



جلیلی هاشمی، زینب، ۱۳۶۹ / نجاری، زهرا، ۱۳۷۳  
 تلیندز ۲: ترجمه مفهومی و روان ویژه آزمون بورد تخصصی ۱۴۰۳  
**Te\_Lindes\_Operative\_Gynecology\_2024**  
 ترجمه و تلخیص: زینب منصوری، اکرم طوری، ساناز علیزاده.  
 ویرایش براساس تلیندز ۲۰۲۴: زینب جلیلی هاشمی - زهرا نجاری  
 تهران: کاردیا، ۱۴۰۲.  
 ۴۷۶ ص: مصو (رنگی)، جدول.  
 شابک دوره 978-622-8243-56-6 / شابک: 978-622-8243-57-3  
 فیپا  
 کتاب حاضر ترجمه و تلخیص بخش‌هایی از کتاب  
**Te Lindes Operative Gynecology 2024**  
 اثر ویکتوریا لین هاندا، لیندا ون لی است.  
 پزشکی زنان - Gynecology / زنان - جراحی - Women -- Surgery  
 سرطان در زنان - Cancer in women  
 پزشکی زنان -- آزمون‌ها و تمرین‌ها. Gynecology -- Examinations, questions, etc.  
 زنان -- جراحی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها. Women -- Surgery-- Examinations, questions, etc.  
 سرطان در زنان -- آزمون‌ها و تمرین‌ها. Cancer in women -- Examinations, questions, etc.  
 هاندا، ویکتوریا لین  
 Handa, Victoria Lynn  
 ون لی، لیندا  
 Van Le, Linda  
 تلیند، ریچارد وسلی، ۱۸۹۴ - ۱۹۸۹م.  
 Te Linde, Richard Wesley  
 ۱۰۱RG  
 ۶۱۸  
 ۹۲۱۶۵۱۱  
 فیپا

سرشناسه  
 عنوان و نام پدیدآور  
 مشخصات نشر  
 مشخصات ظاهری  
 شابک  
 وضعیت فهرست نویسی  
 یادداشت  
 موضوع  
 شناسه افزوده  
 شناسه افزوده  
 شناسه افزوده  
 شناسه افزوده  
 شناسه افزوده  
 شناسه افزوده  
 رده بندی کنگره  
 رده بندی دیویی  
 شماره کتابشناسی ملی  
 اطلاعات رکورد کتابشناسی

تلیندز ۲  
**Te\_Lindes\_Operative\_Gynecology\_2024** است.  
 ویرایش براساس تلیندز ۲۰۲۴  
 دکتر زینب جلیلی هاشمی - دکتر زهرا نجاری و همکاران  
 صفحه آرا: **منیرالسادات حسینی**  
 طراح و گرافیکست: **رزیدنت یار**  
 چاپ و لیتوگرافی: **رزیدنت یار**  
 نوبت چاپ: اول ۱۴۰۲  
 تیراژ: ۱۵۰ نسخه  
 شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۸۲۴۳-۵۷-۳  
 شابک دوره: ۹۷۸-۶۲۲-۸۲۴۳-۵۶-۶  
 بهاء: ۹۰۵۰۰۰ تومان

آدرس: تهران میدان انقلاب - کارگرنوبی - خیابان روانمهر - بن بست دولتشاهی پلاک ۱ واحد ۱۸  
 www.residenttyar.com. ۸۸۹۴۵۲۰۸ - ۰۲۱ - ۸۸۹۴۵۲۱۶ - ۰۲۱ / شماره تماس: ۰۲۱-۶۶۴۱۹۵۲۰

هر گونه کپی‌برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

# تلیندر ۲

ترجمه مفهومی و روان ویژه آزمون بورد تخصصی ۱۴۰۳

Te\_Lindes\_Operative\_Gynecology\_2024

## ویرایش براساس تلیندر ۲۰۲۴

### دکتر زینب جلیلی هاشمی

جراح و متخصص زنان و زایمان، رتبه برتر بورد تخصصی ۱۴۰۲

### دکتر زهرا نجاری

رتبه ده درصد بورد تخصصی ۱۴۰۲

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

## ترجمه و تلخیص

### دکتر زینب منصوری

جراح و متخصص دارای بورد تخصصی زنان و زایمان

استادیار دانشگاه علوم پزشکی

### دکتر اکرم طوری

جراح و متخصص دارای بورد تخصصی زنان و زایمان

۵٪ اول رتبه بورد تخصصی ۱۴۰۰ دانشگاه علوم پزشکی تهران

### دکتر ساناز علیزاده

متخصص و دارای بورد تخصصی زنان و زایمان از دانشگاه تهران



فصل ۱۱ - مراقبت‌های پس از عمل در بیماران ژنیکولوژی	۱۱
سؤالات و پاسخنامه فصل ۱۱	۵۷
فصل ۱۴- دیلاتاسیون و کورتاژ	۶۳
فصل ۱۵- هیستروسکوپی	۸۵
سؤالات و پاسخنامه فصل ۱۵	۱۳۳
فصل ۱۶- مدیریت جراحی سقط و عوارض آن	۱۳۵
فصل ۱۷- جراحی بیماری‌های خوش‌خیم ولو	۱۷۵
سؤالات و پاسخنامه فصل ۱۷	۲۰۷
فصل ۱۸- عقیم‌سازی لوله‌ای	۲۰۹
سؤالات و پاسخنامه فصل ۱۸	۲۴۱
فصل ۱۹- جراحی تخمدان و لوله‌های فالوپ	۲۴۳
سؤالات و پاسخنامه فصل ۱۹	۲۶۹
فصل ۲۱- میومکتومی	۲۷۱
سؤالات و پاسخنامه فصل ۲۱	۳۲۵

فصل ۲۲- واژینال هیسترکتومی	۳۲۹
سؤالات و پاسخنامه فصل ۲۲	۳۶۹
فصل ۲۳- هیسترکتومی شکمی	۳۷۱
سؤالات و پاسخنامه فصل ۲۳	۴۲۱
فصل ۲۴- هیسترکتومی لاپاراسکوپیک و به کمک به روباتیک	۴۲۳
سؤالات و پاسخنامه فصل ۲۴	۴۵۳
فصل ۳۶- ترمیم اپیزیوتومی و پارگی‌های پیچیده پرینه	۴۵۵
سؤالات و پاسخنامه فصل ۳۶	۴۷۳

## مراقبت بعد از عمل در بیمار ژنیکولوژی

۱) مراقبت‌های فوری (IMMEDIATE) پس از عمل: کنترل درد، تغذیه، الکترولیت‌ها و مایعات، مدیریت کاتتر فولی

۲) مراقبت‌های میان مدت (INTERMEDIATE) پس از عمل: دلیریوم پس از عمل، عوارض قلبی، عوارض ریوی، عوارض گوارشی، عوارض کلیوی و اختلال الکترولیت‌ها، انتقال خون پس از عمل، مراقبت از زخم، ترومبوآمبولی وریدی

عوارض بعد از عمل مهم‌ترین فاکتور در تعیین نتایج کوتاه مدت جراحی ژنیکولوژیک می‌باشد. عوارض بعد از عمل را می‌توان با برنامه‌ریزی مناسب قبل از عمل (با ارزیابی خطر) و مراقبت‌های پس از عمل مجدانه به حداقل رساند. آمادگی قبل از عمل در بیماران جراحی در قسمت دیگری از کتاب (CHAPTER 2) بررسی می‌گردد..

## مراقبت بلافاصله (فوری) بعد از عمل

دستورات درمانی بعد از عمل برای هدایت مراقبت‌های بعد از عمل ضروری است و باید موارد زیر را پوشش دهد:

علائم حیاتی، مراقبت‌های تنفسی، کنترل درد، رژیم غذایی و آزمایشات. فشار خون، نبض، تنفس و اشباع اکسیژن به دقت در دوره بلافاصله پس از عمل کنترل می‌شود. در بخش مراقبت‌های پس از بیهوشی، دفعات اندازه‌گیری این علائم حیاتی به پیچیدگی عمل و stable بودن بیمار بستگی دارد و تمام تغییرات قابل توجه در علائم حیاتی باید با متخصص بیهوشی و جراح در میان گذاشته شود.

ثبت وقایع بیهوشی حین عمل به مستند کردن تمام مایعات تجویز شده (کریستالوئید، کلئوئید و هر فرآورده خونی) و برون ده حین عمل (operative outout) شامل از دست دادن خون و خروجی ادرار،



کمک می‌کند. ادامه ثبت در طول دوره بعد از عمل به ارزیابی مناسب هیدراتاسیون و جایگزینی مایعات پس از عمل کمک می‌کند. پس از اینکه کاتتر فولی ساکن برداشته شد، در صورتی که بیمار نتواند در طی ۴ تا ۶ ساعت ادرار کند باید به جراح اطلاع داده شود. انبساط (expansion) تهاجمی ریه با استفاده از اسپرومتری تشویقی و تمرینات تنفس عمیق می‌تواند خطر نسبی عوارض ریوی را تا ۵۰ درصد کاهش دهد. تحرک زود هنگام از آتلکتازی و تجمع ترشحات جلوگیری می‌کند و وضعیت ایستاده باعث توزیع جریان خون و به حداقل رساندن شانت می‌شود. بیماران باید تشویق شوند که در روز صفر بعد از عمل، پاهای خود را از کنار تخت آویزان کنند (dangle)، روی صندلی بنشینند یا راه بروند.

### کنترل درد

مدیریت درد پس از عمل مانند تمام مراقبت‌های جراحی با ارزیابی قبل از عمل شروع می‌شود. بیماران مبتلا به سندروم‌های دردی که از قبل داشتند و بیماران با سابقه مصرف مواد اپیوئید ممکن است تحمل بالایی برای مسکن‌های مخدر داشته باشند. با این وجود، بیماران مختلف می‌توانند سطوح متفاوتی از درد بعد از عمل را حتی پس از پروسیجرهای مشابه تجربه کنند. عواملی که باعث این تفاوت‌ها می‌شوند عبارتند از مدت زمان جراحی، نوع برش و میزان کشیدگی حین عمل. دستکاری ملایم بافت‌ها، رویکردهای کم تهاجمی و شل شدن مناسب عضلات، به کاهش شدت درد بعد از عمل کمک می‌کند. اضطراب و جزء احساسی بیمار از درک درد را می‌توان از طریق اصلاح مناسب انتظارات قبل از عمل تنظیم کرد.

پیشگیری از درد کشیدن بیمار بعد از عمل به دلایلی فراتر از راحتی بیمار، مهم است. کنترل مؤثر درد، خود ممکن است پیامد جراحی را بهبود ببخشد. درد بعد از عمل می‌تواند منجر به ترشح کاتکول آمین‌ها و سایر هورمون‌های استرس شود که باعث اسپاسم عروقی و فشار خون (hypertension) می‌شود که به نوبه خود ممکن است منجر به عوارضی مانند سکته مغزی، انفارکتوس میوکارد (MI) و خونریزی شود. کنترل ضعیف درد منجر به کاهش رضایت از مراقبت، طولانی شدن زمان ریکاوری، افزایش استفاده از منابع مراقبت‌های بهداشتی و افزایش هزینه‌ها می‌شود.

فیزیولوژی درد پس از عمل شامل انتقال ایمپالس‌های درد از طریق الیاف آوران اسپلانکتیک به سیستم عصبی مرکزی است، جایی که آن‌ها (ایمپالس‌های درد) رفلکس‌های نخاعی، ساقه مغز و قشر مغز را



آغاز می‌کنند. اسپاسم عضلات اسکلتی، وازواسپاسم (اسپاسم عروقی) و ایلئوس گوارشی از تحریک نورونهای موجود در شاخ قدامی نخاع ناشی میشود. پاسخ‌های ساقه مغز به درد شامل تغییرات در فشارخون، تنفس و عملکرد اندوکراین است. حرکات ارادی و تغییرات فیزیولوژیک مانند ترس و اضطراب جزو پاسخ‌های قشر مغز میشوند. این پاسخ‌های احساسی (ترس و اضطراب)، آستانه درک درد را کاهش میدهند و احساس درد را ماندگار میسازند. انجمن درد آمریکا (American pain society) که زیرمجموعه‌ای از انجمن متخصصان بیهوشی آمریکا (American society of anesthesiology=ASA) میباشد، جهت کنترل درد پس از عمل، گایدلاین evidence-base ای را منتشر کرده است؛ بیدردی چند مدلی (multimodal analgesia) برای درمان درد پس از عمل در کودکان و بالغین توصیه شده است. اثرات اضافه تری که از مورد هدف قرار دادن مکانیسم‌های مختلف درد در سیستم عصبی مرکزی حاصل میشود، موثرتر از مداخلات تک مودالیتی میباشد. گزینه‌های چند مدلی برای کنترل درد شامل داروهای (مسکن‌های) غیراوپیوئیدی و اوپیوئیدی میباشد. جدول ۱-۱۱ لیست مسکن‌های نارکوتیک و غیراوپیوئیدی خوراکی و تزریقی جهت کنترل درد.

**TABLE 11.1** Oral and Parenteral Nonopioid and Narcotic Analgesics for the Treatment of Pain

GENERIC NAME	ROUTE <sup>a</sup>	STARTING DOSE (mg)	EQUIANALGESIC DOSAGE (mg) <sup>b</sup>	ONSET OF ACTION (minutes)	PEAK EFFECT (hours)	DURATION OF ACTION (hours)
<b>Nonopioid Analgesics</b>						
Acetaminophen	PO/IV	100-325 mg q4-6h (4000 mg/24 h max)		30-45	0.5-1	4-6
Ibuprofen	PO/IV	400-600 mg q6h (2400 mg/24 h max)		30-60	unknown	4-6
Naproxen sodium	PO	550 mg q12h (1100 mg/24 h max)		30-60	unknown	7-12
<b>Narcotic Analgesics</b>						
Morphine	IV/IM		10			
	PO	15	30	15-60	1	3-6
Hydromorphone	IV/IM		2			
	PO	4	5	30	0.5-1	3-4
Fentanyl	IV/IM		0.1			
Hydrocodone	PO	5-10	25	10-30	0.5-1	4-6
Oxycodone (IR)	PO	5-10	10-15	15	1-2	3-4
Tramadol	PO	50-100	250	60	2-3	6
Codeine	PO	30	180	15-30	0.5-1	4-6

a Intramuscular (IM); intravenous (IV); oral (PO).

b Equianalgesic dosage conversions are based on a total daily (24 h) opioid dose of morphine 10 mg IV/IM.

Reference: <https://clincalc.com/Opioids/>

این فصل جزء رفرنس سال ۱۴۰۳ آزمون‌های ارتقا و مورد نمی‌باشد، جهت مطالعه آزاد و بالین ارائه گردیده است.

دیلاتاسیون و کورتاژ قدیمی‌ترین عمل شناخته شده‌ی زنان است. در زمان ۳۰۰ سال قبل از میلاد، یک شکل اولیه اسپکولوم و سوند رحمی مورد استفاده قرار می‌گرفت. در سال ۱۶۰۰، دیلاتورهای رحمی شرح داده شدند، ولی تا سال ۱۸۴۳ که Recamier یک ابزار کوچک قاشق مانند (که کورت نام‌گذاری کرد) معرفی کرد، آن‌ها وجود نداشتند. تا نیمه دوم قرن بیستم، دیلاتاسیون و کورتاژ تنها به عنوان یک روش برای تشخیص ناهنجاری‌های موجود در حفره رحمی، به کار برده می‌شد، اما با ظهور روش‌های جدیدتر بیوپسی اندومتر در مطلب، هیستروسکوپی و سونوگرافی ترانس واژینال، D&C به طور معمول، کمتر برای انجام کورتاژ به کار می‌رود. این روش هنوز یک روش مهم برای تشخیص در شرایط خاص و درمان تعدادی از موارد است.

### اندیکاسیون‌ها

اندیکاسیون‌های درمانی D&C شامل موارد مرتبط با حاملگی شامل سقط جنین انتخابی، یا سقط جنین درمانی و درمان خونریزی بعد از زایمان و باقی ماندن محصولات حاملگی و جفت می‌باشد. علاوه بر این‌ها، D&C به صورت اولیه برای کنترل خونریزی در موارد عدم پاسخ به هورمون درمانی و درمان بیماری تروفوبلاستیک حاملگی به کار می‌رود. تعدادی اندیکاسیون انجام بیوپسی تشخیصی اندومتر یا D&C تشخیصی وجود دارد. (جدول ۱-۱۴)، اندیکاسیون‌های تشخیصی نمونه‌برداری اندومتر در مطب و D&C در اتاق عمل را فهرست کرده است. جدول ۲-۱۴، اندیکاسیون‌های خاص D&C را لیست کرده است.





## کنترا اندیکاسیون‌ها

تعداد موارد کنترا اندیکاسیون انجام D&C بسیار کم است. بیماران با بیماری‌های زمینه‌ای مشخص همزمان با واکنش قبلی به بیهوشی، از انجام مشاوره بیهوشی قبل از عمل سود می‌برند. در صورتی که عفونت لگنی فعال وجود داشته باشد، از دستکاری حفره اندومتر تا زمان کامل شدن درمان آنتی‌بیوتیکی باید اجتناب شود. استثناء در این مورد، انجام ساکشن کورتاژ در درمان سقط عفونی می‌باشد و این کار با ریسک بالای پارگی رحم همراه است و دقت و توجه در این زمینه باید زیاد باشد. خانم‌هایی که بیماری‌های خونریزی دهنده مانند فون ویلبراند دارند یا کسانی که روی درمان آنتی کوآگولان هستند، معمولاً بیوپسی تشخیصی سرپایی را با ابزارهای آسپیراسیون تحمل می‌کنند. وقتی D&C برای هر دو روند تشخیصی یا درمانی مد نظر است، مشاوره با متخصص هماتولوژی برای تصمیم‌گیری در کنترل خونریزی شدید در خانم‌هایی که ریسک خونریزی دارند و روش قطع درمان‌های ضد انعقاد در خانم‌هایی که چنین درمان‌هایی را دریافت می‌کنند، مناسب است. گاهی اوقات ممکن است نمونه‌برداری از اندومتر، در خانم‌هایی که IUD دارند، لازم باشد. بیوپسی اندومتر اغلب برای نظارت بیماران که در آن‌ها هیپرپلازی کمپلکس تشخیص داده شده و IUD آزاد کننده پروژسترون دارند، انجام می‌شود. با اینکه در D&C، نیاز به بیرون آوردن وسیله هست، نمونه‌برداری آرام با وسیله آسپیراسیون، اغلب بدون نیاز به بیرون آوردن وسیله می‌تواند به طور کامل انجام شود. اگر خانمی، با عمل‌های کوچک مانند گذاشتن IUD و برداشتن آن و کولپوسکوپی، سابقه واکنش واژوواگال را می‌دهد، انجام عمل‌های سرپایی (در مطب) برای بیمار دارای کنترا اندیکاسیون نسبی است.

### جدول ۱-۱۴ اندیکاسیون‌های بیوپسی اندومتر

#### • خونریزی غیرطبیعی رحم

خونریزی بعد یائسگی

- بین ۴۵ سالگی تا یائسگی، خونریزی که در دفعات مکرر، شدید و طولانی‌تر از معمول باشد.

- زیر ۴۵ سالگی، خونریزی غیرطبیعی در زنان با ریسک بالا (چاق، وضعیت عدم تخمک‌گذاری مزمن مانند سندرم تخمدان پلی کیستیک یا خونریزی بعد از آمنوره‌ی ثانویه، سندرم لینچ)،

خونریزی مداوم و مقاوم علی‌رغم درمان دارویی

- پیگیری بیماران با خونریزی رحمی به دلیل هیپرپلازی اندومتر

- قبل از انجام رویکرد ابلیشن اندومتر (ablation)



Te Lindes

سوالات و پاسخنامه فصل ۱۷

Section 17



۱. خارج کردن کامل غده بارتولن در کدام مورد زیر ضروری است؟ (بورد ۱۴۰۱)

الف) کیست بارتولن

ب) آبنسه ۲ سانتی‌متر

ج) عود مکرر کیست یا آبنسه بارتولن

د) درد محل غده بارتولن بدون وجود آبنسه

پاسخ: ج

خارج کردن غده بارتولن به ندرت اندیکاسیون دارد به جز در عفونت عمقی پایدار یا عود کننده که به اقدامات دیگر شامل مارسوپپالیزاسیون جواب نداده یا به علت خطرات بزرگ شدن مکرر و علامت‌دار غده در زنان بالای ۴۰ سال انجام می‌شود.

# یادداشت

A series of horizontal dotted lines for writing notes.



Te Lindes

سوالات و پاسخنامه فصل ۱۹  
Section 19

۱. خانمی با خونریزی غیرطبیعی و رحم میوماتوز کاندیدای واژینال هیستریکتومی است، در روند عمل کدام اقدام صحیح است؟ (ارتقا تخصصی سال ۱۴۰۲)
- الف) در صورت وجود ضایعات پیش بدخیم مورسلسیون منعی ندارد.
- ب) قبل از بستن شریان رحمی می‌توان با تکنیک coring برداشتن رحم را تسهیل کرد.
- ج) در صورت پایین نبودن رحم با انسیزیون V shape وارد کلدوساک خلفی می‌شویم.
- د) با جهت‌گیری رحم به سمت لترال، مورسلسیون ایمن‌تر انجام می‌شود.

پاسخ: ج

تکنیک‌های Morcellation که کاهش سایز رحم استفاده می‌شوند، شامل bivalving و coring هستند. قبل از Morcellation باید عروق رحم گرفته شود و ترجیحاً از هر دو کلدوساک ورود انجام شده باشد. Morcellation باید تحت دید مستقیم انجام شود تا از آسیب به ساختارهای مجاور از جمله روده و مثانه جلوگیری شود. همچنین در موارد بدخیم و پیش بدخیم نباید Morcellation انجام شود. برش V در خلف در موارد سرویکس بلند و بالا بودن رحم جهت دسترسی به کلدوساک خلفی انجام می‌شود.





Te Lindes

## سوالات و پاسخنامه فصل ۲۲

### Section 22

۱. خانمی ۳۲ ساله با پاپ اسمیر غیرطبیعی تحت کولپوسکوپی قرار گرفته است. بیوپسی سرویکس CINII با p16 مثبت بوده است. در کورتاژ اندوسرویکال نمونه ناکافی گزارش شده است. اقدام صحیح کدام است؟ (ارتقا تخصصی سال ۱۴۰۲)
- الف) کرایوتراپی  
ب) لیزر ضایعه  
ج) کورتاژ اندوسرویکال مجدد  
د) Leep

پاسخ: د

- در مورد انجام لیزر و کرایو با توجه به اینکه بافت به دست نمی‌آید، روش مناسبی در این کیس نمی‌باشند. در مورد excisional دو روش LEEP و CKC وجود دارد که LEEP به خصوص در زنان جوان با قصد باروری در آینده نسبت به CKC ارجح است و در حال حاضر روش انتخابی درمان در دیسپلازی سرویکس است.
۲. در صورت بلند بودن سرویکس هنگام هیستریکتومی واژینال کدام یک از تکنیک‌های زیر در تسهیل روند عمل جراحی کاربرد ندارد؟ (ارتقا ۱۴۰۱)
- الف) کولپوتومی خلفی و ورود از خلف از ابتدا  
ب) برش ۷ شکل در خلف سرویکس  
ج) کلامپ کردن لیگامان‌های یوتروساکرال و کاردینال به صورت مرحله به مرحله  
د) استفاده از تکنیک bivalving

پاسخ: د

- در هیستریکتومی واژینال در موارد بلند بودن سرویکس برای تسهیل روند عمل می‌توان از تکنیک‌های زیر استفاده کرد:
- ۱) ابتدا کولپوتومی خلفی و ورود از خلف



- ۲) برش ۷ شکل در خلف سروبکس
- ۳) شناسایی دوطرفه رباطهای یوتروساکرال و بخیه کردن آنها اگر بعد از بستن رباطهای یوتروساکرال همچنان ورود امکان پذیر نباشد می توان رباطهای کاردینال را بست و جدا کرد.
۶. در حین انجام هیسترکتومی واژینال انجام کدام یک از اقدامات زیر ضروری است؟ (ارتقا ۱۴۰۱)
- الف) تخلیه مثانه در شروع عمل
- ب) اقدام به کولپوتومی خلفی قبل از کولپوتومی قدامی
- ج) دو کلامپ کردن پدیکولهای عروقی
- د) زدن بخیههای کاف واژن در تمام ضخامت اپیتلیوم

#### پاسخ: د

- در هیسترکتومی واژینال کاف واژن می تواند با بخیههای منقطع یا پشت سر هم بسته شود به هر طریقی بسته شود باید بخیهها در تمام ضخامت اپی تلیوم واژن قرار گیرد و دقت شود که مثانه به طور ناخواسته وارد نشود.
۷. ضمن Dissection دشوار برای انجام کولپوتومی قدامی در عمل هیسترکتومی واژینال متوجه نشت اذرار از محل عمل شدیم. بهترین اقدام کدام است؟ (بورڈ ۱۴۰۱)
- الف) ترمیم مثانه و سپس ادامه عمل جراحی
- ب) ترمیم مثانه و ادامه عمل جراحی با لاپاراتومی
- ج) سیستوسکوپی بلافاصله جهت اطلاع از وضعیت حالب و مثانه
- د) پیدا کردن Zone صحیح دایسکشن با گذاشتن انگشت در مثانه باز شده و تکمیل عمل و سپس ترمیم مثانه

#### پاسخ: د

میزان آسیب به مثانه و حالب حین هیسترکتومی واژینال به ترتیب ۱/۸ و ۰/۹ درصد است. آسیب به مثانه معمولاً حین کولپوتومی قدامی اتفاق می افتد. اگر آسیب حین انجام هیسترکتومی شناسایی شود ابتدا باید رحم برداشته شود و سپس مثانه ترمیم گردد. جراح می تواند برای آسان شدن محل درست دایسکشن و تسهیل دایسکشن یک انگشت خود را در مثانه باز شده قرار دهد و دایسکشن را تکمیل، هیسترکتومی را انجام و سپس مثانه را ترمیم نماید.



Te Lindes

سوالات و پاسخنامه فصل ۲۴

Section 24

۱. خانم ۳۵ ساله چاق با سابقه نازایی اولیه ۵ ساله با گزارش پاتولوژی بیوپسی اندومتر سرپایی حاکی از Endometrial adenocarcinoma, endometrioid type, well differentiated مراجعه کرده است. اولین اقدام مناسب بعدی کدام است؟ (ارتقا تخصصی سال ۱۴۰۲)
- الف) تجویز مژسترویل استات ۲۰۰ میلی‌گرم روزانه
- ب) استفاده از IUD لوونورژسترلی
- ج) کاهش وزن
- د) انجام D&C

پاسخ: د

در صورتی که نمونه سرپایی انجام شده باشد، حتماً باید D&C جهت اثبات هیستولوژی انجام شود. در بیماران با سرطان اندومتر با تمایل به حفظ باروری درمان انتظاری با پروژسترون‌ها (مژسترویل ۲۰۰-۴۰۰، مدروکسی پروژسترون ۲۰-۱۰، IUD لوونورژسترولی) انجام می‌شود.







Te Lindes

## سوالات و پاسخنامه فصل ۳۶

### Section 36

۱. در خانم ۳۰ ساله G1 که دچار پارگی درجه III شده است، در بررسی اسفنکتر خارجی نیز درگیر شده است، برای ترمیم تمام مراحل زیر درست است، به جز: (بورد ۱۴۰۱)
- الف) مشخص کردن انتهای اسفنکتر و گرفتن با آلیس  
ب) آزاد کردن عضله از چربی ایسکیورکتال  
ج) شروع ترمیم اسفنکتر از سوپریور  
د) گرفتن کامل facial sheath

پاسخ: ج

ترمیم end to end: این روش معمولاً در اتاق زایمان استفاده می‌شود و برای ترمیم پارگی 3a و 3b ارجح است. برای این نوع ترمیم لبه‌های جانبی به عقب کشیده شده‌ی اسفنکتر با فورسپس آلیس در ساعت ۳ و ۹ گرفته می‌شود. نکته حائز اهمیت این است که باید فاشیای اطراف اسفنکتر نیز در این ترمیم گرفته شود.

از این تکنیک می‌توان در مواقعی که کل ضخامت اسفنکتر آسیب دیده (که همان پارگی درجه 3c یا درجه ۴ می‌باشد) استفاده کرد. هنگامی که دو انتهای عضله شناسایی و با فورسپس آلیس گرفته شدند، باید عضله به کمک دایسکشن تیز از دو طرف آزادسازی شود. این آزادسازی عضله از چربی ایسکیورکتال باید حداقل به طول ۲ cm انجام شود تا امکان روی هم قرار گرفتن دو سر عضله فراهم شود.



۲. خانمی ۲۸ ساله PG با حاملگی ترم، با دردهای زایمانی مراجعه نموده، در دیلاتاسیون فول به دلیل افت قلب جنین تصمیم به دادن اپیزوتومی گرفته می‌شود. عامل زایمان پس از کرانینگ سر جنین در ساعت ۷ پرینه با قیچی اپی و با زاویه ۶۰ درجه اپیزوتومی انجام می‌دهد. واژن و عضلات پرینه را با نخ ویکریل ۰-۲ و سپس پوست پرینه با نخ ویکریل ۰-۳ ترمیم می‌کن. کدام مرحله عملکرد عامل زایمان نیاز به اصلاح دارد؟ (تلمبذز ۲۰۲۴)

- الف) دادن اپیزوتومی در حالت کراون سر جنین (ب) شروع اپیزوتومی در ساعت ۷ پرینه  
ج) ترمیم واژن با نخ ویکریل رایید ۰-۲ (د) ترمیم پوست پرینه با نخ ویکریل ۰-۳

#### پاسخ: د

یک اپیزوتومی مدیولترال صحیح از خط وسط (ساعت ۷ ورودی واژن) شروع می‌شود و به سمت پوسترولترال با زاویه‌ی حداقل ۴۵ درجه از خط وسط، امتداد می‌یابد. باید توجه داشت که پرینه در هنگام crowning سر جنین، متسع شده و در نتیجه این زاویه تغییر می‌کند. به همین علت، زاویه‌ی برش در شروع باید تقریباً ۶۰ درجه باشد.

تکنیک اپیزوتومی مدیولترال: اکثر متخصصین زنان راست دست، اپیزوتومی مدیولترال را با دست راست انجام می‌دهند. برش باید از ساعت ۷ آغاز شده و به سمت برجستگی ایسکیال امتداد یابد. زاویه برش، از خط وسط در پرینه‌ی اتساع یافته، باید حدوداً ۶۰ درجه باشد. برش با قیچی مستقیم یا انحنادار، به طوری که تیغه‌ی داخلی در داخل واژن و تیغه‌ی بیرونی در امتداد پرینه باشد، انجام شود. طول برش بسته به قضاوت عامل زایمان و برآورد فضای مورد نیاز برای انجام زایمان می‌باشد و بطور میانگین ۲/۵ تا ۳ سانتی‌متر است.

اندیکاسیون لزوم انجام اپیزوتومی، تا زمانی که crowning سر اتفاق نیوفتاده، مشخص نمی‌باشد.

ترمیم اولیه اپیزوتومی: استفاده از نخ قابل جذب سریع ۰-۲ پلی گلاکتین (vicryl rapide) نسبت به پلی گلاکتین، با درد کمتر و نیاز کمتر به برداشتن نخ بیرون زده در حین پروسه‌ی بهبود زخم، همراه است. ترمیم یک اپیزوتومی بدون عارضه، مانند ترمیم یک پارگی خودبه‌خود درجه‌ی دو پرینه است (شکل ۲-۳۶). ابتدا یک سوچور قلاب مانند، در رأس اپیزوتومی در واژن، زده و گره می‌شود. سپس بافت مخاط و زیرمخاط واژن، به صورت ممتد و locking تا حلقه‌ی هایمن، به هم نزدیک و دوخته می‌شود؛ حلقه‌ی هایمن نیز به همین شکل باید ترمیم شود. سپس فاشیا و عضلات (عرضی پرینه‌ای و بولبواسپونژیوزوس) با سوچورهای non locking ترمیم می‌شوند. از لحاظ ظاهر آناتومیک، سوچورهای جدا از هم ممکن است بهتر از ممتد باشند؛ اما وقت‌گیر هستند و با درد بیشتری همراه خواهند بود. علاوه بر این، برای نزدیک کردن لبه‌های پوست، ممکن است به چند لایه سطحی سوچور بیشتر، نیاز باشد. در پایان، پوست پرینه با نخ قابل جذب ۰-۳ یا ۰-۴ به صورت ممتد و زیرجلدی ترمیم می‌شود (باکس ۱-۳۶).