



سرشناسه	بقائی، حدیثه، ۱۳۶۷ / شاه حسینی، الهام، ۱۳۶۰
عنوان و نام پدیدآور	تلیندز ۳: ترجمه مفهومی و روان ویژه آزمون بورد تخصصی ۱۴۰۳ Te_Lindes_Operative_Gynecology_2024
مشخصات نشر	ترجمه و تلخیص براساس تلیندز ۲۰۲۴: حدیثه بقائی، الهام شاه حسینی
مشخصات ظاهری	تهران: کاردیا، ۱۴۰۳.
شابک	۴۲۶ ص: مصو (رنگی)، جدول.
وضعیت فهرست نویسی	شابک دوره 978-622-8243-56-6 / شابک: 978-622-8243-73-3
یادداشت	فیبا
موضوع	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 تلیندز، ریچارد وسلی، ۱۸۹۴ - ۱۹۸۹م. Te Linde, Richard Wesley ۱۰۱RG ۶۱۸ ۹۲۱۶۵۱۱ فیبا
شناسه افزوده	شناسه افزوده
شناسه افزوده	شناسه افزوده
شناسه افزوده	شناسه افزوده
شناسه افزوده	شناسه افزوده
شناسه افزوده	شناسه افزوده
شناسه افزوده	شناسه افزوده
رده بندی کنگره	رده بندی کنگره
رده بندی دیویی	رده بندی دیویی
شماره کتابشناسی ملی	شماره کتابشناسی ملی
اطلاعات رکورد کتابشناسی	اطلاعات رکورد کتابشناسی

تلیندز ۳	چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت یار
Te_Lindes_Operative_Gynecology_2024 است.	نوبت چاپ: اول ۱۴۰۳
ترجمه و تلخیص براساس تلیندز ۲۰۲۴:	تیراژ: ۱۵۰ نسخه
دکتر حدیثه بقائی - دکتر الهام شاه حسینی	شابک: ۳-۷۳-۸۲۴۳-۶۲۲-۹۷۸
صفحه آرا: منیرالسادات حسینی	شابک دوره: ۶-۵۶-۸۲۴۳-۶۲۲-۹۷۸
طراح و گرافیکست: رزیدنت یار	بهاء: ۸۹۴۰۰۰ تومان

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

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

تلیندر ۳

ترجمه مفهومی و روان ویژه آزمون بورد تخصصی ۱۴۰۳
Te_Lindes_Operative_Gynecology_2024

ترجمه و تلخیص براساس تلیندز ۲۰۲۴

دکتر حدیثه بقائی

متخصص زنان و زایمان
رتبه بورد تخصصی ۱۴۰۲ کشور

دکتر الهام شاه حسینی

متخصص زنان و زایمان
فلوشیپ انکولوژی



فصل ۲۵- جراحی در بیماری‌های پیش تهاجمی سرویکس.....	۹
سؤالات و پاسخنامه فصل ۲۵.....	۲۹
فصل ۲۶- جراحی بیماری پیش تهاجمی و تهاجمی وولو و واژن	۳۵
سؤالات و پاسخنامه فصل ۲۶.....	۷۱
فصل ۲۷- جراحی سرطان اندومتر.....	۷۷
سؤالات و پاسخنامه فصل ۲۷.....	۱۱۳
فصل ۲۸- جراحی کانسر سرویکس.....	۱۱۷
سؤالات و پاسخنامه فصل ۲۸.....	۱۵۵
فصل ۲۹- جراحی برای سرطان تخمدان.....	۱۵۹
سؤالات و پاسخنامه فصل ۲۹.....	۱۹۷
فصل ۳۰- ساسپنشن‌های رأسی ترانس واژینال در پرولاپس یوتروواژینال	۱۹۹
فصل ۳۱- ساکروکولپوپکسی.....	۲۲۱
سؤالات و پاسخنامه فصل ۳۱.....	۲۴۱
فصل ۳۲- کولپورافی و ترمیم انتروسل.....	۲۴۵
سؤالات و پاسخنامه فصل ۳۲.....	۲۷۱
فصل ۳۳- معرفی بی‌اختیاری استرسی ادرار.....	۲۷۵
سؤالات و پاسخنامه فصل ۳۳.....	۳۰۷
فصل ۳۴- کولپوکلازیس.....	۳۱۱

سؤالات و پاسخنامه فصل ۳۴.....	۳۲۹
فصل ۱۲ - عفونت‌های بعد از عمل جراحی ژنیکولوژی	۳۳۱
سؤالات و پاسخنامه فصل ۱۲.....	۳۵۵
فصل ۳۷ - مدیریت صدمات مجاری ادراری حین جراحی.....	۳۵۹
سؤالات و پاسخنامه فصل ۳۷.....	۳۸۹
فصل ۴۴- جراحی در خونریزی مامایی.....	۳۹۵

ظهور غربالگری سرطان سرویکس منجر به شناسایی و درمان بعدی ضایعات پیش تهاجمی سرویکس شده است. این به نوبه خود منجر به کاهش سرطان سرویکس در سراسر جهان شده است. گایدلاین‌های غربالگری همچنان در حال تکامل است، اما اهمیت غربالگری همچنان باقی است زیرا دیسپلازی مداوم یا عفونت ویروس پاپیلومای انسانی (HPV) با ایجاد سرطان سرویکس همراه است. درمان دیسپلازی با روش‌های ablative یا برداشتن (excisional) کلیدی برای پیشگیری از سرطان سرویکس است.

انتخاب روش جراحی باید بر اساس فاکتورهای ضایعه (مانند محل، سایز و شک به بدخیمی زمینه‌ای) و همچنین فاکتورهای مربوط به بیمار (مانند سن، پاریتی و تمایل به باروری) و هزینه انجام می‌شود. در نهایت، مانند هر روش ترجیح پزشکی، امکانات و مهارت در نظر گرفته شود.

روش‌های Ablative

تکنیک‌های ابلیشن (ablative) برای درمان دیسپلازی سرویکس شامل کرایوتراپی، ابلیشن با لیزر و ابلیشن حرارتی می‌باشد. این تکنیک‌ها دیسپلازی را با تخریب بافت درمان می‌کنند. مزایای بالقوه یک رویکرد ablative شامل آسان بودن تکنیک، خطر پایین‌تر جراحی، هزینه کمتر و بهبودی سریع‌تر می‌باشد. ابلیشن حرارتی همچنین یک روش مناسب در مناطق با تجهیزات کم با توجه به هزینه کم – زمان کوتاه درمان و عدم نیاز به گاز منجمد است. با این حال در صورتیکه سایر روشها در دسترس است باید از ابلیشن حرارتی در بیماران مبتلا به دیسپلازی در کورتاژ اندوسرویکال قبل از عمل (که نشان‌دهنده ضایعه‌ای است که فراتر از ناحیه درمان شده گسترش می‌یابد) و همچنین در بیمارانی که کولپوسکوپی آن‌ها کافی نمی‌باشد از این روش‌ها ابلیشن حرارتی باید جلوگیری شود. روش‌های ablative همچنین در بیمارانی که کولپوسکوپی بیوپسی و سیتولوژی ناسازگار دارند که مطرح کننده نمونه‌برداری ناکافی در نمونه بیوپسی ضایعه می‌باشد و در بیماران با کنسر سرویکس مشکوک نباید انجام شود.



کرایوتراپی

کرایوتراپی برای درمان دیسپلازی از دهه ۱۹۶۰ استفاده شده است. با توجه به محدودیت‌های بالقوه تکنیک‌های ablative، این روش تا حد زیادی با روش‌های excisional مطبی در ایالات متحد جایگزین شده است.

کرایوتراپی از اکسید نیترو یا کربن دی اکسید به عنوان سرد کننده برای پایین آوردن دمای بافت زیر 50°C - استفاده می‌کند. اکسید نیتروژن به عنوان سرد کننده ترجیحی در نظر گرفته می‌شود چرا که نسبت به دی اکسید کربن به دمای سردتری می‌رسد (89°C - در مقابل 78°C -) که منجر به نکروز بافتی عمیق‌تری می‌شود. کاهش دمای بافتی به 50°C - منجر به کریستال شدن آب درون سلولی و خارج سلولی می‌شود و باعث نکروز بافتی می‌شود. عمق هدف نکروز بافتی $3/5$ میلی‌متر است که منجر به درمان 95% ضایعات داخل اپی تلیالی می‌شود. داده‌هایی وجود دارد که نشان می‌دهد کرایوتراپی در بیماران مبتلا به HIV کمتر مؤثر است و موفقیت آن در زنان \oplus HIV به میزان کم 37% در مقایسه با اثربخشی $93-77\%$ در بیماران HIV منفی می‌باشد.

این روش با قرار دادن لوگل یا استیک اسید برای شناسایی ناحیه تبدیلی (transformation) شروع می‌شود. سائز پروب کرایو انتخاب می‌شود و سپس برای پوشاندن کل ناحیه transformation اعمال می‌شود. مبرد (سرد کننده) به طور مستقیم روی اکتوسرویکس و ناحیه transformation با استفاده از یک ژل روان کننده (lubricant) برای افزایش انتقال انرژی قرار داده می‌شود. حالت پایدار بین پروب و سرویکس بین 3 تا 5 دقیقه حاصل می‌شود.

در طول عمل، یخ قابل مشاهده تقریباً در 5 mm از پروب دیده می‌شود. سپس ناحیه بافت درمان شده به تدریج پسرفت می‌کند و بهبود می‌یابد. برخی ترجیح می‌دهند که یک فریز دوم را انجام دهند، با این حال سودمندی فریز دوم نامشخص است و ارزیابی پاتولوژیک سرویکس پس از یک و دو عمل فریز نشان داد که یک نوبت فریز روی لیپ قدامی ارجحیتی ندارد. فریز دوم را می‌توان در ضایعات خلفی در نظر گرفت زیرا عمق آسیب بافتی ممکن است با فریز دوم روی لیپ خلفی سرویکس افزایش یابد.

کنسرهای ولو و واژن نادرترین کنسرهای ژنیکولوژیک هستند. کنسرهای ولو بعد از منویوز شایع ترند و سن متوسط تشخیص کنسر ولو ۶۸ سالگی است و معمولاً در مراحل اولیه تشخیص داده می‌شود و شایع‌ترین نوع هیستولوژیک آن SCC است. همانند کنسرهای سرویکس عفونت HPV نقش مهمی در پیشرفت کنسر ولو ایفا می‌کند. HPV16 شایع‌ترین ساب تایپ و پس از آن HPV33, 18 شایع می‌باشند. در کنسرهای مهاجم ولو ۲ مسیر ایجاد از ضایعات پیش‌ساز وجود دارد: (۱) ضایعات نئوپلازی ولو درجه بالا (high grade VIN) که همچنین HsiL ولو نامیده می‌شود. این مسیر با عفونت HPV مرتبط است. (۲) مسیر بعدی ضایعات اینترا اپیتلیال نئوپلازی مشتق از ولو است (dvin) که با درماتوزهای ولو مرتبط است (مثل لیکن اسکلروزیس). همچنین vin یک پیش‌ساز مستقیم و مهم برای SCC ولو است و ریسک ایجاد کنسر ولو متعاقب آن ۱۵-۲ درصد است.

ضایعات LsiL ولو یا vin-1 به طور کلی خوش‌خیم است و پیش‌ساز کنسر ولو نیست. (جدول ۱-۲۶). سرطان واژن اولیه یک سرطان نادر ژنیکولوژیک است که تنها ۳٪ از سرطان‌های زنان را در ایالات متحده تشکیل می‌دهد. اکثر سرطان‌های واژن متاستاز از سایر ارگان‌های ژنیکولوژیک مانند اندومتر و سرویکس می‌باشد.

برای سرطان‌های اولیه واژن، بافت‌شناسی سلول سنگفرشی شایع‌ترین نوع می‌باشد. این نیز، یک بیماری بعد از یائسگی است و در حدود ۶۰ سالگی رخ می‌دهد. علامت معروف این بیماری معمولاً خونریزی است. قرار گرفتن در معرض DES در داخل رحم با ایجاد آدنوکارسینوم سلول روشن واژن مرتبط است اما پس از توصیه FDA مبنی بر قطع مصرف آن در بارداری به طور افزایشده‌ای ناشایع شده است.

نئوپلازی داخل اپیتلیالی واژن درجه بالا II و III (VAIN) پیش‌ساز مستقیم کارسینوم سلول سنگفرشی اولیه واژن است و HPV 16 شایع‌ترین نوع عفونت HPV (مترجم: مرتبط با این کانسر) است. آناتومی دستگاه تناسلی خارجی در شکل ۱-۲۶ نشان داده شده است. مرحله‌بندی سرطان واژن FIGO2009 و وولو طبق FIGO2021 در جدول ۲-۲۶ و ۳-۲۶ نشان داده شده است.



TABLE 26.1 Histologic Subtypes of Primary Vulvar Cancers

HISTOLOGY	PERCENTAGE
Squamous cell carcinoma	81%
Basal cell carcinoma	8%
Melanoma	6%
Other histologies	5%

Adapted from Schuurman MS , van den Eiden LC , Massuger LF , et al. Trends in incidence and survival of Dutch women with vulvar squamous cell cancer . *Eur J Cancer* . 2013 ; 49 : 3872 - 3880 .

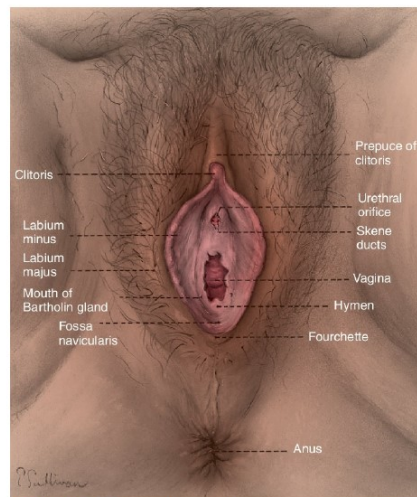


FIGURE 26.1 External genitalia anatomy.

TABLE 26.2 2009 FIGO Staging for Vaginal Carcinoma

سرطان اندومتر شایع‌ترین سرطان ژنیکولوژیک در ایالات متحده است. انجمن سرطان آمریکا تخمین می‌زند که ۶۵۹۵۰ مورد با ۱۲۵۵۰ مرگ در سال ۲۰۲۲ وجود داشت. اکثر بیماران مبتلا به سرطان اندومتر پیش‌آگهی خوبی دارند و اغلب تنها با جراحی درمان می‌شوند.

بیمارانی با هیستولوژی درجه بالا یا بیماران در مراحل پیشرفته حتی با درمان کموتراپی یا رادیوتراپی بعد از جراحی خطر مورتالیتی بالایی خواهند داشت. پیشرفت‌های اخیر در مرحله‌بندی جراحی، مانند نقشه‌برداری غدد لنفاوی نگهبان (SLN) که باعث مرحله‌بندی کامل علی‌رغم کاهش مضرات آن می‌شوند.

سرطان اندومتر را می‌توان بر اساس بافت‌شناسی به دو گروه با نتایج متمایز بقا تقسیم کرد. تومورهای نوع I اکثریت (۷۰٪) سرطان‌های اندومتر را تشکیل می‌دهند و پیش‌آگهی عالی دارند، به خصوص زمانی که در هنگام تشخیص محدود به رحم باشند. این تومورها، هیستولوژی اندومتریوئید با درجه پایین دارند و معمولاً در مراحل اولیه تشخیص داده می‌شوند. در بسیاری از موارد، این تومورها با مواجهه با استروژن بلامنزاع اغلب با چاقی همراه هستند.

تومورهای نوع II ۳۰ درصد باقیمانده از سرطان‌های اندومتر را تشکیل می‌دهند و در مقایسه با تومورهای نوع I پیش‌آگهی پایین‌تری دارند. تومورهای نوع دوم شامل هیستولوژی‌های سرروز، سلول شفاف (clear cell)، کارسینوسارکوم و اندومتریوئید درجه بالا هستند (grade3) و اغلب با بیماری پیشرفته در هنگام تشخیص تظاهر می‌کنند. برای اکثر تومورهای نوع II، عوامل خطری برای ایجاد تومور شناسایی نشده است.

تومورهای نوع I و II از طریق مسیرهای مولکولی مختلفی ایجاد می‌شوند؛ تومورهای نوع I به احتمال زیاد ناپایداری (MSI) microsatellite و همچنین عملکرد ناهنجار ژن‌های KRAS، PIK3CA، PTEN، ARID1A و CTNNB1 را نشان می‌دهند.

تومورهای سرروزی نوع II به احتمال زیاد جهش‌های غیرفعال کننده P53 و تقویت کننده HER2 را نشان می‌دهند.



پروژه اطلس ژنوم انسان (TCGA) که اخیراً تکمیل شده است، زیرگروه‌های جدیدی از سرطان‌های اندومتر را بر اساس معیارهای ژنومی به جای هیستولوژی و درجه بندی شناسایی کرده است. این زیرگروه‌ها ممکن است درمان را در آینده پیش‌بینی کنند.

زیرگروه‌های پیش‌آگهی پیشنهادی شامل POLE-ultramutated، MSI-hypermutated، Copy-number (CN)-low و CN-high می‌باشد.

تومورهای POLE-mutated مخصوصاً فریبنده هستند، زیرا این تومورها اغلب هیستولوژی نوع II دارند اما نتایج (outcome) بهتری از آنچه که بر اساس هیستولوژی به تنهایی انتظار می‌رود، دارند. (تصویر ۱-۲۷)

روش طبقه‌بندی مبتکرانه کنسر آندومتر (pro Mis E) یک سیستم تصمیم‌گیری براساس یافته‌های TCGA برای تعیین پروگنوز و درمان کنسر آندومتر است.

از نظر مرحله‌بندی، سرطان آندومتر به طور ایده آل با جراحی درمان می‌شود. بیماران که به دلیل وجود سایر بیماریها به جای جراحی تحت پرتودرمانی یا هورمون درمانی قرار می‌گیرند، کنترل طولانی مدت ضعیفی بر بیماری دارند و ممکن است از خونریزی علامتی مداوم رنج ببرند. بایستی هیستریکتومی انجام شود مگر اینکه کنتراندیکاسیون قابل توجهی وجود داشته باشد. جراحی کم‌تهاجمی به عنوان یک روش جراحی ترجیحی برای اکثر بیماران قابل کاربرد است. درمان کمکی برای بیماران مبتلا به بیماری متاستاتیک بتدریج از پرتودرمانی به شیمی درمانی سیستمیک تبدیل شده است. پرتودرمانی همچنان یک درمان کمکی مهم برای کاهش خطر عود موضعی / لگنی در بیماران پرخطر است. بطور کلی تغییرات در الگوی درمان منجر به بهبود کیفیت زندگی برای بسیاری از بیماران را افزایش طول عمر بیماران شده است.

در سال ۲۰۲۱ حدود ۱۴۰۰۰ زن مبتلا به سرطان مهاجم دهانه رحم تشخیص داده می‌شوند و ۴۰۰۰ نفر بر اثر این بیماری جان خود را از دست خواهند داد. در سرتاسر جهان، بار این بیماری همچنان زیاد است و تخمین زده می‌شود سالانه ۵۷۰۰۰۰ مورد جدید و ۳۰۰۰۰۰ مرگ و میر در سال وجود داشته باشد. این امر باعث می‌شود که سرطان دهانه رحم نه تنها شایع‌ترین بدخیمی زنانه باشد، بلکه سومین بدخیمی رایج در زنان (بعد از سرطان سینه و کولورکتال) تشخیص داده شده است. در کشورهای توسعه یافته، با میزان واکسیناسیون بالای HPV خطر مادام‌العمر تقریباً ۱٪ است. با این حال، ۸۰٪ موارد در سراسر جهان در کشورهای در حال توسعه رخ می‌دهد، جایی که سرطان دهانه رحم ۱۵٪ از بدخیمی‌های زنان را تشکیل می‌دهد. بالاترین میزان بروز در آمریکای لاتین، کارائیب، جنوب صحرای آفریقا و آسیای جنوبی و جنوب شرقی مشاهده شده است. این نابرابری جغرافیایی به عدم وجود برنامه‌های غربالگری و درمانی موثر نسبت داده می‌شود، زیرا مطالعات اپیدمیولوژیک و بیولوژیکی تفاوت قابل توجهی را در بیولوژی تومور در این مناطق نشان نداده‌اند. در سال ۱۹۳۷، سازمان بهداشت جامعه ملل یک سیستم طبقه‌بندی بالینی را برای سرطان دهانه رحم به تصویب رساند و آن را به اولین سرطان طبقه‌بندی شده تبدیل کرد. توصیه‌هایی برای طبقه‌بندی بالینی توسط مجمع عمومی فدراسیون بین‌المللی زنان و زایمان (FIGO) در سال ۱۹۶۱ به تصویب رسید و توضیحات مراحل بالینی اخیراً توسط FIGO در سال ۲۰۱۸ به روز شده است (شکل ۱-۲۸ و جدول ۱-۲۸).

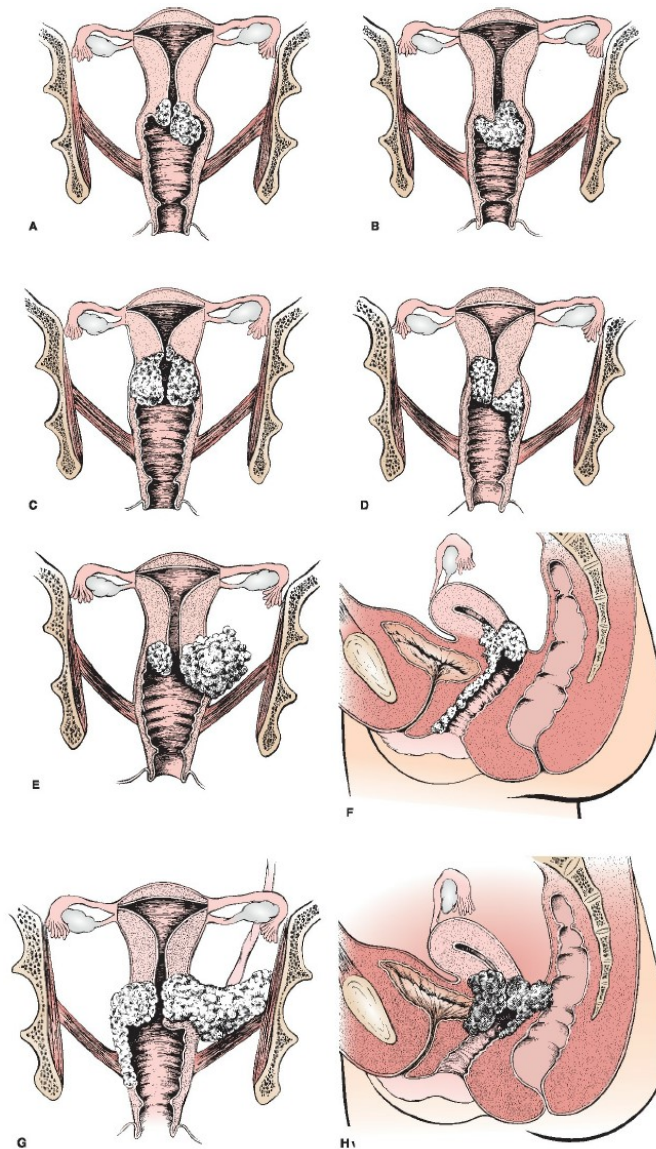


FIGURE 28.1 FIGO classification of carcinoma of the cervix. **A.** Stage IB: carcinoma confined to the cervix, exophytic. **B.** Stage IB: carcinoma is confined to the cervix, “cauliflower” lesion. **C.** Bulky stage IIA lesion with involvement of the vaginal fornix. **D.** Stage IIA: carcinoma extends into the upper vagina or fornix. **E.** Stage IIB: carcinoma extends into the parametrium but does not extend to the pelvic wall. **F.** Stage IIIA: carcinoma involves the anterior vaginal wall, extending to the lower third. **G.** Stage IIIB: the parametrium is infiltrated, and the carcinoma extends to the pelvic wall. **H.** Stage IVA: the bladder base or rectum is involved.

سرطان تخمدان عامل اصلی مرگ و میر ناشی از بدخیمی های زنان در ایالات متحده است. در سال ۲۰۲۱، انجمن سرطان آمریکا تخمین می‌زند که تقریباً ۲۱۴۱۰ مورد جدید سرطان تخمدان در ایالات متحده شناسایی خواهد شد و نزدیک به ۱۳۷۷۰ زن در اثر این بیماری جان خود را از دست خواهند داد. تقریباً ۹۰ درصد تومورهای بدخیم تخمدان منشأ اپیتلیالی دارند و تمرکز این فصل بر این موضوع خواهد بود. تومورهای باقی مانده شامل تومورهای بند ناف جنسی (تقریباً ۰.۶٪)، تومورهای ژرم سل (۳٪) و تومورهای متاستاتیک یا متفرقه هستند. جدول ۱-۲۹ طبقه بندی سرطان های بدخیم تخمدان را فهرست می‌کند. میانگین سنی سرطان تخمدان ۶۳ سال است. در جمعیت در معرض خطر عمومی، سرطان تخمدان اپیتلیال به ندرت قبل از ۴۰ سالگی تشخیص داده می‌شود و خطر ابتلا به سرطان تخمدان در طول زندگی در زنان آمریکایی بدون سابقه خانوادگی این بیماری ۱ در ۷۰ (۰.۱۴٪) است. از آنجایی که سرطان اولیه تخمدان علائم خاص کمی ایجاد می‌کند، بیشتر زنان با بیماری در مراحل پیشرفته که هزینه درمان آن بالا و پیش آگهی آن ضعیف است، مراجعه می‌کنند.

مدیریت جراحی سرطان تخمدان ترکیبی از قضاوت خوب و تکنیک های جراحی صحیح است. این فصل به رویکردها و روش های جراحی برای سرطان تخمدان اختصاص داده خواهد شد. اطلاعات پس زمینه، اساس تصمیم گیری بالینی در مورد انتخاب بیمار، انتخاب روش و توصیه های درمانی پس از عمل را در اختیار جراح قرار می‌دهد.

**TABLE 29.1** World Health Organization Histological Classification of Malignant Ovarian Tumors

Surface Epithelial Tumors (Invasive or Borderline) Serous Mucinous Endometrioid Clear cell Transitional cell (Brenner or non-Brenner type)
Epithelial-Stromal Tumors Adenosarcoma Carcinosarcoma
Sex Cord-Stromal Tumors Granulosa cell Sertoli cell Leydig cell Sex cord tumor with annular tubules Gynandroblastoma Steroid (lipid) cell tumors
Germ-Cell Tumors Teratoma (mature and immature) Monodermal variants (eg, struma ovarii, carcinoid) Dysgerminoma Endodermal sinus (yolk sac tumor) Mixed germ-cell tumors
Metastatic Colonic (colorectal/appendiceal) Breast Gastric

سرطان تخمدان

عوامل خطر برای ابتلا به سرطان

چندین نظریه در مورد پاتوژنز سرطان تخمدان وجود دارد (جدول ۲-۲۹). رایج ترین تئوری پذیرفته شده، تخمک گذاری بی وقفه است، که در آن اپیتلیوم سطحی به طور معمول پاره می شود و سپس تحت تکثیر و ترمیم سریع قرار می گیرد و تخمدان را در معرض خطر تبدیل نئوپلاستیک قرار می دهد که ممکن است تحت تأثیر عوامل انکوژنیک رخ دهد. عوامل خطر برای ابتلا به سرطان تخمدان عبارتند از نولی پاریتی، قاعدگی زودرس و یائسگی دیررس. نظریه دوم این است که قاعدگی رتروگراد منجر به انتقال رتروگراد مواد سرطان زا از رحم و دستگاه تناسلی تحتانی به لوله فالوپ و روی تخمدان می شود. این شامل انتقال سلول ها از آندومتریوز است که با زیرگروه های خاص سرطان تخمدان اپیتلیال، به ویژه Clearcell و اندومتروئید و بافت شناسی روز low-grade، اندومتروئید و نوع بافت شناسی سروزی درجه پایین مرتبط است. این نظریه بیشتر با مشاهده اینکه بستن لوله و هیستریکتومی با کاهش خطر

پرولاپس ارگان‌های لگنی نزول ساختارهای لگن شامل سرویکس، رحم و دیواره‌های واژن را شامل می‌شود. علائم بیمار همیشه با شدت آناتومیک بیماری همراهی ندارد. مهم‌ترین علامت قابل اعتماد برای تشخیص پرولاپس وجود برجستگی و بیرون زدگی واژن است که اغلب در صورتی که پرولاپس ۰/۵ سانتی‌متر یا بیشتر از محدوده هایمن گذشته باشد، دیده می‌شود. پرولاپس ارگان‌های لگنی با بیرون زدگی واژن، اختلالات ادراری و اختلال دفع مدفوع اثر قابل توجهی بر کیفیت زندگی فرد دارند.

دلانسی نقص‌هایی را در ۳ سطح از حمایت‌های واژن تعریف کرد:

- (۱) حمایت رأسی سطح I: از کمپلکس لیگامانی کاردینال - یوتروساکرال
- (۲) حمایت میانه واژن سطح II: از قدام و خلف دیواره واژینال از طریق اتصالات فیبری عضلانی دیواره واژن لترال به فاشیای لگنی آرکوس تندینوس متصل شده است.
- (۳) حمایت خروجی واژن سطح III: از غشای پرینه‌آل و جسم پرینه با اتصالات مرتبط با عضلات و بافت همبند.

عضلات لواتور آنی با محدود کردن هیاتوس ژنیتال و ایجاد محور افقی با انحنا خلفی واژن، هر سه سطح را حمایت می‌کنند. یک تئوری این است که عدم وجود تون کافی و حمایت کافی عضلات لواتور همراه با هیاتوس ژنیتال متسع باعث افزایش استرس روی ساختارهای حمایتی سطح I و II می‌شوند و در نهایت پرولاپس ارگان‌های لگنی و نزول رأسی را بدتر می‌کنند.

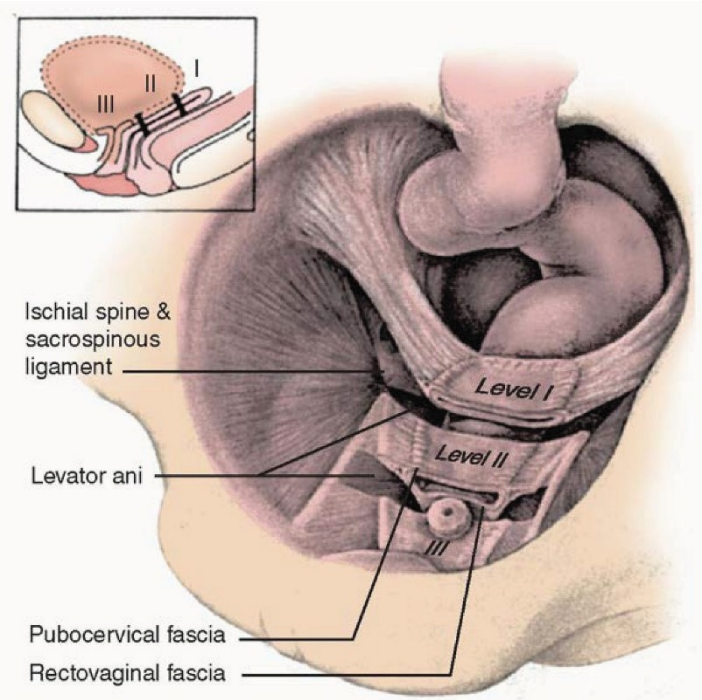


FIGURE 30.1 Levels of support. DeLancey's biomechanical levels: level I, proximal suspension; level II, lateral attachment; and level III, distal fusion. (Reprinted from DeLancey JO. Anatomic aspects of vaginal eversion after hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol.* 1992; 166 (6 Pt 1): 1717 - 1724. Copyright © 1992 Elsevier. With permission.)

به جز سن، مهم‌ترین عامل خطر پرولاپس، زایمان واژینال است. زانی که حداقل یک زایمان واژینال داشته، سن بالاتر از ۴۰ سال و هیاتوس ژنیتال حداقل ۲ سانتی‌متر در مقایسه با سزارین، با بدتر شدن حمایت لگنی ارتباط دارد. نقص‌های عضلات لواتور آنی در MRI، سابقه خانوادگی (مرتبط با ژنتیک یا مورفولوژی لگن)، چاقی و هیستریکتومی قبلی از عوامل خطر برای پیشرفت پرولاپس می‌باشند. شواهد خفیف‌تری برای شرایطی با افزایش مزمن فشار داخل شکمی مانند سرفه مزمن، زور زدن با حرکات روده، کار یا ورزش و با بلند کردن مکرر اجسام سنگین وجود دارد.

هیاتوس ژنیتال وسیع، نقایص لواتور آنی، چاقی و سایر وضعیت‌های افزایش مزمن فشار داخل شکمی عامل عود مجدد پرولاپس پس از ترمیم می‌باشند. مهم‌ترین عامل خطر عود پرولاپس سابقه‌ی جراحی ناموفق قبلی پرولاپس و پرولاپس بسیار شدید می‌باشد.

فصل ۳۱

Section 31

ساکروکولپوپکسی

از دست دادن حمایت اپیکال

ارزیابی و تشخیص پرولاپس اپیکال لگن (POP)، می تواند به علت وجود نقص همزمان ساختمانهای پشتیبان قدامی و خلفی واژن، چالش برانگیز باشد. برای بیماران مبتلا به پرولاپس، ضروری است که نقایص حمایتی اپیکال برطرف و با جراحی اصلاح شوند تا خطر بازگشت پرولاپس و عمل مجدد کاهش یابد. در حالی که پروسیجرهای واژینال ترمیم بافت خود فرد گزینه‌های معقولی هستند، آنها با احتمال بالاتر POP عودکننده مرتبط هستند.

برعکس، ساکروکولپوپکسی با مش با خطر کمتر آگاهی از افتادگی، افتادگی مکرر در معاینه، تکرار جراحی برای پرولاپس، بی اختیاری استرسی پس از عمل و دیسپارونی در مقایسه با ترمیم بافت native و پروسیجرهای تقویت شده با مش دارد. این فصل ارزیابی قبل از عمل، اندیکاسیونها و تکنیک‌های جراحی ساکروکولپوپکسی را با تمرکز بر گزینه‌های لاپاراسکوپیک کم تهاجمی و رباتیک، آناتومی مربوطه، نتایج بالینی و عوارض مرتبط بررسی می‌کند.

استفاده از مش برای انجام ساکروکولپوپکسی شکمی (ASC) در ابتدا در سال ۱۹۶۲ توصیف شد، با استفاده از یک پل معلق (suspensory bridge) از گرافتهای صناعی یا بیولوژیکی برای متصل کردن مجدد واژن یا سرویکس به رباط طولی قدامی که در خط وسط در امتداد سطح قدامی ساکروم قرار دارد. ساکروکولپوپکسی با مش دارای پیشینه قوی از نظر دوام است و اغلب به عنوان استاندارد طلایی برای جراحی POP شناخته می‌شود. مفهوم تقویت ترمیم POP با مش صناعی، در جراحی‌های زنان رایج است. مشابه استفاده از گرافت در ترمیم هرنی، که با کاهش ۵۰ درصدی هرنی مکرر همراه است، استفاده از مش خطر POP مکرر را کاهش می‌دهد اما با خطر اکسپوز شدن (exposure) مش یا اروسین (erosion) مش یا عمل مجدد همراه است.

در حالی که ساکروهیستروپکسی یک گزینه است، اکثر ترمیم‌های جراحی برای پرولاپس یوتروواژینال در حال حاضر شامل هیستروکتومی کامل یا سوپراسرویکال علاوه بر تامین حمایت اپیکال است. از نظر تاریخی،



ساکروکولپوپکسی به عنوان درمان POP پس از هیستریکتومی در نظر گرفته می‌شود. تا اواسط قرن بیستم هیچ تکنیک موثری برای درمان پرولاپس آپیکال وجود نداشت و چون اکثر متخصصان زنان در این زمینه آموزش ندیده بودند، به هیستریکتومی متوصل می‌شدند (که به تنهایی هیچ کمکی به بهبود حمایت آپیکال نمی‌کند). در آغاز دهه ۱۹۹۰، جراحان استفاده از ساکروکولپوپکسی را به عنوان درمان اولیه برای بیماران مبتلا به پرولاپس یوتروواژینال در مراحل پیشرفته، به جای محدود کردن استفاده از آن به درمان پرولاپس مکرر واژن، شروع کردند. این تغییر پارادایم در فلسفه درمان، به موازات گسترش رویکردهای لاپاراسکوپی کم‌تهاجمی، با و بدون کمک رباتیک در جراحی زنان است. مجموع این عوامل باعث شده است که ساکروکولپوپکسی، یک گزینه بسیار موثر و با حداقل تهاجم، به بیمارانی ارائه شود که قبلاً مجبور بودند بهبودی طولانی‌تر و عوارض بالاتر مرتبط با ساکروکولپوپکسی باز را بپذیرند. بسیاری از مراکز تخصصی امروزه این کار را به عنوان یک پروسیجر سرپایی انجام می‌دهند و در همان روز بیمار مرخص می‌شود که نشان می‌دهد این روش ایمن است و به خوبی تحمل می‌شود.

ملاحظات قبل از عمل

هدف از هر جراحی برای POP باید کاهش علائم POP (از جمله اختلال عملکرد مثانه، جنسی و روده) و حمایت مجدد از بافت و ارگان پرولاپس یافته باشد. این به بهترین وجه با برقراری مجدد روابط آناتومیک طبیعی و جهت‌گیری طبیعی اندام‌های لگن، به ویژه مثانه، واژن، سرویکس (در صورت وجود) و رکتوم به دست می‌آید. اگر پرولاپس دیواره‌های قدامی و خلفی واژن و ژنیتال هیاتوس طولیل وجود دارد، نیز باید اصلاح شود. باید مراقب بود تا از تصحیح بیش از حد یا کم جلوگیری شود که می‌تواند منجر به علائم پایدار POP یا مشکلات جدید مانند عملکرد غیرطبیعی مثانه یا مشکلات جنسی شود. اهداف جراحی با در نظر گرفتن هر دو علائم مربوط به آناتومی غیرطبیعی و نقص‌های حمایت آناتومیک موجود تعیین می‌شوند.

وجود همزمان بی‌اختیاری ادراری

برخی از بیماران مبتلا به پرولاپس آپیکال علائم بی‌اختیاری استرسی ادرار را نیز دارند. درمان جراحی برای بی‌اختیاری استرسی ممکن است همزمان با ساکروکولپوپکسی انجام شود. علاوه بر این، برخی از بیماران مبتلا به پرولاپس شدید، بی‌اختیاری استرسی را گزارش نمی‌کنند، اما ممکن است در معرض خطر ابتلا به بی‌اختیاری استرسی

معرفی

پیش‌بینی می‌شود بین سال‌های ۲۰۱۲ و ۲۰۵۰ جمعیت بزرگسالان بالای ۶۵ سال دو برابر شود و به ۸۳/۷ میلیون نفر برسد که زنان ۶۳٪ آن را تشکیل می‌دهند. انتظار می‌رود که مسن‌ترین گروه سنی (بیشتر از ۸۵ سال) از سال ۲۰۱۲، سه برابر شود و تا سال ۲۰۵۰ به بیش از ۱۸ میلیون نفر برسد. بنابراین، انتظار می‌رود تعداد زنان بالای ۶۵ سال که تحت عمل جراحی الکتیو قرار می‌گیرند، افزایش یابد. در واقع در حال حاضر بیماران بالای ۶۵ سال، بیش از نیمی از میانگین اعمال جراحی عمومی را تشکیل می‌دهند.

به طور مشابه، شیوع بیماری‌های مزمن مرتبط با سن از جمله اختلالات کف لگن افزایش خواهد یافت. بر اساس آخرین داده‌های جمعیت فعلی، تخمین زده می‌شود که تقریباً ۵۰٪ از زنان ۸۰ ساله حداقل یک مورد از اختلالات کف لگن را تجربه کرده‌اند. با استفاده از پیش‌بینی‌های سرشماری، می‌توانیم تخمین بزنیم که تا سال ۲۰۵۰، تقریباً ۹ میلیون زن در هشتمین دهه زندگی خود ممکن است اختلال کف لگن را تجربه کنند.

بیماران مسن سالم به احتمال زیاد جراحی را تحمل می‌کنند اما در معرض خطر بالاتری برای عوارض حول و حوش عمل به علت تغییرات فیزیولوژیک وابسته به سن از جمله کاهش عملکرد کلیه، ریه و اختلال در کمپلیانس بطنی هستند. در بیماران بالای ۶۵ سال احتمال عوارض حول و حوش عمل از جمله عفونت، نیاز به تزریق خون، حوادث قلبی عروقی و نیاز به جراحی مجدد بیشتر است. در بین زنانی که تحت عمل اوروژنیکولوژیک قرار می‌گیرند، در بیماران بالای ۸۰ سال خطر مرگ ۱۰ برابر بیشتر از زنان جوان‌تر می‌باشد.



برای برخی از زنان، روش‌های انسداد واژینال یک گزینه عالی برای ترمیم جراحی پرولاپس ارگان‌های لگنی است. کولپکتومی / کولپوکلایزیس و کولپوکلایزیس پارشیل لفورت هر دو روش‌های حداقل تهاجمی هستند که کانال واژن را به طور مؤثری از بین می‌برند. هر دو عمل را می‌توان تحت بی‌حسی منطقه‌ای انجام داد که با کاهش در بروز ترومبوز وریدی عمقی و مرگ و میر کلی ۳۰ روز در این جمعیت همراه است. علاوه بر این، جراحی به طور معمول از ورود به حفره پریتوتن جلوگیری می‌کند و معمولاً می‌تواند در زمان کمتری نسبت به بسیاری از روش‌های بازسازی واژن تکمیل شود، در نتیجه زمان حضور بیماران در اتاق عمل را محدود می‌کند و خطر حوادث قلبی عروقی و ترومبوآمبولی وریدی، اختلالات الکترولیتی و نوروپاتی‌ها را کاهش می‌دهد.

ملاحظات خاص در روش‌های Obliterative

جراحی پرولاپس ارگان‌های لگنی باید اهداف خاص و عینی بیماران را برای درمان در نظر بگیرد. کسانی که برای جراحی obliterative مناسب هستند، باید واجد شرایط جراحی باشند و باید عوارض عمل را درک کنند. با توجه به از بین رفتن کانال واژن، افرادی که کاندید کولپوکلایزیس هستند باید از نظر پاتولوژی واژن، سرویکس و اندومتر کم خطر باشند و توده آدنکس شناخته شده‌ای که نیاز به نظارت سونوگرافیک از طریق واژن دارند، نداشته باشند. بعد از عمل، مقاربت واژینال دیگر امکان‌پذیر نیست و بیمار باید مطمئن باشد که دیگر علاقه‌ای به این فعالیت ندارد. این به آن معنی نمی‌باشد که بیماران نمی‌توانند تعاملات جنسی داشته باشند همان‌طور که بسیاری از زنان مسن زندگی جنسی را گزارش می‌کنند که نیازی به دخول واژینال ندارد یا شامل آن نمی‌شود.

طبق یک مطالعه بزرگ ملی، تقریباً ۲۵٪ از زنان فعال از نظر جنسی بین ۷۵ تا ۸۵ سال معمولاً مقاربت واژینال ندارند. هر چند علاوه بر تغییر عملکرد واژن بعد از جراحی، بیماران باید در مورد تغییر آناتومی و تأثیر آن روی احساس جنسی تحت مشاوره قرار بگیرند.

اکثر زنانی که تحت کولپوکلایزیس قرار می‌گیرند، پرولاپس ارگان‌های لگنی در مراحل پیشرفته معمولاً مرحله ۴ بر اساس معیارهای POP-Q دارند. این روش در میان زنان با درجات متقارن بیرون آمدگی در دیواره قدامی و خلفی دارند، آسان‌ترین است که امکان ترمیم ایده‌آل را به شما می‌دهد. در حالی که می‌توان جراحی انسداد واژن را در زنانی که شدت کمتر پرولاپس یا پرولاپس نامتقارن دارند انجام داد، در این شرایط جراحی چالش‌برانگیزتر است و ممکن است به نتایج مطلوب منجر نشود.

عفونت‌های بعد از

عمل جراحی

ژنیکولوژی

فصل ۱۲

Section 12

عفونت محل جراحی (SSI) شایع‌ترین عارضه جراحی در ایالت متحده است. SSI ها ۲۹٪ از پذیرش مجدد بعد از هیستریکتومی را تشکیل می‌دهند که با افزایش هزینه ۵۰۸۶ دلار برای هر مورد همراه است. تصور می‌شود که تا ۶۰٪ از SSI ها قابل پیشگیری هستند. بیمارانی که SSI را تجربه می‌کنند ۶۰٪ بیشتر احتمال دارد که در بخش مراقبت‌های ویژه بستری شوند و در مقایسه با بیماران بدون SSI تا ۱۱ برابر بیشتر در معرض خطر مرگ قرار دارند. بنابراین، بررسی روش‌های پیشگیری از SSI به کاهش عوارض و خطر مرگ و میر بیماران تحت جراحی زنان کمک می‌کند.

طبق دستورالعمل‌های مرکز کنترل بیماری (CDC) برای طبقه‌بندی زخم‌های جراحی، اکثر جراحی‌های خوش‌خیم زنان تحت طبقه‌بندی جراحی «تمیز» یا «آلوده به تمیز» قرار می‌گیرند.

در ژنیکولوژی زخمی "تمیز" طبقه بندی میشود که زخم های جراحی غیر عفونی باشد که در آنها هیچ التهابی وجود ندارد و در آن وارد واژن نشده باشیم. در مقابل، زخمی آلوده تمیز یا «clean_contaminated» طبقه بندی می شوند که ممکن است وارد واژن شده باشیم اما بدون برهم خوردن عمده در تکنیک استریل، یا ورود به دستگاه گوارش (GI) یا شواهدی از عفونت، اتفاق نیفتاده باشد.

سازمان‌های مختلف سیستم‌هایی را برای تعریف، طبقه بندی و گزارش SSI پیشنهاد کرده اند. ایمنی مراقبت‌های بهداشتی ملی شبکه (NHSN) یک سیستم نظارت داوطلبانه مبتنی بر اینترنت است که توسط CDC برای ردیابی عفونت‌های اکتسابی در بیمارستان (HAIs) توسعه یافته است. تعاریف مورد استفاده CDC در جدول ۱-۳۳ فهرست شده است. پروژه بهبود مراقبت‌های جراحی کمیسیون مشترک (SCIP) در سال ۲۰۰۶ به منظور کاهش نرخ SSI راه اندازی شد. با این حال، با وجود این برنامه، نرخ SSI کاهش چشمگیری نداشته است. با توجه به این موضوع در حال انجام، شورای ایمنی بیمار در مراقبت‌های بهداشتی زنان (که توسط ACOG تشکیل شد) یک گروه کاری متشکل از کارشناسان



موضوعی را تشکیل داد تا یک بسته اجماع از دستورالعمل‌های بهترین عملکرد برای رسیدگی به پیشگیری از SSI در سطح سازمانی ایجاد کند. اجرای آن به سمت یک تلاش چند رشته‌ای برای خدمات درگیر در جراحی زنان از جمله متخصص زنان، بیهوشی و تیم‌های پرستاری است. توصیه‌های ارائه شده توسط پانل در سراسر این فصل بررسی خواهد شد.

بررسی سیستماتیک موارد SSI در هر دو سطح دپارتمان و سازمانی یک جزء مهم کیفیت است. بهبود علاوه بر ارزیابی نتیجه پس از عمل، هر مرکز باید بررسی قبل از عمل جراحی بیماران پرخطر را در نظر بگیرد و سیستمی برای ردیابی، گزارش و تجزیه و تحلیل SSI برای تسهیل نتایج و پردازش معیارها ایجاد کند. بررسی قبل از عمل بیماران پرخطر ممکن است به کاهش نارسایی‌های ارتباطی کمک کند، که اغلب علل اصلی رویدادهای SSI نگهبان هستند. داشتن یک سیستم نظارت فعال SSI شناسایی مشکل و اجرای تغییرات را تسهیل می‌کند. معیارهای مختلفی ممکن است به ردیابی نتایج بیمار کمک کند، مانند ردیابی درصد بیمارانی که پروفیلاکسی صحیح آنتی بیوتیک دریافت می‌کنند، زمان بندی، قطع مناسب پس از عمل، و آموزش بیمار در مورد مراقبت از زخم. (جدول ۱-۱۲)

TABLE 12.1 SSI Classification (Defined as Infection Within 30 Days of Operative Procedure)

INFECTION SITE	DESCRIPTION
Superficial/incisional	Involves only skin and subcutaneous tissues, and the patient has at least one of the following: <ul style="list-style-type: none">• Purulent drainage from the superficial incision• Organisms identified from an aseptically collected specimen, performed for the purpose of clinical diagnosis or treatment• Superficial incision that is intentionally opened in the presence of patient symptoms (pain, localized swelling, erythema, or heat)
Deep incisional	Involves deep soft tissues of the incision (fascia, muscles), and the patient has at least one of the following: <ul style="list-style-type: none">• Purulent drainage• Spontaneous wound dehiscence or deliberate wound opening by surgeon where an organism is identified by microbiologic testing for the purpose of clinical diagnosis and treatment in the setting of patient symptoms (fever > 38 °C, localized pain or tenderness)• An abscess or other evidence of infection identified in the deep incision by imaging
Organ space	Involves any part of the body deeper than muscle or fascial layer, and the patient has at least one of the following: <ul style="list-style-type: none">• Purulent drainage from a drain placed into the organ space• Organisms are identified from aseptically obtained fluid or tissue in the organ space by microbiologic testing for the purpose of clinical diagnosis or treatment• An abscess or other evidence of infection involving the organ space detected on gross anatomical, histopathologic examination or by imaging• Meets at least one criterion for a specific organ space infection; in the case of hysterectomy, this may be vaginal cuff cellulitis or abscess

عوامل خطر برای SSI

در میان روش‌های هیستریکتومی، رویکرد شکمی با میزان دوبرابر SSI نسبت به روش‌های کم تهاجمی همراه است. در هیستریکتومی شکمی، عوامل خطر مرتبط با SSI شامل سن بالاتر، دیابت، شاخص توده بدن (BMI)، امتیاز ASA (انجمن بیهوشی آمریکا)، وابستگی به دانشکده پزشکی، بیمارستان

خونریزی مامایی علت اصلی مرگ و میر و عوارض قابل پیشگیری مادران در سراسر جهان است. خونریزی باعث ۸ درصد مرگ و میر مادران در مناطق توسعه یافته و تا ۲۰ درصد در مناطق در حال توسعه می شود. بروز خونریزی پس از زایمان (PPH) در دهه گذشته رو به افزایش بوده است و ۱۱ درصد از مرگ و میر مادران در ایالات متحده با PPH مرتبط است. بسیاری از پیامدهای نامطلوب مرتبط با خونریزی مادر را می توان با اجرای مداخلات به موقع و موثر پیشگیری کرد.

خونریزی‌های تهدید کننده زندگی اغلب در زنان بدون عوامل خطر رخ می دهد، و بنابراین، سطح مداوم هوشیاری و آمادگی در هر واحد(هر جایی که لیبر داریم) لیبر، اجباری است.

در دوران بارداری، جریان خون به رحم افزایش می یابد و در ترم به حدود ۶۰۰ میلی لیتر در دقیقه می رسد. این توضیح دهنده وخامت سریعی است که با از دست دادن خون کنترل نشده از رحم باردار یا پس از زایمان رخ می دهد، که می تواند به سرعت منجر به کم خونی شدید و هیپوکسی، هیپوپرفیوژن اندام‌های حیاتی، اسیدوز، انعقاد، اختلالات شدید الکتروولیت، نارسایی ارگان‌های چند سیستمی و مرگ شود.

خونریزی پس از زایمان (PPH) در حال حاضر به عنوان از دست دادن خون ۱۰۰۰ میلی لیتر یا بیشتر، یا از دست دادن خون همراه با علائم یا علائم هیپوولمی، صرف نظر از نحوه زایمان تعریف می شود. علل PPH به طور کلاسیک به عنوان چهار T خلاصه شده است: تون (آتونی رحم)، تروما (پارگی، پارگی)، بافت (جفت باقی مانده)، و ترومبین (کمبود فاکتور). شایع‌ترین علت خونریزی، آتونی رحم (۷۰٪)، پارگی‌های مامایی (۲۰٪)، باقی ماندن جفت (۱۰٪) و کمبود فاکتور کمتر از ۱٪ است.

بسیاری از پیامدهای نامطلوب مرتبط با خونریزی مادر را می توان با اجرای مداخلات به موقع و موثر پیشگیری کرد



اصول کلی مدیریت خونریزی مامایی

۱_ ارزیابی اولیه و جامع

یک ارزیابی جامع از بیمار مشکوک به خونریزی باید شامل ارزیابی‌های بالینی و آزمایشگاهی سریع و مکرر با توجه به تغییرات ظریف باشد که ممکن است اولین نشانه‌های خونریزی مداوم باشد. ارزیابی‌های جزئی از متغیرهای بالینی جدا شده می‌تواند همراه کننده باشد، به ویژه برای ارائه دهنده بی تجربه، و ممکن است منجر به از دست دادن زمان گرانبها شود. به عنوان مثال، فشار خون ثابت می‌تواند اطمینان کاذب ایجاد کند، زیرا فشار خون ممکن است، تا زمانی که مقدار قابل توجهی خون از دست رود شروع به کاهش نکند. به طور مشابه، مقدار کمی از خونریزی واژینال ممکن است ما را از تشخیص مقدار قابل توجهی از خونریزی که در شکم یا در خلف صفاق در حال رخ دادن است، همراه کند.

۲_ مداخله به موقع

یک جنبه مهم در تصمیم‌گیری برای ارائه مداخله جراحی برای PPH، تصمیم‌گیری به موقع است. به عنوان مثال، هیستریکتومی برای آتونی رحم نباید از نظر فنی دشوار باشد و باید PPH را با یک نتیجه مطلوب برطرف کند. با این حال، اگر تصمیم برای انجام هیستریکتومی برای PPH تا زمانی که بیمار ناپایدار یا کواگولوپاتیک شود به تعویق بیفتد، هیستریکتومی هم خطر بالاتر پیامدهای نامطلوب بالاتر و هم از نظر تکنیکال دشوارتر می‌شود.

۳_ احیای کافی

یک جنبه به همان اندازه مهم در مدیریت جراحی PPH، احیای کافی حین عمل است، به ویژه در موارد دست دادن خون قابل توجه و مداوم که نیاز به انتقال حجم زیادی از محصولات خونی دارد. دسترسی داخل وریدی کافی یا از طریق دو رگ محیطی بزرگ یا یک رگ مرکزی ضروری است. لاین شریانی به شدت برای مانیتورینگ همودینامیک توصیه می‌شود و می‌تواند خون‌گیری را نیز تسهیل کند. اگرچه تمرکز اولیه احیاء جایگزینی از دست دادن خون و فاکتورهای انعقادی است، به همان اندازه مهم است که توجه داشته باشید که ناهنجاری‌های الکترولیتی شدید می‌تواند ایجاد شود، به ویژه