

بازمانده

طبابت هنر است،
هنر هماهنگی قلب و اندیشه



سرشناسه

عنوان و نام پدیدآور

هورشاد، نیلوفر ۱۳۶۹- یارپور، فهیمه ۱۳۶۵- ایران دوست، الناز ۱۳۶۵-نجیبی، شاپرک ۱۳۶۴ :
اقدامات قبل از جراحی و مدیریت شرایط انتخابی زنان و زایمان : خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات
آزمون ارتقاء و بورد با پاسخ تشریحی زنان Te Linde's Operative Gynecology, 12th Edition ترجمه
و تلخیص: دکتر نیلوفر هورشاد، دکتر فهیمه یارپور، دکتر الناز ایران دوست، دکتر شاپرک نجیبی

تهران: گارديا، ۱۴۰۱.

۴۱۲ ص: مصور (بخشی رنگی)، جدول (بخشی رنگی)، نمودار (بخشی رنگی).

۱،۱۵۰،۰۰۰ ریال ۴-۳۸-۵۸۱۵-۶۲۲-۹۷۸

فیبا

کتاب حاضر برگرفته از کتاب Te Linde's Operative Gynecology, 12th Edition است.

خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورد با پاسخ تشریحی زنان تا سال ۱۴۰۰:

Te Linde's Operative Gynecology, 12th Edition 2020

آناتومی جراحی لگن زنان

مراقبت قبل از عمل بیمار ژنیکولوژی

عقوت‌های بعد از عمل جراحی ژنیکولوژی

شوک حوالی جراحی در بیماران ژنیکولوژی

مدیریت صدمات مجاری ادراری حین جراحی

عوارض جراحی دستگاه گوارش

شوک حوالی جراحی در بیماران ژنیکولوژی

مدیریت جراحی در بیماری‌های التهابی لگن

مدیریت جراحی حاملگی خارج از رحم

درمان جراحی آنومالی‌های سیستم تناسلی

جراحی ژنیکولوژی اطفال و بالغین

Handa, Victoria L

Van Le, Linda

RG۵۲۴

۲/۶۱۸

مشخصات نشر

مشخصات ظاهری

شابک

وضعیت فهرست نویسی

یادداشت

عنوان دیگر

موضوع

موضوع

موضوع

موضوع

موضوع

موضوع

موضوع

موضوع

موضوع

موضوع

موضوع

شناسه افزوده

شناسه افزوده

رده بندی کنگره

رده بندی دیویی

چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت یار

نوبت چاپ: اول ۱۴۰۱

تیراژ: ۱۰۰ نسخه

شابک: ۴-۳۸-۵۸۱۵-۶۲۲-۹۷۸

بهاء: ۱۱۵،۰۰۰ تومان

اقدامات قبل از جراحی و مدیریت شرایط انتخابی زنان و زایمان - خلاصه درس به همراه

مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورد زنان Te Linde's Operative Gynecology

ترجمه و تلخیص: دکتر نیلوفر هورشاد، دکتر فهیمه یارپور، دکتر الناز ایران دوست، دکتر

شاپرک نجیبی

ناشر: انتشارات کاردیا

صفحه آرا: رزیدنت یار - سحر هداوند

طراح و گرافیسیت: رزیدنت یار - مهرداد فیضی

آدرس: تهران میدان انقلاب - کارگر جنوبی - خیابان روانمهر - بن بست دولتشاهی پلاک ۱ واحد ۱۸

شماره تماس: ۰۲۱-۶۶۴۱۹۵۲۰

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

اقدامات قبل از جراحی و مدیریت شرایط انتخابی زنان و زایمان

خلاصه درس به همراه

مجموعه سؤالات آزمون ارتقاء و بورد با پاسخ تشریحی زنان تا سال ۱۴۰۰

Te Linde's Operative Gynecology, 12th Edition 2020

ترجمه و تلخیص

دکتر نیلوفر هورشاد

پنج درصد رتبه اول بورد تخصصی ۱۴۰۰ از دانشگاه تهران

دکتر فهیمه یارپور

پنج درصد رتبه اول بورد تخصصی ۱۳۹۹ از دانشگاه تهران

دکتر الناز ایران دوست

پنج درصد رتبه اول بورد تخصصی ۱۳۹۹ از دانشگاه تهران

دکتر شاپرک نجیبی

دارای بورد تخصصی از دانشگاه تهران

سخن ناشر:

سپاس و ستایش شایستهٔ پروردگاری که کرامتش نامحدود و رحمتش بی‌پایان است. اوست که بشر را دانش بیاموخت و با قلم آشنا کرد. به انسان رخصت آن داد که علم را به خدمت گیرد و با قلم خود و رسم خطوط گویا آن را به دیگران نیز بیاموزد. خدایا از شاکران درگاهت و حقیقت‌جویان راهت قرارم ده و یاری‌ام کن تا در آموختن نلغزم و آنچه را آموختم، به شایستگی عرضه کنم.

رزیدنت‌یار، حامی و پیشرو در نظام کمک آموزشی پزشکی کشور به سبک نوین و مطابق با آخرین پیشرفت‌های آموزشی در حیطه پزشکی با کادری مجرب و آشنا طی ۱۲ سال گذشته از منظر متخصصین همواره بهترین محصولات را ارائه و در دسترس مخاطبین خود قرار داده است. اثر پیش رو با توجه به محتوی بسیار غنی در مبحث زنان و زایمان گردآوری شده و با استفاده از مفهومی نمودن مباحث و روان‌سازی توسط مؤلف محترم از منابع و رفرنس بوده و در روال گذر از گروه کنترل کیفیت رزیدنت‌یار با جمعی از اساتید رتبه A را به خود اختصاص داده است، امید است با مطالعه تمام مباحث پیش رو با یاری خداوند متعال پیروز و پایدار باشید.

مدیرمسئول انتشارات

با ما در تماس باشید:

۰۲۱ - ۸۸ ۹۴۵ ۲۰۸

۰۲۱ - ۸۸ ۹۴۵ ۲۱۶

آدرس الکترونیک مؤسسه رزیدنت‌یار:

www.residenttyar.com

info@residenttyar.com

در تلگرام با ما همراه باشید:

<https://t.me/residenttyar>

قرار شد خاتم رضانی تا غروب بدهند به

همین دلیل علامت سوال گذاشتم

؟؟؟؟؟؟؟؟

فهرست

بخش اول: اقدامات قبل از جراحی ۱۱

فصل ۱ - آناتومی جراحی لگن زنان Error! Bookmark not defined.

فصل ۲ - مراقبت قبل از عمل بیمار ژنیکولوژی Error! Bookmark not defined.

بخش دوم: مدیریت شرایط انتخابی زنان و زایمان Error! Bookmark not defined.

فصل ۳۳ - عفونت‌های بعد از عمل جراحی ژنیکولوژی Error! Bookmark not defined.

سوالات و پاسخنامه فصل ۳۳ Error! Bookmark not defined.

فصل ۳۴ - شوک حوالی جراحی در بیماران ژنیکولوژی Error! Bookmark not defined.

سوالات و پاسخنامه فصل ۳۴ Error! Bookmark not defined.

فصل ۳۵ - مدیریت صدمات مجاری ادراری حین جراحی Error! Bookmark not defined.

سوالات و پاسخنامه فصل ۳۵ Error! Bookmark not defined.

فصل ۳۶ - عوارض جراحی دستگاه گوارش Error! Bookmark not defined.

سوالات و پاسخنامه فصل ۳۶ Error! Bookmark not defined.

فصل ۳۷ - شوک حوالی جراحی در بیماران ژنیکولوژی Error! Bookmark not defined.

سوالات و پاسخنامه فصل ۳۷ Error! Bookmark not defined.

فصل ۳۸ - مدیریت جراحی در بیماری‌های التهابی لگن Error! Bookmark not defined.

سوالات و پاسخنامه فصل ۳۸ Error! Bookmark not defined.

فصل ۳۹ - مدیریت جراحی حاملگی خارج از رحم Error! Bookmark not defined.

سوالات و پاسخنامه فصل ۳۹ Error! Bookmark not defined.

فصل ۴۰ - درمان جراحی آنومالی‌های سیستم تناسلی Error! Bookmark not defined.

فصل ۴۱ - جراحی ژنیکولوژی اطفال و بالغین ۱۱



شوک حوالی جراحی در بیماران ژنیکولوژی

فصل ۴۱ TeLinde's: 41

فراهم کردن مراقبت‌های ژنیکولوژیک برای زنان بالغ و دختران جوان همواره با اهمیت بوده است. متخصصین زنان و زایمان جهت انجام این مراقبت‌های شایع زنان در این دو گروه سنی آموزش دیده‌اند.

مراقبت‌های قبل از عمل جراحی

هدف انجام مشاوره قبل از عمل جراحی، آشنایی بیماران و خانواده‌هایشان با اندیکاسیون‌ها و خطرات و نتایج درمان و انواع روش‌های جراحی و دارویی محتمل برای درمان می‌باشد. در اغلب ایالت‌ها و کشورها سن قانونی را ۱۸ سال در نظر گرفته‌اند و در سنین کمتر نیاز به رضایت والدین یا ولی قانونی یا دادگاه جهت انجام روش‌های درمانی می‌باشد. در مشاوره قبل از عمل بهتر است والدین کودک و خود بیمار حضور داشته باشند و با توجه به وضعیت تکاملی بیمار رضایت نامه از بیمار بالغ رضایت‌نامه و از بیمار کوچکتر توافق‌نامه گرفته شود (جدول ۱-۴۱). شرایط خاص رضایت‌نامه شامل بیماران با سن کمتر از ۱۸ سال و بیماران با اختلالات ذهنی و تکاملی با وجود سن بالاتر از ۱۸ سال می‌باشد که در این شرایط بهتر است از سرویس‌های مددکار اجتماعی یا حمایتگرهای قانونی کمک گرفت. موضوع باروری آینده بعد از جراحی نیز مبحث مهمی است که از قبل از مداخله بایستی به آن توجه شود. در صورتی که جراحی با ریسک قابل توجه کاهش باروری یا ناباروری در آینده همراه باشد نیاز به تأیید یک نهاد قانونی - اخلاقی می‌باشد.





جدول ۱-۴۱. رضایت‌نامه و توافق‌نامه جراحی

رضایت‌نامه	توافق‌نامه
رضایت‌نامه والدین یا نماینده قانونی یک کودک	در شرایطی که کودک از نظر قانونی هنوز مورد تأیید نمی‌باشد یا درک و آگاهی کافی برای دادن رضایت‌نامه ندارد.

اقدام درمانی بسته به بیمار و نوع مداخله، ممکن است در مطب / مرکز درمانی، کلینیک سرپایی یا اتاق عمل بیمارستان بزرگسالان یا اطفال انجام شود. مزایای مرکز اطفال شامل دسترسی به وسایل متناسب با کودکان، وجود تیم بیهوشی متبحر در زمینه اطفال و نوجوان، کنترل درد توسط تیم درد، دسترسی به متخصص اطفال در صورت نیاز برای مشاوره می‌باشد. جراحی کودکان و بالغین از بسیاری جهات مشابه هم می‌باشند. زمان NPO (ناشتایی) در کودکان بالای ۳ سال حداقل ۸ ساعت می‌باشد اما ممکن است در کودکان با سن کمتر یک دوره کوتاه‌تر کافی باشد. مشاوره با متخصص بیهوشی در مورد زمان NPO مهم می‌باشد و بسته به سن بیمار متفاوت است.

ریسک ترومبوآمبولی وریدی در مقایسه با بالغین به طور قابل توجهی کمتر می‌باشد. در صورتی که خطر کم باشد از وسایل کمپرس متناوب استفاده می‌شود که هدف آن جلوگیری از کمپروپروفیلاکسی در کودکان با سن کمتر از ۱۴ سال می‌باشد. اگر خطر بالا باشد از کمپروپروفیلاکسی استفاده می‌شود. اندیکاسیون‌های آنتی‌بیوتیک پروفیلاکتیک جهت کاهش میزان عفونت جراحی در کودکان و نوجوانان مشابه بالغین است و تنها تفاوت دوز آنتی‌بیوتیک است که بر اساس وزن کودک محاسبه می‌شود (جدول ۲-۴۱).

دوز اطفال نبایستی از دوز پیشنهادی بالغین بیشتر شود حتی دوز وزن بالای کودک. رژیم آنتی‌بیوتیک معمولاً یک سفالوسپورین نسل اول یا دوم هست که طی ۶۰ دقیقه اول از برش جراحی تجویز می‌شود و معمولاً یک دوز کافی می‌باشد ولی دوز دوم با توجه به نیمه عمر دارو و طول مدت جراحی و در صورت خونریزی زیاد ممکن است تجویز شود.

در صورت نیاز به تعبیه کاتتر فولی در سن ۱۲-۵ از کاتتر Fr ۱۰ و در کودکان بالای ۱۲ سال از Fr ۱۲ استفاده می‌شود.





جدول ۲-۴۱. دوز آنتی بیوتیک پروفیلاکتیک قبل از عمل جراحی

دوز بالغین	دوز اطفال	آنتی بیوتیک
۲ gr	۳۰ mg/kg	سفازولین
۲ gr	۴۰ mg/kg	سفوکستین
۲ gr	۴۰ mg/kg	سفوکتان
۲ gr	۵۰۰-۷۵۰ mg/kg	سفتریا کسون
۳ gr	۵۰ mg/kg (دوز آمپی سیلین)	آمپی سیلین - سولباکتام
۱۵ mg/kg	۱۵ mg/kg	وانکومايسين

تسکین کافی درد در کمتر از ۵۰ درصد بیماران تحت عمل جراحی گزارش شده است که این نشان دهنده نیاز به بهبود گایدلاین‌های کنترل درد بعد از عمل می‌باشد. جهت کنترل درد بعد از عمل در کودکان و بالغین از آنالژزی‌های مولتی مودال استفاده می‌شود که شامل به کار بردن داروهای متنوع ضد درد و همچنین تکنیک‌هایی می‌باشد که با مداخلات غیردارویی ترکیب می‌شود.

نارکوتیک‌های خوراکی نسبت به وریدی ارجحیت دارند و از مصرف نارکوتیک‌های داخل عضلانی باید پرهیز شود. در صورت استفاده از نارکوتیک‌های وریدی، آنالژزی کنترل شونده توسط بیمار (PCA) ارجحیت دارد. داروهای NSAIDs در صورت نداشتن کنتراندیکاسیون یک بخش مهم از روش مولتی مودال می‌باشد که مشابه تزریق ماده بی‌حسی موضعی طولانی اثر در محل جراحی باعث تسکین درد می‌شود.

معاینه زیر بیهوشی و واژینوسکوپی

باکس ۱-۴۱. مراحل پروسیجر / معاینه تحت بیهوشی با واژینوسکوپی

- ✓ معاینه ژنیتالیای خارجی
- ✓ قرار دادن واژینوسکوپ و اجتناب از آسیب به هایمن
- ✓ فشردن بافت ولو اطراف واژینوسکوپ
- ✓ پر کردن واژن با سالین جهت اتساع واژن
- ✓ پیشروی واژینوسکوپ جهت مشاهده کامل واژن و سرویکس
- ✓ تهیه نمونه





شایع‌ترین علت مراجعه دختران در حوالی سنین بلوغ التهاب ولو و واژن می‌باشد. معاینه پرینه و هایمن و واژن در صورت صبر و حمایت والدین و قرارگیری مناسب بیمار و پرت کردن حواس او می‌تواند در مطب انجام شود. همچنین برداشتن نمونه با سواپ از واژن در کنار شستشوی واژن در حین معاینه ممکن است، البته در بعضی شرایط نیاز به ارزیابی کامل و بررسی کامل تر دستگاه تناسلی تحتانی از جمله واژن فوقانی و سرویکس دارد. شایع‌ترین اندیکاسیون‌های بررسی کامل واژن و سرویکس وجود جسم خارجی و ترشح مداوم واژن و آنومالی‌های مادرزادی مثل آنومالی‌های مولرین و سینوس اوروژنیتال پایدار و مالفورماسیون‌های کودک می‌باشد.

معاینه کامل اغلب مفیدتر می‌باشد و با کمترین احتمال آسیب تحت بیهوشی با واژینوسکوپ انجام می‌شود.

معاینه تحت بیهوشی و واژینوسکوپی یک روش مطمئن برای معاینه کامل دستگاه تناسلی تحتانی در دختران نوجوان و جوان می‌باشد که در یک اتاق پروسیجر یا اتاق عمل تحت نظر متخصص بیهوشی با سداسیون (آرام‌بخش) یا بیهوشی جنرال انجام می‌شود.

جهت انجام واژینوسکوپی سه دستگاه مورد نیاز است: یک اسکوپ (هیستروسکوپ یا سیستوسکوپ اطفال) / دوربین (یا تجهیزات چشمی)، منبع نور و نرمال سالین و همچنین فورسپس گیرنده (grasping) جهت گرفتن و خارج کردن جسم خارجی و سواپ‌های واژینال جهت نمونه‌برداری بایستی در دسترس باشد (شکل ۳-۴۱).



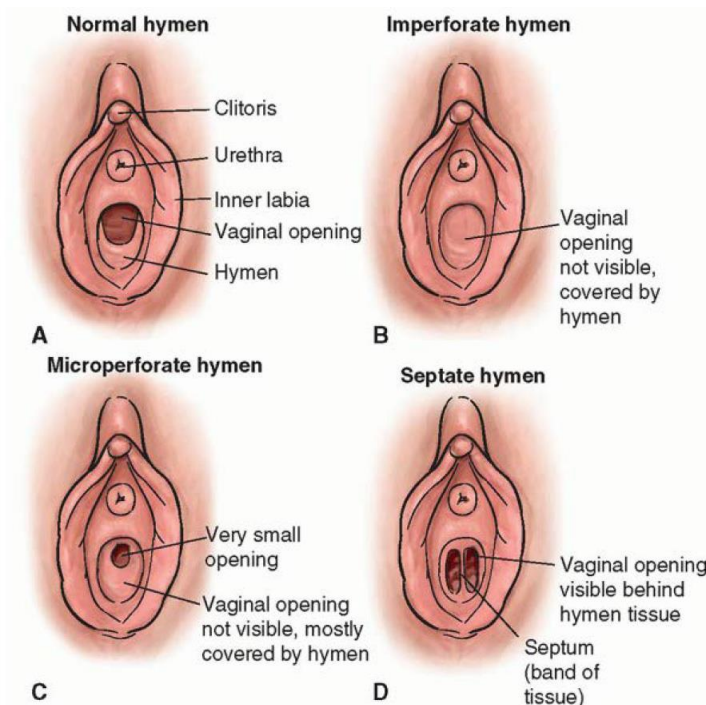


FIGURE 41.3 Hymenal variants.

جدول ۳-۴۱. اندیکاسیون‌های ارزیابی واژن فوقانی و سرویکس با واژینوسکوپ

✓ خونریزی واژینال
✓ ترشح مداوم واژینال
✓ وجود جسم خارجی محتمل
✓ تروما بالاتر از هایمن
✓ آنومالی‌های مادرزادی (سینوس اوروژنیتال، مالفورماسیون کلواک، PSD و آنومالی‌های مولرین، سپتوم واژن)
✓ پیگیری بعد از بازسازی





بعد از اینکه سطح مناسبی از بی‌حسی ایجاد شد یک مشاهده کامل و دقیق دستگاه تناسلی خارجی با گرفتن لبیا ماژور و بلند کردن ملایم اعضا به بالا و خارج جهت ارزیابی کلیتوریس و پیشابراه و هایمن و واژن تحتانی انجام می‌شود. در مرحله بعد واژینوسکوپ در مدخل واژن قرار می‌گیرد و جهت جلوگیری از آسیب به هایمن باید دقت کافی شود.

در حالی که با یک دست واژینوسکوپ نگه داشته می‌شود با دست دیگر به دقت بافت ولو و اطراف اسکوپ فشار داده می‌شود. در حالی که نرمال سالیین داخل واژن ریخته می‌شود، زیر دید مستقیم واژینوسکوپ به جلو برده می‌شود. بدین ترتیب واژن و سرویکس معاینه می‌شود (شکل ۲-۴۱). در دوران قبل از بلوغ بایستی توجه شود که جهت مشاهده سرویکس، واژینوسکوپ به سمت خلف هدایت شود در حالی که اغلب توسط فشار دادن واژن مسیر باز می‌شود.

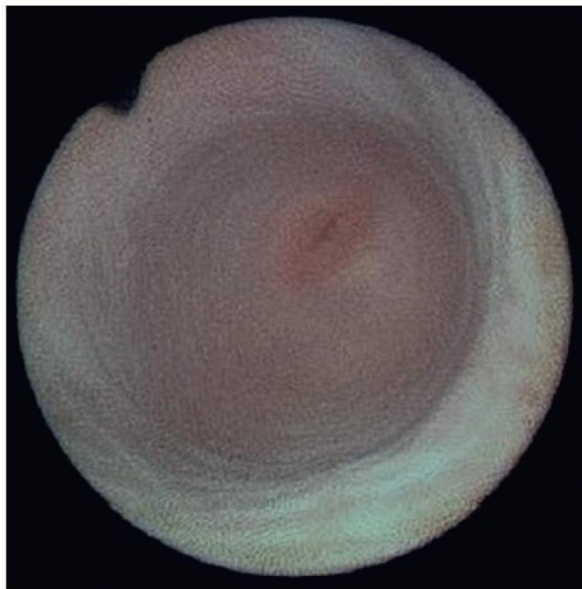


FIGURE 41.2 Entire vagina and normal cervix seen during vaginoscopy. (Courtesy of Geri D. Hewitt, Chief, Department of Obstetrics and Gynecology, General Division Obstetrics and Gynecology, Nationwide Children's Hospital, Columbus, Ohio.)

برای خارج کردن جسم خارجی می‌توان از گرسپرها استفاده کرد و واژن را شستشو داد و سپس سواپ‌های واژینال را جمع‌آوری کرد. جمع کردن تأخیری سواپ‌های واژینال بعد از تمام شدن واژینوسکوپی مانع مشاهده‌ی خونریزی و یا ایجاد سائیدگی‌های ایاتروژنیک حین پروسیجر می‌شود (باکس ۱-۴۱).





مدیریت انواع هایمن

باکس ۲-۴۱. مراحل پروسیجر هایمنکتومی

✓ در صورت بدون سوراخ بودن هایمن نیاز به بررسی سونوگرافی قبل عمل جهت تأیید آناتومی می باشد.

✓ کاتتریزاسیون پیشابراه جهت کاهش خطر آسیب

✓ برداشتن بافت هایمن اضافی

✓ ایجاد هموستاز با سوچوره‌های منقطع با نخ قابل جذب

اشکال متنوعی از هایمن نرمال وجود دارد که عبارتند از حلقوی، هلالی و حاشیه‌دار / زائده دار. اگر در دوران پری ناتال بافت هایمن به صورت کامل سوراخ نشود، منجر به ایجاد انواع هایمن مثل بدون سوراخ، میکروپرفوره (سوراخ ریز) یا سپتوم‌دار شود که اغلب نیاز به جراحی جهت اصلاح دارد. این تنوع هایمن می تواند باعث محدود شدن خروج خونریزی ماهیانه یا استفاده از تامپون یا یک فعالیت جنسی واژینال شوند (شکل ۳-۴۱).

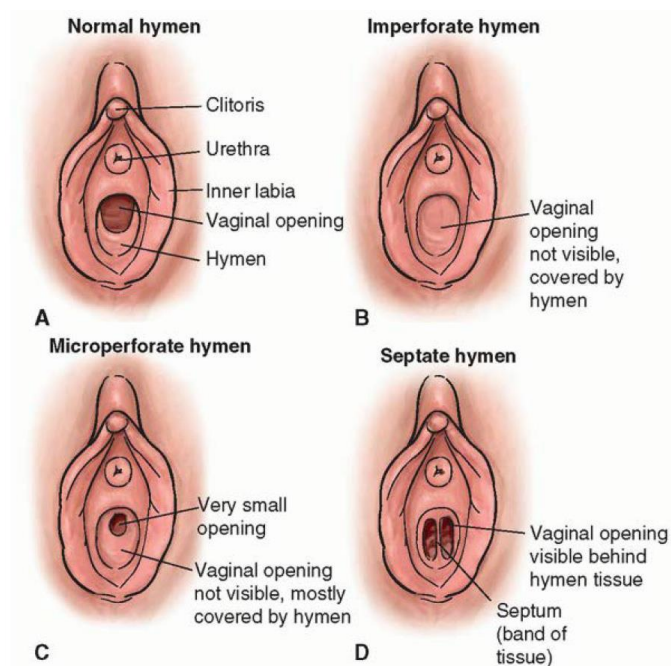


FIGURE 41.3 Hymenal variants.





هایمن بدون سوراخ شایع آنومالی انسدادی واژن می‌باشد که شیوع آن $\frac{1}{۱۰۰۰}$ تا $\frac{1}{۱۰۰۰۰}$ نفر است. امکان دارد این نوع هایمن در دوران نوزادی به صورت موکوکولپوس در اثر استروژن مادری خود را نشان دهد که معمولاً این موکوکولپوس در طی ۱ تا ۲ هفته به علت کاهش استروژن مادری از بین می‌رود. ترمیم جراحی این نوع هایمن بایستی تا زمان بعد از تلارک به تأخیر بیفتد زیرا در آن زمان تولید استروژن افزایش پیدا کرده است که خود باعث ترمیم زخم می‌شود.

در صورتی که موکوکولپوس باعث احتباس ادراری شود نیاز به مداخله زودرس تر می‌باشد. از آسپیراسیون موکوس واژن یا خون از میان هایمن بدون سوراخ به علت خطر عفونت بالارونده بایستی پرهیز کرد. هایمنکتومی درمان جراحی قطعی هایمن بدون سوراخ است که بایستی بعد از تلارک و قبل از شروع منارک انجام شود. در زمان منارک به علت عدم خروج خون بیمار درد لگنی دوره‌ای را تجربه می‌کند که این تجمع خون باعث هماتوکولپوس و احتمالاً هماتومترا می‌شود و اگر این هماتومترا بزرگ شود می‌تواند باعث احتباس ادراری و بیبوست شود و اگر باز هم جراحی انجام شود این خونریزی به صورت رتروگرید می‌تواند باعث اندومتریوز و چسبندگی شود. برای ارزیابی قبل از عمل جراحی سونوگرافی یا MRI لگن لازم می‌باشد جهت بررسی سایر انواع آنومالی‌های انسدادی واژن و همچنین آناتومی کلیه و مولرین.

هایمنکتومی در اتاق عمل تحت بیهوشی جنرال انجام می‌شود البته می‌توان از سداسیون یا بی‌حسی موضعی هم استفاده کرد. پوزیشن بیمار بایستی به صورت لیتوتومی دورسال بالا باشد و بعد از پرب ناحیه پرینه کاتتر فولی جهت تشخیص مجرای پیشابراه و همچنین کاهش احتمال آسیب تعبیه می‌شود.

اگر چسبندگی پرده هایمن قابل رؤیت نباشد (شکل ۴-۴۱) با یک دست از روی شکم، فوندوس رحم را فشار می‌دهیم تا مشخص شود. از سوچورهای نگهدارنده در هر سمت بافت هایمن جهت ایجاد کشش روی محل برش هایمن می‌توان استفاده کرد. برش را می‌توان با کوتر یا دایسکشن شارپ (تیغ) انجام داد. در صورت بروز منارک قبل از جراحی، انتظار مقدار قابل توجهی خون وجود دارد که باعث انسداد ساکشن خواهد شد. بنابراین یک ساکشن دیگر هم بایستی در دسترس باشد. هنگامی که هایمن بریده می‌شود و وارد واژن می‌شویم بافت هایمن بایستی به اندازه حداقل ورود یک انگشت برداشته شود. در حالی که برش ستاره‌ای شکل یا صلیبی شکل در هایمن جهت برطرف کردن انسداد شد اکثر نویسندگان برداشتن بافت هایمن را پیشنهاد می‌کنند زیرا شکل‌گیری خودبه‌خودی هایمن گزارش شده است.



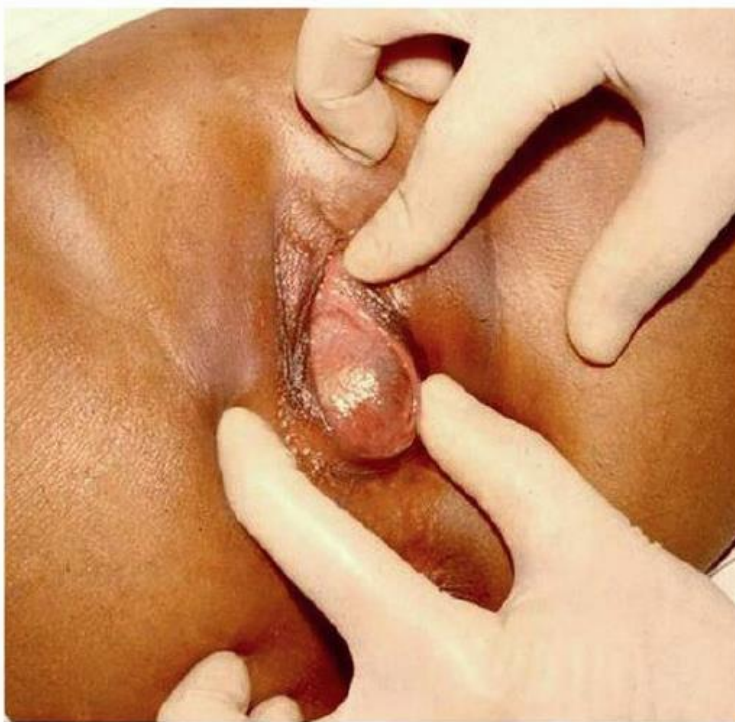


FIGURE 41.4 Complete imperforate hymen with bulging hymenal membrane. (Courtesy of North American Society of Pediatric and Adolescent Gynecology CDROM.)

جهت ایجاد هموستاز و اجتناب از اسکار بخیه رینگ هایمن با نخ قابل جذب ۰-۴ به صورت تک بخیه می شود. برای کنترل درد بعد از عمل می توان از بی حسی موضعی استفاده کرد. از آسپیراسیون و درناژ قبل از عمل به علت حفظ عفونت بالارونده، به خصوص در حضور هماتومترا بایستی جلوگیری کرد. انواع هایمن میکروپروفوره و یا مشبک با روش مشابه ترمیم می شوند (باکس ۲-۴۱). اصلاح هایمن سپتومدار را گاهی می توان با بی حسی موضعی در مطب انجام داد، در صورتی که بیمار همکاری مناسب داشته باشد (شکل ۵-۴۱).





FIGURE 41.5 Septate hymenal variant. (Courtesy of North American Society of Pediatric and Adolescent Gynecology CDROM.)

در هایمن سپتوم‌دار بایستی با قرار دادن یک Q-Tip در پشت باند هایمن، تشخیص هایمن سپتوم‌دار تأیید شود و از سپتوم طولی واژن افتراق داد همچنین برای ایجاد اکسپوژر طی جراحی کمک کننده می‌باشد. بعد از تزریق لیدوکائین یک درصد لبه فوقانی و تحتانی باند هایمن با نخ قابل جذب نزدیک می‌شود. بافت هایمن اضافی با قیچی یا تیغ بریده می‌شود و برداشته می‌شود. از نیترات نقره برای هموستاز بیشتر می‌توان استفاده کرد.





بررسی آسیب‌های ژنیتالیا

باکس ۳-۴۱. ترتیب اقدامات در مدیریت آسیب ژنیتالیا

- ✓ پایدار کردن بیمار
- ✓ اگر آسیب به علت تروما باشد شرح حال جهت تشخیص وضعیت گرفته شود.
- ✓ معاینه جهت ارزیابی وسعت آسیب
- ✓ در صورت کافی نبودن درمان‌های حمایتی، از درمان‌های جراحی استفاده شود.
- ✓ در صورت نیاز با ارولوژیست، جراح یا ارتوپدی مشورت شود.
- ✓ انجام معاینه مداوم جهت پیگیری ترمیم.

آسیب‌های ژنیتالیا اطفال کمتر از یک درصد کل آسیب‌های اطفال می‌باشد. آسیب‌ها در دخترها شایع ولی با شدت کمتر نسبت به پسرها می‌باشد. آسیب‌ها تصادفی یا غیرتصادفی است. آسیب‌های تصادفی، شامل آسیب‌های زینی شکل (شایع‌ترین نوع)، سقوط، تصادف وسایل نقلیه، گازگرفتگی حیوانات، سوختگی ناشی از باتری یا سایر عوامل سوزاننده، شکستگی‌های لگنی، در حین اسکیت سواری و سایر تصادف‌هایی که باعث باز شدن پاهای مرتبط با ورود حجم بالای آب پرفشار به داخل واژن مثل جت اسکی و تصادفات پارک آبی می‌باشد. آسیب‌های غیرتصادفی در اثر سوء استفاده‌های جنسی، فعالیت‌های جنسی طبیعی و دستکاری کردن دستگاه تناسلی زنان می‌باشد. با توجه به اینکه دستگاه تناسلی خارجی غیر استروژنی دختران قبل از بلوغ بسیار پرعروق است، آسیب‌های حداقل باعث خونریزی شدید می‌شوند.

در ترومای دستگاه تناسلی ارزیابی با بررسی علائم حیاتی، وضعیت راه تنفسی، جریان خون و بررسی محل آسیب و تروما شروع می‌شود. شرح حال دقیق و کامل جهت ارزیابی احتمال سوء استفاده جنسی و وسعت آسیب بایستی گرفته شود.

تأیید این مسائل در حضور شاهد عینی در دسترس مهم است. مراقب درمانی بایستی منطبق بودن شرح حال و یافته‌های بالینی را چک کند. شرح حالی که کودک یا بالغین می‌دهند مهم‌ترین فاکتور در تعیین علت آسیب ژنیتالیاست که عمدی یا غیرعمدی بودن را مشخص می‌کند (جدول ۴-۴۱).





جدول ۴-۴۱. آسیب‌های تصادفی و غیرتصادفی دستگاه تناسلی

تصادفی	غیر تصادفی
✓ شرح حال منطبق با آسیب است. ✓ شاهد مورد اعتماد شرح حال را تأیید کند.	✓ شرح حال منطبق با آسیب نیست. ✓ حادثه بدون شاهد است. ✓ تأخیر در مراجعه جهت درمان وجود داشته باشد.

اکثر آسیب‌های ژنیتالیا محدود هستند و امکان معاینه در مطب یا اورژانس وجود دارد. اگر بیمار معاینه در اورژانس را تحمل نکند می‌توان از یک خواب‌آور سبک استفاده کرد. اما اغلب متخصصین معاینه در اتاق عمل تحت بیهوشی جنرال را در مواردی مثل خونریزی شدید از واژن و تروما به هایمن و آسیب نافذ به واژن یا غیر قابل ارزیابی بودن وسعت کامل آسیب به عنوان مثال لسراسیون وسیع یا هماتوم بزرگ وولو توصیه می‌کنند. در معاینه زیر بیهوشی واژینوسکوپی امکان معاینه کامل واژن را فراهم می‌کند. در آسیب‌های شدید ناحیه ژنیتالیا امکان آسیب به سایر ارگان‌ها نیز وجود دارد. در صورت احتمال آسیب به سیستم اورولوژی کاتتریزاسیون سیستم ادراری یا سیستوسکوپی انجام می‌شود. در صورت شکستگی لگنی همراه با هم‌چوری احتمال آسیب اورولوژیک افزایش می‌یابد.

در آسیب‌های نافذ احتمال آسیب پرینه آل، مقعد، رکتوم و کمپلکس عضلات اسفنکتر وجود دارد که در این صورت معاینه رکتوم یا پروکتوسکوپی لازم می‌باشد. در آسیب شدید ناحیه آنورکتال انحراف مسیر مدفوع و ترمیم بایستی در نظر گرفته شود.

در آسیب نافذ واژن احتمال آسیب احشاء شکم وجود دارد که نیازمند بررسی از طریق تصویر لگنی یا لاپاراسکوپی تشخیصی می‌باشد. در آسیب ژنیتالیا، نکته اساسی انطباق شرح حال بیمار و یافته‌های معاینه بالینی می‌باشد.

اکثر آسیب‌های ژنیتالیا محدود می‌باشند و با درمان‌های حمایتی رفع می‌شوند. البته توانایی بیمار در ادرار کردن خودبه‌خودی و خونریزی حداقل و معاینه موفق در بررسی وسعت آسیب برای انجام درمان حمایتی مورد نیاز است. آسیب‌های دستگاه تناسلی بدون درگیری هایمن که منجر به سائیدگی، کبودی، ورم، هماتوم، پتشی، تاول‌های خونی و پارگی‌های سطحی شده به صورت خودبه‌خود در طی چند روز تا حداکثر چند هفته بدون برجا گذاشتن اسکار بهبود می‌یابند. درمان حمایتی شامل استفاده از لگن آب و کاهش فعالیت فیزیکی به مدت ۴۸ تا ۷۲ ساعت می‌باشد.





در آسیب‌های وسیع دستگاه تناسلی برای کنترل خونریزی و حفظ عملکرد و ظاهر مناسب و جلوگیری از عفونت و نکروز بافت نیاز به جراحی وجود دارد که بسته به نوع و شدت آسیب روش جراحی متفاوت است. دبریدمان بافت‌های مرده و شستشوی زخم با سالین، محلول‌های ضدعفونی بایستی انجام شود و در صورت عدم وجود عفونت می‌توان زخم را به صورت اولیه ترمیم کرد.

اندیکاسیون ترمیم و بستن زخم عبارتند از: زخم‌های عمیق چاقو / زخم‌های آلوده گازگرفتگی کوچک حیوانات، حفره‌های آبسه و تظاهرات بعد از یک تأخیر قابل توجه. بستن اولیه تأخیری باید برای زخم‌های بدون عارضه‌ای که ۱۸ ساعت پس از وقوع ایجاد می‌شوند انجام شود.

هنگام برنامه‌ریزی برای بستن تأخیری زخم، منطقه بایستی از مواد خارجی تمیز و پاکسازی شود. پس از دوره انتظار ۴ تا ۵ روز در صورت وجود بافت گرانولاسیون تمیز، زخم را می‌توان بست. پارگی‌ها در صورت نیاز به صورت لایه لایه با نخ قابل جذب ترمیم می‌شوند.

هماتوم‌های بسیار بزرگ یا در حال گسترش نیاز به تخلیه دارند تا احتمال نکروز بافتی در اثر فشار یا عفونت ثانویه کاهش یابد. هنگام برش هماتوم‌های بزرگ وولو بایستی در امتداد سطح مخاط داخلی در نزدیکی دهانه واژن برش داد. پس از باز کردن هماتوم، بستر از لخته و بافت غیرعروقی جدا می‌شود. هموستاز ایجاد می‌شود، یک درناژ بسته در محل گذاشته می‌شود. و پس از آن پوست به صورت اولیه بسته می‌شود. تعبیه درن باعث جلوگیری از تجمع مجدد خون، کاهش درد و کاهش خطر رشد باکتری‌ها می‌شود و اغلب اوقات پس از ۲۴ ساعت برداشته می‌شود.

در بیماران دچار آسیب ناحیه تناسلی، نیاز به پیگیری برای درمان مستند وجود دارد. ترمیم آسیب ناحیه تناسلی ممکن است با عوارضی مثل عفونت زخم و گشادی و فیستول همراه باشد. بسیاری از نویسندگان، استفاده از کرم‌های استروژن موضعی پس از عمل را برای بهبود بافت پیشنهاد می‌کنند. زمان‌بندی و وسعت معاینه انجام شده در پیگیری باید بسته به وسعت آسیب و ترمیم ضروری باشد، از معاینه مطبی در ۳ یا ۴ روز یا معاینه زیر بیهوشی با واژینوسکوپ هفته‌ها یا ماه‌ها بعد (باکس ۳-۴۱).





BOX 41.3 STEPS IN THE PROCEDURE

Management of Genital Injury

- Stabilize the patient.
- Obtain history to determine if compatible with injury
- Examine to assess extent of injury.
- If not amenable to conservative measures, surgical repair.
- Consult with urology, surgery, and/or orthopedics as indicated.
- Follow-up examination to assess healing.

لاپاراسکوپی در بیماران اطفال و بالغین

لاپاراسکوپی روش جراحی استاندارد برای بسیاری از بیماری‌های زنان و کودکان و نوجوانان مثل اندومتریوز، توده‌های خوش خیم آدنکس،





رزیدنت یار اولین استارتاپ آموزش پزشکی در کشور

مشترک ارجمند، متخصص گرامی؛

به منظور تسهیل در امر خدمات رسانی به شما یزرگواران و جهت رسیدگی سریع به مشکلات و ثبت انتقادات و پیشنهادات، همچنین به جهت خرید آسان و سریع می‌توانید با مراجعه به سایت و فروشگاه اینترنتی و اپلیکیشن موسسه از این امکانات بهره‌مند شوید.



فروشگاه اینترنتی:

در این فروشگاه تمامی محصولات و خدمات درج گردیده است. شما می‌توانید با مراجعه به رشته خود، از انواع محصولات حوزه نشر و توضیحاتی در خصوص آموزش و آخرین تغییرات منابع آزمون ارتقاء و مورد آگاه شوید و خرید آسان و مطمئنی را تجربه کنید.



اپلیکیشن Residencyar:

در اپلیکیشن رزیدنت یار که قابل استفاده و دریافت از: ✓ ✓ Play Store APP Store می‌باشد، دسترسی به کتاب پیش رو بصورت رایگان و استفاده از تمامی محصولات آموزشی میسر گردیده است. روزانه در حال اضافه شدن محتوا آموزش پزشکی موثر و مدون مخصوص شما رزیدنت و متخصص گرامی خواهد بود.



آموزش:

کلاسهای حقیقی و مجازی رزیدنت یار در اپلیکیشن و یا تماس با همکاران کارشناس آموزش به راحتی میسر خواهد بود. در صورت مراجعه شما به اپلیکیشن رشته خودتان تمامی محصولات را رؤیت فرمائید.



اخبار:

در این منو آخرین اخبار و اطلاعیه‌های منتشر شده از طرف وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی و همچنین تازه‌های نشر و اخبار موسسه قابل مشاهده است.



پشتیبان آنلاین:

در این منو شما می‌توانید تمامی سوالات، انتقادات و پیشنهادات خود را با ورود به سامانه و ثبت نام در آن، مطرح و حداکثر تا ۲۴ ساعت پاسخ خود را دریافت کنید.

در این منو در سایت می‌توانید سوالات خود را مطرح کرده و همکاران ما در اسرع وقت پاسخ مناسب را به شما ارائه می‌نمایند.

خداوند شفادهنده است

داوطلب گرامی؛

بر خود می‌بالیم که موسسه رزیدنت یار را برای آمادگی آزمون مورد و ارتقاء خود انتخاب نموده‌اید. می‌دانید که رزیدنت یار اولین موسسه انتشارات و آموزش پزشکی دارای مجوز در کشور و اولین استارت‌آپ آموزش پزشکی کشور می‌باشد و در تمامی درسنامه‌ها در هر رشته از یک مولف و یا حداقل مولفین استفاده شده است و این امر باعث گردیده تا کتبی یک دست و بدون غلط و با محتوی بسیار قوی در اختیار شما عزیزان قرار بگیرد. کتابهای درسنامه در رزیدنت یار یک جلد کتاب الکترونیک رایگان دارد که حتماً روش استفاده از آن را از همکاران و کارشناسان واحد آموزش بخوانید. کتابهای درسنامه در رزیدنت یار حتماً دارای یک کتاب صوتی مجزای با روشی بسیار غنی را داراست در صورت تمایل قطعاً می‌تواند کارساز و چاره‌ساز باشد. استفاده از کتب رزیدنت یار به لحاظ استفاده از تصاویر و تشریح الگوریتم‌ها و جداول مهم و استفاده از کیس‌های آزمون شفاهی در انتهای هر کتاب و همچنین کتب مرور سریع بسیار مورد پسند متخصص این رشته قرار گرفته است امید موفقیت شما عزیزان در آزمونهای پیش رو گواهی این محتوا قوی خواهد بود. نظرات و پیشنهادات خود را به آدرس ایمیل موسسه رزیدنت یار ارسال و در انتظار پاسخ مدیریت تولید باشید.

info@residenttyar.com

