



معاونت درمان

دیپارتمان شورای راهبردی تدوین راهنماهای سلامت

شناسنامه و استاندارد خدمت

پریشوپلاستی، ترمیم پریه

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:

### Perineal Repair

پریئوپلاستی، ترمیم پرینه

کد ملی: ۰۱۴۹۰

### ب) تعریف و تشریح خدمت مورد بررسی :

پریئورافی اصلاح نقص و نزول پرینه می باشد.

برای انجام پریئورافی موارد زیر لازم الاجرا است:

➤ اخذ شرح حال اولیه و معاینه فیزیکی

➤ جراحی در بیمارستانهای جنرال دارای بخش جراحی زنان، جراحی عمومی، بیهوشی یا در بیمارستان های تک تخصصی دارای بخش جراحی زنان با حضور متخصص بیهوشی و دسترسی جراح عمومی 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، الیس متوسط و بلند، قیچی متز و مایو، رترکتور Lonstar با حداقل ۶ قلاب، سیستم سوسپنسی 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 بیمارانی که نیاز به انجام پریئورافی 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 هیستریکتومی دارند در بیمارستان موجود باشد.

➤ وجود واحد مددکار 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 (Pre Operative Orders):

A: پذیرش: پذیرش بخش ..... تاریخ ..... ساعت ..... تخت .....

B: پر کردن فرم رضایت نامه توسط بیمار

C: تشخیص: ..... Perineal Defect

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 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 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 (۲گرم برای وزن کمتر از ۱۲۰ Kg و ۳ گرم برای بیشتر یا مساوی 120kg)

• 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 / kg میلی گرم IV (بیشتر از ۲ گرم نباشد) یا

• سیپروفلوکساسین ۴۰۰ میلی گرم IV یا

• لووفلاکساسین ۵۰۰ میلی گرم IV یا

• آزترونام ۲ گرم IV

• جتتامایسین ۵ mg/kg به صورت وریدی

جنتامایسین 5 mg/kg به صورت وریدی

فلوروکینولون ها

۲. مترونیدازول 500 mg IV به همراه یکی از داروهای زیر

- 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.
- 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: 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. 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
- مشاوره: در مورد خطرات، منافع و روش های جایگزین درمان فعلی با بیمار و همراه بیمار صحبت شود و مکتوب گردد. عوارض شایع جراحی های پلوئیک:
- خطرات شایع جراحی شامل عفونت، خونریزی، آسیب به عروق و آسیب های عصبی واحشاء مانند روده و آمبولی
  - عود پرولاپس یا پایدار ماندن علائم قبلی
  - ایجاد مشکلات Sexual نظیر دیس پارونی یا بدتر شدن آنها
  - در کل بهتر است اعمال جراحی پلوئیک پس از تکمیل خانواده انجام شود.
  - سزارین پس از اعمال جراحی Reconstructive پلوئیک 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.
- 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.
- Bladder Symptom: علائم مخصوص مثانه یا مواردی که مربوط به بی اختیاری نمی باشد نظیر هماچوری وسیع، درد مثانه و احتمال وجود آسیب یا جسم خارجی در جراحی قبلی باید سیستوسکوپی قبل از عمل انجام شود.

- خروج پساری: پساری ۱-۲ هفته قبل از جراحی خارج و ۰/۷۵ ژل مترونیدازول و اژینال روزانه به مدت ۵ روز قبل عمل استفاده شود.

- استروژن و اژینال: ۴-۶ هفته قبل از عمل هفته ای ۲ بار قرص یا ۰,۵ گرم و اژینال استروژن استفاده شود.

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

- 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
- قرار دادن یک پتوی گرم روی تخت عمل درست قبل از عمل برای پوشاندن بیمار
- سونداژ مثانه پس از القای بیهوشی در شرایط استریل (برحسب نیاز)
- معاینه واژن، دهانه رحم، رحم و تخمدانها پس از القای بیهوشی 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.

### \*\* پرینورافی:

کلامپ های آلیس در خلف هایمن زده می شود و در خط میدلاین به هم نزدیک می شود. برای ایجاد فعالیت جنسی راحت در آینده حفظ عبور حداقل ۳ انگشت در هیاتوس ژنیتال لازم می باشد. برش مثلثی شکل داخل کلامپ های آلیس ایجاد می شود و تا پوست پرینه در میدلاین گسترش پیدا می کند به طوری که قاعده مثلث روی هایمن خلفی قرار گیرد. عضلات بولبوکاورنوس در میدلاین جسم پرینه با سوچور منقطع پلی گلاکتین پلیک می شود. جراح باید از ایجاد برآمدگی به دنبال پلیک کردن های زیاد عضله بولبوکاورنوس اجتناب کند. عضله های پرینه ای عرضی نیز پلیک می شوند. پوست توسط سوچورهای Running پلی گلاکتین ۰-۲ بسته می شود. پرینورافی می تواند به مقدار کمی باعث افزایش طول فانکشنال دیواره خلفی واژن شود. با این حال، پرینورافی تهاجمی می تواند مدخل واژن را تنگ کرده و باعث دیس پارونی سطحی یا عدم امکان نزدیکی شود.

### • ارزیابی بعد از انجام پروسیجر

- شستشوی محل عمل پس از برداشتن dressing با کلرهگزیدین گلوکونات ۰,۴٪ یا بتادین
- 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

○ 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 پریثورافی

A: پذیرش بخش ..... تاریخ ..... تخت ..... ساعت .....

B: نقص پرینه

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  $120 < PR < 60$ ,  $160/100 < BP < 90/60$  و  $BT > 38$ ,  $RR < 12$  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).

: N

➤ 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

: M

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

➤ شروع رژیم جامد پس از برگشت اشتها را (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  $1000 \times$  )

: O

➤ 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).

➤ مترونیدازول خوراکی  $g/bd$  ۵۰۰، ۲ الی ۷ روز پس از عمل جراحی تجویز شود.

➤ 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 جتتامایسین شبیه شرایط قبل از

جراحی میتوان تجویز نمود.



➤ آمپول هپارین Unfractionated ۵۰۰۰ واحد زیر جلدی ۸-۱۲ 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 ۲۵-۵۰ 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 pm (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)

P: 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 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)

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 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 یا جدار
- کنترل عفونت

#### 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 و فلوشیپ های زنان و زایمان

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

متخصص زنان و زایمان و فلوشیپ های زنان و زایمان

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

| ردیف | عنوان تخصص                                     | تعداد موردنیاز 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  |
| ۲    | سایر تخصص ها بر اساس وضعیت بیمار و تشخیص جراح  | متخصص قلب، داخلی، 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، مانیتورینگ مداوم 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، 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  | ۱۵ 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 ایندیگوکاربین                          | 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 | لباس یکبار مصرف، ست سرم و آنژیوکت، دستکش یکبار مصرف | به تعداد مورد نظر  |

### ک) استانداردهای ثبت :

Pre-op Diagnosis : perineal defect..... تشخیص قبل از عمل

Post-op Diagnosis :perineal defect ..... تشخیص بعد از عمل

Kind of Operation : perineal repair..... 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:

نقص و نزول پرینه

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

عدم نقص و نزول پرینه

### 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 ۲-۱ ساعت بر حسب مورد                              | جراح: انجام عمل پریئورافی<br>کمک جراح: کمک به عمل ترمیم<br>پریئورافی (بسته به نظر جراح) |
| ۲ | بیهوشی                          | متخصص                           | ۲-۳ ساعت و با توجه به شرایط بیمار                     | اقدام جهت بیهوشی بیمار  |
| ۳ | هوشبری                          | کاردان به بالا                  | حداقل و به طور متوسط ۳ ساعت<br>با توجه به شرایط بیمار | کمک در انجام بیهوشی   |
| ۴ | اتاق عمل                        | کاردان به بالا                  | حداقل و با توجه به شرایط بیمار                        | اسکراپ و سیرکولر  |
| ۵ | سایر تخصصها بر اساس وضعیت بیمار | متخصص<br>قلب، داخلی، 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 این بیماران به طور متوسط ۱-۲ 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.
- بیمار زخم خود را هر روز نگاه کند نباید قرمزی، تورم، ترشح داشته باشد. در غیر اینصورت با دکتر خود تماس بگیرد.
- 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 پرهیزد).
  - 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 توالت فرنگی استفاده کند.
  - تا ۶ هفته پس از جراحی نزدیکی جنسی نداشته باشد.
  - تاریخی که لازم است برای ویزیت بعدی مراجعه کند (۱۰ روز 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           |
|----------------|----------------|------------------------|--------------------|--|--|-------------|-------|--------|---------------------------|
|                |                | کنترل اندیکاسیون       | اندیکاسیون         |  |  | سرپایی      | بستری |        |                           |
| ۱ تا ۲ ساعت    | بیمارستان      | * عدم نقص و نزول پرینه | * نقص و نزول پرینه | * متخصص زنان و زایمان و فلوشیپ های زنان و زایمان | * متخصص زنان و زایمان و فلوشیپ های زنان و زایمان |             | *     | ۵۰۱۴۹۰ | پرینتوپلاستی، ترمیم پرینه |

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