

سرشناسه	حسینی، سحر، ۱۳۶۸ / حاج محمدحسینی، زهرا، ۱۳۷۲
عنوان و نام پدیدآور	تلیندز ۴: ترجمه مفهومی و روان ویژه آزمون بورد تخصصی ۱۴۰۳: Te_Lindes_Operative_Gynecology_2024
مشخصات نشر	تهران: کاردیا، ۱۴۰۳.
مشخصات ظاهری	۳۲۶ ص: مصور(رنگی)، جدول.
شابک	۶۸۵۰۰۰ ریال 978-622-8243-74-0 دوره: 978-622-8243-56-6
وضعیت فهرست نویسی	فیپا
یادداشت	کتاب حاضر ترجمه و تلخیص بخش‌هایی از کتاب " Te Linde's operative gynecology, 13th. ed. [2024] به ویراستاری لیندا ون لی، ویکتوریا لین هاندا است. پزشکی زنان Gynecology / زنان -- بیماری‌ها Diseases -- Women -- جراحی Women -- Surgery پزشکی زنان -- آزمون‌ها و تمرین‌ها. Gynecology -- Examinations, questions, etc. زنان -- بیماری‌ها -- آزمون‌ها و تمرین‌ها -- Examinations -- Women -- Diseases -- questions, etc. زنان -- جراحی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها. Women -- Surgery -- Examinations, questions, etc. ون لی، لیندا Van Le, Linda هاندا، ویکتوریا لین Handa, Victoria Lynn تلیندز، ریچارد وسلی، ۱۸۹۴ - ۱۹۸۹ م. Te Linde, Richard Wesley ۱۰۱RG ۶۱۸ ۹۵۶۱۴۹ فیپا
موضوع	
شناسه افزوده	
شناسه افزوده	
شناسه افزوده	
رده بندی کنگره	
رده بندی دیویی	
شماره کتابشناسی ملی	
اطلاعات رکورد کتابشناسی	

تلیندز ۴	چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت یار
Te_Lindes_Operative_Gynecology_2024 است.	نوبت چاپ: اول ۱۴۰۳
ترجمه و تلخیص و ویرایش براساس تلیندز ۲۰۲۴:	تیراژ: ۱۵۰ نسخه
دکتر سحر حسینی - دکتر زهرا حاج محمد حسینی	شابک: ۰-۷۴-۸۲۴۳-۶۲۲-۹۷۸
صفحه آرا: منیرالسادات حسینی	شابک دوره:
طراح و گرافیکست: رزیدنت یار	۹۷۸-۶۲۲-۸۲۴۳-۵۶-۶
	بهاء: ۶۸۵۰۰۰ تومان

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

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

تلیندز ۴

ترجمه مفهومی و روان ویژه آزمون بورد تخصصی ۱۴۰۳
Te_Lindes_Operative_Gynecology_2024

ترجمه و تلخیص براساس تلیندز ۲۰۲۴

دکتر سحر حسینی

دارای بورد تخصصی علوم پزشکی ایران

دکتر زهرا حاج محمد حسینی

دکترای زنان و زایمان دارای بورد تخصص



فصل ۲۰ - مدیریت جراحی حاملگی خارج از رحم	۱۱
سوالات و پاسخنامه فصل ۲۰	۴۹
فصل ۳۵ - فیستول و زیکوواژینال و رکتوواژینال	۵۳
سوالات و پاسخنامه فصل ۳۵	۱۱۵
فصل ۳۸ - عوارض جراحی دستگاه گوارش	۱۱۹
سوالات و پاسخنامه فصل ۳۸	۱۷۹
فصل ۳۹ - مدیریت خونریزی جراحی	۱۸۱
فصل ۴۰ - درمان جراحی درد لگنی و اندومتریوز	۲۱۵
فصل ۴۱ - مدیریت جراحی در بیماری‌های التهابی لگن	۲۴۵
سوالات و پاسخنامه فصل ۴۱	۲۶۵
فصل ۴۲ - درمان جراحی آنومالی‌های سیستم تناسلی	۲۶۷
سوالات و پاسخنامه فصل ۴۲	۲۹۵
فصل ۴۳ - جراحی ژنیکولوژی اطفال و بالغین	۲۹۷

اپیدمیولوژی

حاملگی خارج رحم لانه‌گزینی تخمک بارور شده در خارج از حفره رحم است. این لانه‌گزینی در هر جایی در طول دستگاه تناسلی ممکن است رخ دهد اما شایع‌ترین قسمت آن، قسمت آمپولی لوله فالوپ می‌باشد (شکل ۲۰-۱).

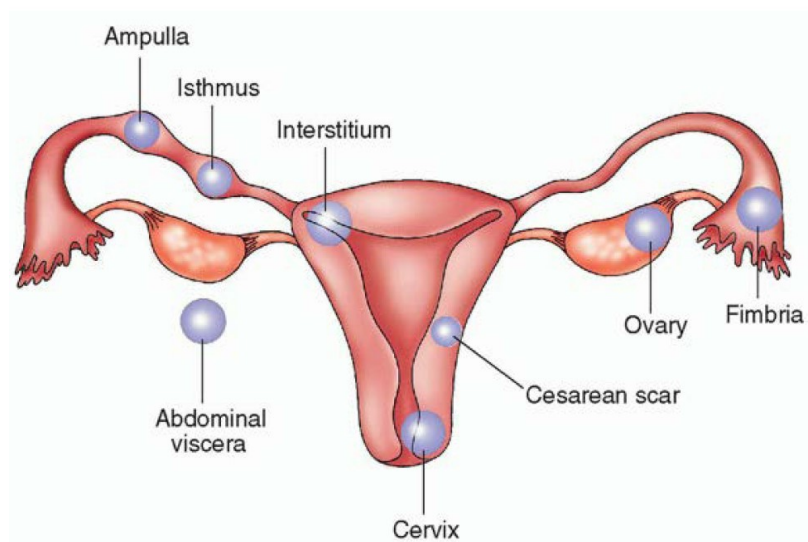


FIGURE 20.1 Sites of ectopic pregnancy. In the vast majority of patients with ectopic pregnancy, the ovum implants in part of the fallopian tube: the fimbria, ampulla, or isthmus. (Modified from Willis LM. *Health assessment made incredibly visual*, 3rd ed. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer, 2016.)

میزان حاملگی خارج از رحم بسته به اینکه از صورت کسر (حاملگی‌های خارج از رحم تشخیص داده شده یا مواردی که تشخیص داده شده و درمان می‌شوند) و مخرج (همه حاملگی‌ها یا فقط زایمان) استفاده می‌شود، متفاوت است. تجزیه و تحلیل از یک پایگاه داده‌های بزرگ از سال ۲۰۰۲ تا ۲۰۱۳ نرخ نسبتاً پایین و ثابتی از حاملگی خارج از رحم را برای زنان در سنین باروری در ایالات متحده نشان داد (۱٪ تا ۱/۴٪ به عنوان



نسبتی از تمام زایمان‌ها). علیرغم پیشرفت در تشخیص و مدیریت، پارگی حاملگی خارج از رحمی همچنان عامل میزان قابل توجهی از عوارض و مرگ و میر مرتبط با بارداری است و ۲,۷ درصد مرگ‌های مرتبط با بارداری را تشکیل می‌دهد.

مرگ و میر و عوارض، با این حال، همچنان در میان زنان از گروه‌های اقلیت نژاد و قومی (در مقایسه با زنان سفید پوست) و در میان زنان با وضعیت اجتماعی - اقتصادی پایین (که در حال حاضر خطر اولیه عوارض بارداری بالاتری دارند) بیشتر است. این تفاوت‌ها ممکن است تا حدی به استفاده متفاوت از مدیریت پزشکی در مقابل جراحی بر اساس وضعیت نژاد و بیمه مرتبط باشد و به طور گسترده‌تر به تفاوت‌ها در دسترسی به مراقبت مرتبط باشد.

افزایش دسترسی به مراقبت‌های اولیه بارداری، کلیدی است، زیرا تشخیص زودهنگام حاملگی خارج رحمی منجر به درمان به موقع‌تر، کاهش عوارض و حفظ باروری در آینده می‌شود. افزایش محدودیت‌ها در ختم حاملگی ممکن است به طور ناخواسته و غیرضروری منجر به تاخیر در تشخیص شود و درمان حاملگی خارج رحمی را پیچیده‌تر کند.

عوامل خطر

قوی‌ترین عامل خطر، بارداری خارج از رحم قبلی است. خطر عود حاملگی خارج از رحم تقریباً ۱۰٪ پس از یک حاملگی خارج از رحم قبلی است و پس از دو یا چند حاملگی خارج از رحم قبلی به حداقل ۲۵٪ افزایش می‌یابد.

سایر عوامل خطر اولیه شامل آسیب به لوله‌های فالوپ ناشی از بیماری التهابی لگن یا جراحی قبلی ابدومینوپلویک است. زنان غیر سفید پوست در معرض افزایش خطر حاملگی خارج رحمی هستند.

عوامل خطر ثانویه شامل استعمال دخانیات و مصرف الکل ۱۰ گرم در روز می‌باشد؛ داده‌های جدیدتر اهمیت افزایش سن و داشتن چندین شریک جنسی در طول زندگی به عنوان فاکتور مستقل را زیر سوال برده‌اند. پیامدهای قبلی مامایی سقط جنین و سقط درمانی باعث افزایش خطر حاملگی خارج رحمی نمی‌شود. استفاده از دستگاه‌های داخل رحمی (IUD) به طور کلی در برابر حاملگی خارج رحمی محافظت می‌کند. زیرا میزان شکست کمتر از ۱٪ است. با این حال بارداری‌های ناشی از شکست IUD، تقریباً ۵۳ درصد خارج از رحم هستند. حاملگی خارج از رحم در مصرف‌کنندگان IUD بیشتر به احتمال زیاد حاملگی خارج از رحم دیستال لوله، حاملگی خارج رحمی تخمدان یا حاملگی شکمی است.

مقدمه

فیستول یک ارتباط غیرنرمال است که بین دو سطح اپیتلیال به علت عفونت یا آسیب ایجاد می‌شود. فیستول‌هایی که در قسمت تحتانی سیستم تناسلی (رحم، سرویکس، واژن) هستند، ممکن است به ارگان‌های مجاور که شامل قسمت تحتانی سیستم ادراری (مثانه، مجرا، حالب لگنی) و قسمت تحتانی سیستم گوارشی (رکتوم، کولون و روده کوچک) و یا سطوح خارجی شامل پرینه یا لبیا گسترش یابند. فیستول‌های قسمت تحتانی سیستم تناسلی می‌تواند به علت ترمیم غیرطبیعی به دنبال زایمان، جراحی، بدخیمی، رادیوتراپی یا بیماری‌های التهابی ایجاد شود.

زیرمجموعه فیستول‌های ناحیه تحتانی تناسلی که توسط متخصص زنان اداره می‌شود شامل فیستول‌های وزیکوواژینال (VVF) فیستول یورترروواژینال، فیستول وزیکوپوترین و فیستول رکتوواژینال (RVF) است. مدیریت سایر فیستول‌ها، از جمله مواردی که حالب یا کولون را درگیر می‌کند، عموماً فراتر از محدوده‌ی اعمال ژنیکولوژیک است و در این فصل بررسی نشده است.

ممکن است زنان از فیستول‌های تحتانی سیستم تناسلی خود که به علت زایمان به وجود آمده است، در طول کل مدت عمر خود رنج ببرند. از نظر دورنمای انترپومتریک، انسان زایمان (تولد) سخت را به دلیل تکامل سر نسبتاً بزرگ جنین در مقابل با لگن به نسبت باریک، تجربه کرده است.

شواهدی از فیستول وزیکوواژینال (VVF) در مومیایی‌های مصر باستان پیدا شده است. از اواسط قرن ۱۹ میلادی، انقلابی در مدیریت جراحی اوروژنیتال فیستول رخ داد (که توسط ماریون سیمس، توماس امت، هاوارد کلی و دیگران شرح داده شد) که تأثیر ماندگاری بر پیشرفت تخصص ما داشت. به هر حال، فیستول‌های سیستم تناسلی تحتانی یک عامل اضطراب برای بیمار و یک چالش وضعیت کلینیکال برای جراحان می‌باشد.



هر چند مستندات منتشر شده درباره فیستول سیستم تناسلی تحتانی گسترده است، معمولاً بر پایه مطالعات گذشته‌نگر و طبق نظر متخصصین و تعداد اندکی بر پایه مطالعات تصادفی است. از این جهت، باید این محدودیت‌ها را در حین بررسی اطلاعات در این فصل در نظر بگیریم.

اتیولوژی و اپیدمیولوژی

فیستول‌های لگن می‌تواند در اثر زایمان، جراحی لگن، بدخیمی، رادیوتراپی، عفونت و التهاب باشد. در این فصل ما اتیولوژی‌ها را به دو قسمت مامایی و غیرمامایی، برای هر دو نوع فیستول‌های مجاری ادراری تحتانی و فیستول‌های رکتوواژینال (RVFs) تقسیم می‌کنیم.

فیستول‌های مامایی مجاری تناسلی تحتانی

در لیبر طول کشیده و متوقف شده، پرزنتیشن ورتکس جنین، دیواره واژن را فشار می‌دهد به سمفیز پوبیس. اگر این فشار برای مدت زمان کافی باقی بماند ممکن است سبب آسیب عروقی شود و نکروز اپی تلیال در دیواره واژن ایجاد شود. در این موارد، واژن، مثانه، حالب و مجرا و یا دیواره رکتوم تحت تأثیر نکروز و له شدگی قرار می‌گیرند که در نتیجه یک ارتباط غیرنرمال (معمولاً بزرگ) بین احشاء مجاور ایجاد می‌کنند.

در کشورهای فقیر، شایع‌ترین عامل فیستول‌های دستگاه ادراری تحتانی، زایمان طولانی شده یا متوقف شده است که عامل بیشتر از ۸۰٪ فیستول‌هایی است که در این ناحیه اتفاق می‌افتد. این شرایط در کشورهای توسعه یافته بسیار کم است زیرا پیشرفت در دسترسی و نیروی ماهر مراقبت زایمان دارند. شرایط ایجاد فیستول می‌توانند منجر به اسکار واژن و تنگی، پارگی و تخریب سرویکس، آسیب عصب ساکرال (مؤثر بر تحرک)، آسیب حالب (منجر به هیدرونفروز و آسیب کلیه) شوند.

سازمان بهداشت جهانی (WHO) تخمین می‌زند بیشتر از ۲ میلیون مورد فیستول مامایی در آفریقا و آسیا با ۵۰۰۰۰ تا ۱۰۰۰۰۰ مورد رشد سالانه موارد جدید وجود داشته باشد. در این منطقه از جهان، میزان بروز تخمین زده شده بیشتر از ۱۲۰ مورد در هر ۱۰۰۰۰۰ زایمان است. صحت این تخمین، واضح نیست زیرا کمبود مطالعات بیمارستانی، نظرات متخصصین یا نمونه‌گیری بر پایه جمعیت بدون بررسی با آزمایشات تأییدی داریم.

البته درک کاملی درباره عوامل خطر زمینه‌ساز فیستول وجود ندارد.

عوامل خطر مورد توافق برای ایجاد فیستول مامایی شامل موارد زیر است:

- فضای لگن یک خانم توسط سیستم تناسلی، دستگاه ادراری تحتانی و کولون رکتوسیگموئید اشغال شده است. از نظر آناتومی این ساختارها با همدیگر در ارتباط هستند. سایر قسمت‌های روده از جمله سکوم، آپاندیس و روده‌ی کوچک نیز لگن را اشغال کرده‌اند. بیماری‌های زنان و عوارض ناشی از درمان آن‌ها، دستگاه ادراری، روده‌ها یا هر دو را درگیر میکنند. به همین ترتیب بیماری‌های اولیه مسیره‌ای ادراری و گوارشی نیز می‌تواند روی بیماری‌های ژنیکولوژیک اثر بگذارد و یا علائم آن‌ها را تقلید کند. همچنین ممکن است تظاهرات بیماری‌های ژنیکولوژی را تقلید یا تحت تأثیر قرار می‌دهد.

یک جراح لگن باید تخصص طبی و جراحی در مدیریت انواع اختلالات روده داشته باشد.

- در هر نوع از جراحی، جراح باید برای آسیب روده‌ها یا عوارض داخل شکمی آماده باشد.

اندیکاسیون‌های شایع برای جراحی روده برای یک جراح ژنیکولوژیک شامل برداشتن تومور و انسداد روده‌ها می‌باشد. انکولوژیست‌های اورولوژی، زنان، کولورکتال و جراحی شامل عمل‌های تخلیه‌ای کامل، انحراف مسیر ادراری، ترمیم فیستول و جراحی‌های ناشی از آسیب رادیاسیون به روده‌ها را انجام می‌دهند. از جراحان بازسازی لگن برای ترمیم پرولاپس رکتوم کمک گرفته می‌شود. برداشتن روده در مواقع اندومترئوز منتشر گاهی اوقات لازم می‌شود. در بعضی موارد هنگام جراحی یک پاتولوژی به ظاهر اولیه‌ی ژنیکولوژیک، جراح زنان متوجه بیماری اولیه‌ی روده می‌شود که باید به صورت جراحی درمان شود.



آناتومی

آگاهی از آناتومی دستگاه گوارش برای جراحی روده و درمان عوارض حین عمل ضروری است. آناتومی این قسمت در ادامه توضیح داده خواهد شد.

معدده

دیستال مری و معدده فوقانی ترین قسمت دستگاه گوارش هستند که به طور کامل در حفره ی شکم قرار گرفته اند. طول قسمت داخل شکمی مری در شرایط آناتومیک نرمال بین ۳ تا ۶ سانتی متر است و در قسمت اپی گاستریک حفره پریتوئن واقع شده است. معدده از نظر آناتومیکال به کاردیا که جانکشن گاستروازوفازژیال را احاطه کرده، فوندوس که بزرگترین قسمت معدده است و به سمت گنبد دیافراگم در سمت چپ ادامه پیدا کرده است، تنه ی معدده و آنتروم که بین incisura و پیلور واقع شده است، تقسیم می شود. incisura قسمت خمیده ی معدده و در امتداد خمیدگی کوچک معدده است که توسط ورید پره پیلوریک یا Mayo مشخص می شود که شاخه ی انتهایی ورید گاستریک راست می باشد. یلور اسفنکتر غیرارادی است که عبور کیم (chyme) را به روده کوچک (دئودنوم) کنترل می کند. معدده از foregut منشأ گرفته و خونرسانی آن از تنه ی سلیاک، آئورت توراسیک تحتانی و عروق کولترال شریان مزانتریک فوقانی می باشد (شکل ۱-۳۸).

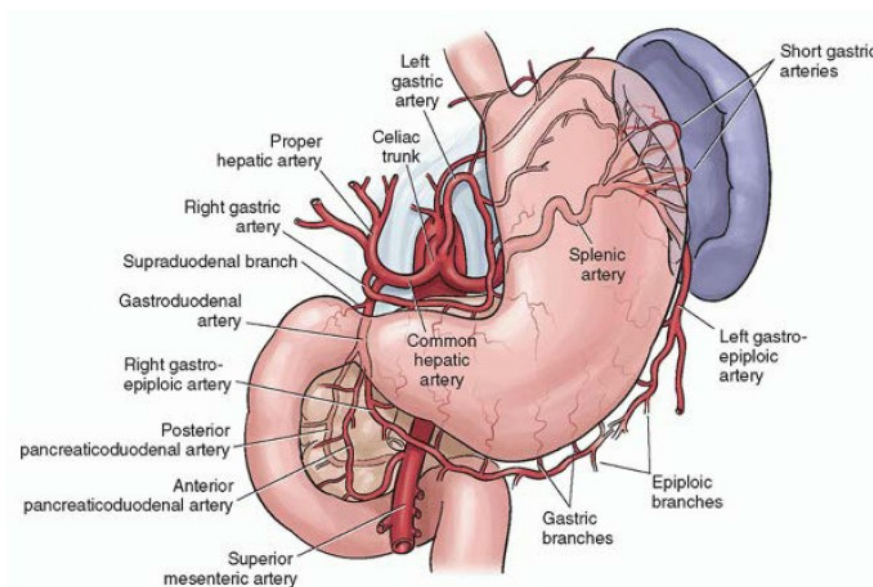


FIGURE 38.1 Blood supply of the stomach.

خونریزی جراحی به صورت از دست دادن خون حین عمل بیش از ۵۰۰ سی سی یا از دست دادن خونی که نیاز به تزریق خون دارد تعریف می‌شود. که در حدود ۲٪ از اقدامات ژنیکولوژیک رخ می‌دهد. مداخلات سریع می‌توانند از عواقب فاجعه آمیز در هنگام وقوع خونریزی جلوگیری کنند. عوامل مرتبط با بیمار و شرایط بالینی که خطر خونریزی حین عمل را در بیمار افزایش می‌دهد باید قبل از عمل شناسایی شده و در صورت امکان اصلاح شود. اقدامات ژنیکولوژیک که با خطر بیشتری برای خونریزی همراه هستند شامل هیستریکتومی یا میومکتومی در رحم بزرگ فیبروماتوز، وجود بدخیمی، آندومتریوز به دلیل از بین رفتن سطوح آواسکولار، و لنفادنکتومی به دلیل نزدیکی غدد لنفاوی به عروق اصلی هستند.

آماده سازی جراحی

پس از شناسایی عوامل خطر، می‌توان تغییرات یا آماده سازی‌هایی را برای کاهش خطر یا میزان خونریزی انجام داد. بیمارانی که از داروهای ضد انعقاد استفاده می‌کنند باید در صورت لزوم این موارد را متوقف کرد، یا به عنوان یک "پل" (bridging) به عوامل برگشت پذیر کوتاه اثر انتقال داد. تصمیم گیری برای مدیریت ایمن قبل از عمل این عوامل و به حداقل رساندن خطر خونریزی حین عمل. که با ارائه دهنده نسخه هماهنگ شده باشد ایده آل است (توضیح مترجم: پزشک نسخه کننده داروی آنتی کوآگولان) به عنوان مثال، برای برخی از بیماران مبتلا به فیبریلاسیون دهلیزی اجتناب از "پل زدن" با داروهای ضد انعقاد کوتاه اثر ممکن است بی خطر باشد. برعکس، بیمارانی که از داروهای ضد انعقاد برای پیشگیری از دریچه‌های مکانیکی قلب، درمان دارویی در استنت‌های کرونری یا حوادث ترومبولیک وریدی اخیر استفاده می‌کنند؛ ممکن است نیاز به ادامه درمان ضد انعقادی یا ضد پلاکتی تا زمان جراحی داشته باشد. باید با پزشک متخصص مربوطه برای راهنمایی زمان شروع مجدد این داروها پس از عمل هماهنگی شود (جدول الکترونیکی ۱-۳۹)



e-TABLE 39.1 Anticoagulation Reversal Agents and Treatment Strategies

ANTICOAGULANT	TIMING OF DISCONTINUATION	REVERSAL AGENTS
Warfarin	5 d	Reversal: INR 2-5 (no bleeding): Lower warfarin dose or omit a dose and resume warfarin at a lower dose when INR is in therapeutic range INR 5-9 (no bleeding): Omit the next 1-2 doses, monitor INR, and resume when INR is therapeutic; or omit a dose and administer 1-2.5 mg oral vitamin K INR > 9 (no bleeding): Hold warfarin. Administer 2.5-5 mg oral vitamin K. Monitor INR; administer more vitamin K if needed. Resume warfarin at a lower dose when INR is therapeutic If surgery within 24 h: INR < 4.5 (no bleeding): vitamin K 2.5 mg IVPB INR ≥ 4.5 (no bleeding): vitamin K 5 mg IVPB If emergency surgery: INR < 4.5 (no bleeding): vitamin K 10 mg IVPB INR ≥ 4.5 (no bleeding): vitamin K 10 mg IVPB Any INR + emergent reversal for life-threatening hemorrhage in adults: 4-FPCC (preferred approach) 3-FPCC (if 4-FPCC is not available) FFP + 10 mg vitamin K by slow IV infusion (if 4-FPCC or 3-FPCC is not available)
Heparin		Protamine sulfate
Direct thrombin inhibitors Dabigatran (Pradaxa)	CrCl ≥ 50 mL/min: 1-2 d CrCl < 50 mL/min: 3-5 d	Minor bleeding: Local hemostatic measures, possible anticoagulant discontinuation, consider antifibrinolytic agents (tranexamic acid, epsilon-aminocaproic acid) Major bleeding: Drug discontinuation, hemodialysis, oral activated charcoal, tranexamic acid, epsilon-aminocaproic acid For life-threatening bleeding: Idarucizumab (Praxbind) 5 g—FDA approved (first line) Factor VIII inhibitor bypassing activity (FEIBA) 50-100 units/kg, followed by PCC 25-50 units/kg as second-line option Avoid: recombinant activated factor VII, FFP or cryoprecipitate
Factor Xa inhibitors Rivaroxaban (Xarelto) Apixaban (Eliquis) Edoxaban (Lixiana, Savaysa) Betrixaban (Bevyxxa)	≥24 h ROCKET AF trial: ≥3 d	Minor bleeding: Local hemostatic measures, possible anticoagulant discontinuation, consider antifibrinolytic agents (tranexamic acid, epsilon-aminocaproic acid) Major bleeding: Drug discontinuation, oral activated charcoal, tranexamic acid, epsilon-aminocaproic acid. Hemodialysis not effective because direct factor Xa inhibitors are highly protein bound For life-threatening bleeding: 4 factor PCC (Kcentra, Octaplex) 25-50 units/kg Avoid: recombinant activated factor VII, FFP or cryoprecipitate
Antiplatelet agents Aspirin Clopidogrel	High CV risk/minor: continue Low CV risk/high-bleed risk: 7-10 d 5 d	

Onset of action for oral vitamin K: 6-12 h, peak effect 24-48 h. Onset of action for IV vitamin K: 1-2 h, peak effect 1-2 h, peak effect 12-14 h. The direct oral anticoagulant reversal agents for life-threatening bleeding have the potential to cause life-threatening thrombosis and should only be used under the direct supervision of a specialist with expertise in their use and/or in a patient at imminent risk of death from hemorrhage. High-quality evidence from randomized trials is lacking in these strategies, and recommendations are based on data from case series.

CrCl, creatinine clearance; CV, cardiovascular; 3 PCC, prothrombin complex concentrates (contains factors II, IX, and X; little to no factor VII); 4 PCC, prothrombin complex concentrates (contains factors II, VII, IX, and X).

بیمارانی که در معرض خطر خونریزی قابل توجه به دلیل مشکلات زمینه ای بیمار و یا خود پروسیجر جراحی هستند باید برای از دست دادن خون آماده شوند. با این کار جراح در اتاق عمل هنگام بروز خون ریزی شدید آمدگی بیشتری خواهد داشت و راحت تر میتواند در صدد حل مشکل بیمار برآید.

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 ۱-۴۳). 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 ۱-۴۳. رضایت‌نامه و توافق‌نامه جراحی

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

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. 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 ۲-۴۳).

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.