ عدد	گاز ساده	۲۱
۱ عدد	سر کوتر	۲۲
۱ عدد	درن	۲۳
۱ ست کامل	پک عمل	۲۴
۴ عدد	گان اضافی عمل	۲۵
۱ متر	چسب پانسمان	۲۶
۴ عدد	چسب آنژیوکت	۲۷
۱ عدد	سند فولی	۲۸
۱ عدد	ماسک اکسیژن	۲۹
۲ عدد	سوند نلاتون	۳۰
۱ عدد	کیسه ادرار	۳۱
۱ عدد	ست پانسمان (رسیور، پنس، و پنبه و گاز)	۳۲
۲ عدد	ست سرم	۳۳
۲ عدد	آب مقطر	۳۴
۲۰۰۰ سی سی	سرم نرمال سالین	۳۵
۳۰۰۰ سی سی	سرم رینگر لاکتات	۳۶
۱۰۰ سی سی	سرم سالین جهت شستشوی شکم	۳۷
۱۰۰۰ سی سی	سرم دکستروز ۵ درصد	۳۸
۱ عدد	پروپ پالس اکسی متر	۳۹
۲ عدد	لوله ساکشن	۴۰
۳ عدد	چست لید	۴۱
۱ عدد	گان بیمار	۴۲
۱ عدد	کلاه بیمار	۴۳
۲ عدد	کلاه پزشکی (با توجه به تعداد جراح)	۴۴
۵ عدد	ماسک سه لایه بند دار (با توجه به تعداد جراح)	۴۵
۱ عدد	سفازولین یک تا ۱۲ گرم تا سه روز و یا مترونیدازول ۵۰۰ میلی گرم هر ۸ ساعت تا ۳ روز	۴۶

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 تشخیص قبل از عمل

Post-op Diagnosis تشخیص بعد از عمل

Kind of Operation 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:

• بیماری های خوش خیم رحمی:

➤ خونریزی غیر طبیعی رحمی

➤ لیومیوما

➤ آدنومیوزیس

➤ اندومتریوزیس

➤ پرولاپس اورگان های لگنی

➤ بیمای های التهابی لگنی

➤ درد مزمن لگنی

➤ مشکلات مربوط به بارداری

• بیماری های بدخیم رحمی:

➤ سرطان اینترا اپیتلیال دهانه رحم

- سرطان مهاجم دهانه رحم
- هیپرپلازی آتیپیک دهانه رحم
- سرطان آندومتر
- سرطان تخمدان
- سرطان لوله های رحمی
- تومور های تروفوبلاستیک جفتی

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

بیماری های پیشرفته از قبیل کانسر پیشرفته دهانه رحم و رحم

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 ۳-۵ ساعت بر حسب مورد	جراح: انجام عمل هیستریکتومی کمک جراح: کمک به عمل هیستریکتومی (بسته به نظر جراح)
۲	بیهوشی	متخصص	حداقل ۴ ساعت و با توجه به شرایط بیمار و نوع هیستریکتومی رادیکال	اقدام جهت بیهوشی بیمار
۳	هوشبری	کاردان به بالا	حداقل ۴ ساعت و به طور متوسط ۳ ساعت با توجه به شرایط بیمار و اندیکاسیون هیستریکتومی	کمک در انجام بیهوشی
۴	اتاق عمل	کاردان به بالا	حداقل ۴ ساعت و با توجه به شرایط بیمار و نوع هیستریکتومی رادیکال	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

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

زمان ترخیص در بیماران هیستریکتومی شده حداقل ۴۸ ساعت پس از جراحی و به طور متوسط ۳-۴ 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 لازم است متخصص زنان و زایمان، مراقبت از بیمار را ادامه نماید).

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.
 - 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 ۲/۵ کیلو برای ۳-۲ هفته اول بلند نکند.
 - 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 ترومبوآمبولیک تزریقی یا جوراب، آنتی بیوتیک در مواقع ضروری).
 - از توالت 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
- ❖ UpToDate 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
		کنترا اندیکاسیون	اندیکاسیون					
۳-۵ ساعت	بیمارستان	بیماریهای پیشرفته از قبیل کانسر پیشرفته دهانه رحم و رحم	<ul style="list-style-type: none"> * بیماری های خوش خیم رحمی: - خونریزی غیر طبیعی رحمی - لیومیوما - آدنومیوزیس - اندومتریوزیس - پرولاپس اورگان های لگنی - بیماری های التهابی لگنی - درد مزمن لگنی - مشکلات مربوط به بارداری * بیماری های بدخیم رحمی: - سرطان اینترا اپیتلیال دهانه رحم - سرطان مهاجم دهانه رحم - هیپرپلازی آتیپیک دهانه رحم - سرطان آندومتر - سرطان تخمدان - سرطان لوله های رحمی - تومور های تروفوبلاستیک جفتی 	<ul style="list-style-type: none"> - متخصص زنان و زایمان و فلوشیپ های آن - متخصص جراح عمومی در صورت عدم حضور متخصص زنان و در موارد اورژانس 	متخصص زنان و زایمان و فلوشیپ های آن	بستری	۵۰۱۸۱۰	هیستریکتومی کامل یا ناکامل (ساب توتال)، از طریق شکم، با یا بدون درآوردن لوله ها و یا تخمدان ها؛ بدون کولپواورتروسیتوپکسی

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