



سرشناسه	منصوری، زینب، ۱۳۶۹-
عنوان و نام پدیدآور	تیلندز ۲: ترجمه مفهومی و روان ویژه آزمون بورد ۱۴۰۴: Te_Lindes_Operative_Gynecology_2024 / ترجمه و تلخیص: زینب جلیلی هاشمی، زهرا نجاری؛ پاسخدهی به سوالات: صبا بزازی، حکیمه روشنی مقدم، مانده ناظم.
مشخصات نشر	تهران: کاردیا، ۱۴۰۴.
مشخصات ظاهری	۳۹۴ ص: مصور(رنگی)، جدول.
شابک	۰۰۰۰۹۰۸۰۱ ریال ۸-138-404-622-978 شابک دوره: 1-096-404-622-978
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 لیندا هاندا است.
موضوع	پزشکی زنان Gynecology / زنان -- بیماری‌ها Women -- Diseases / زنان -- جراحی Women -- Surgery / زنان -- آزمون‌ها و تمرین‌ها Gynecology -- Examinations, questions, etc. / زنان -- بیماری‌ها -- آزمون‌ها و تمرین‌ها Women -- Diseases -- Examinations, questions, etc -- / زنان -- جراحی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها Women -- Surgery -- Examinations, questions, etc.
شناسه افزوده	نجاری، زهرا، ۱۳۷۳-، ویراستار
شناسه افزوده	ون لی، لیندا Van Le, Linda
شناسه افزوده	هاندا، ویکتوریا لین Handa, Victoria Lynn
شناسه افزوده	تیلندز، ریچارد وسلی، ۱۸۹۴ - ۱۹۸۹ م. Te Linde, Richard Wesley
رده بندی کنگره	۱۰۱RG
رده بندی دیویی	۶۱۸
شماره کتابشناسی ملی	۹۵۶۱۴۹
اطلاعات رکورد کتابشناسی	فیپا

تیلندز ۲	چاپ و لیتوگرافی: <b>رزیدنت یار</b>
تیلندز ۲ Te_Lindes_Operative_Gynecology_2024 است.	نوبت چاپ: اول ۱۴۰۴
ویرایش براساس تیلندز ۲۰۲۴	تیراژ: ۱۵۰ نسخه
ترجمه و تلخیص: زینب جلیلی هاشمی، زهرا نجاری؛ پاسخدهی به سوالات: صبا بزازی، حکیمه روشنی مقدم، مانده ناظم.	شابک: ۸-۱۳۸-۴۰۴-۶۲۲-۹۷۸
صفحه آرا: <b>منیره امیری مقدم</b>	شابک دوره: ۱-۰۹۶-۴۰۴-۶۲۲-۹۷۸
طراح و گرافیسیت: <b>رزیدنت یار</b>	بهاء: ۱,۰۸۰,۹۰۰ تومان

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

شماره تماس: ۰۲۱-۶۶۴۱۹۵۲۰، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۰۸، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۱۶، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۱۶، شماره تماس ویژه: ۰۲۱-۹۱-۹۵۹۶۷

[www.residenttyar.com](http://www.residenttyar.com)

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

# تلیندر ۲

خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بوردها پاسخی تشریحی

ویژه آزمون ارتقاء و بوردها تخصصی ۱۴۰۴

Te Lindes Operative Gynecology 2024

## ترجمه و تلخیص

دکتر زینب جلیلی هاشمی

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

دکتر زهرا نجاری

رتبه ده درصد بوردها تخصصی ۱۴۰۲

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

**پاسخدهی به سوالات**

دکتر صبا بزازی

رتبه ۵ بوردها تخصصی ۱۴۰۳

دکتر حکیمه روشنی مقدم

رتبه ۹ بوردها تخصصی ۱۴۰۳

دکتر مائده ناظم

ده درصد بوردها تخصصی ۱۴۰۳

عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان



## فهرست مطالب



فصل ۱۱ - مراقبت‌های پس از عمل در بیماران ژنیکولوژی	۱۱
سؤالات و پاسخنامه فصل ۱۱	۴۹
فصل ۱۴- دیلاتاسیون و کورتاژ	۵۵
فصل ۱۵- هیستروسکوپی	۷۳
سؤالات و پاسخنامه فصل ۱۵	۱۱۱
فصل ۱۶- مدیریت جراحی سقط و عوارض آن	۱۱۳
فصل ۱۷- جراحی بیماری‌های خوش خیم ولو	۱۴۳
سؤالات و پاسخنامه فصل ۱۷	۱۶۹
فصل ۱۸- عقیم‌سازی لوله‌ای	۱۷۵
فصل ۱۹- جراحی تخمدان و لوله‌های فالوپ	۲۰۱
سؤالات و پاسخنامه فصل ۱۹	۲۲۳
فصل ۲۱- میومکتومی	۲۲۵
سؤالات و پاسخنامه فصل ۲۱	۲۶۷
فصل ۲۲- واژینال هیستریکتومی	۲۷۵
سؤالات و پاسخنامه فصل ۲۲	۳۰۵
فصل ۲۳- هیستریکتومی شکمی	۳۱۱
سؤالات و پاسخنامه فصل ۲۳	۳۴۷
فصل ۲۴- هیستریکتومی لاپاراسکوپیک و به کمک به روباتیک	۳۵۳
سؤالات و پاسخنامه فصل ۲۴	۳۷۵
فصل ۳۶- ترمیم اپیزیوتومی و پارگی‌های پیچیده پرینه	۳۷۷
سؤالات و پاسخنامه فصل ۳۶	۳۸۹



# مراقبت‌های پس از عمل در بیماران ژنیکولوژی

## 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، کلوئید و هر فرآورده خونی) و برون ده حین عمل (operative output) 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.

تحرك 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) غیراپیوئیدی و اپیوئیدی میباشد. جدول ۱-۱۱ لیست مسکن‌های ناركوتیک و غیراپیوئیدی خوراکی و تزریقی جهت کنترل درد.

## دیلاتاسیون و کورتاژ

این فصل در رفرنس جدید نمی باشد و جهت مطالعه آزاد ارائه گردیده است.

دیلاتاسیون و کورتاژ قدیمی ترین عمل شناخته شده‌ی زنان است. در زمان ۳۰۰ سال قبل از میلاد، یک شکل اولیه اسپکولوم و سوند رحمی مورد استفاده قرار می گرفت. در سال ۱۶۰۰، دیلاتورهای رحمی شرح داده شدند، ولی تا سال ۱۸۴۳ که Recamier یک ابزار کوچک قاشق مانند (که کورت نام گذاری 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 می شد، 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 می رود. 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 می باشد. 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 می رود. تعدادی اندیکاسیون انجام بیوپسی تشخیصی اندومتر یا D&C تشخیصی وجود دارد. (جدول ۱-۱۴)، اندیکاسیون‌های تشخیصی نمونه برداری 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 می برند. در صورتی که عفونت لگنی فعال وجود داشته باشد، از دستکاری حفره اندومتر تا زمان کامل شدن درمان آنتی بیوتیکی باید اجتناب شود. استثناء در این مورد، انجام ساکشن کورتاژ در درمان سقط عفونی می باشد 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 می کنند. 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



ضدانعقاد 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 بیماری 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 کنتر 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 لاینچ)، خونریزی مداوم و مقاوم علی‌رغم درمان دارویی
- پیگیری بیماران با خونریزی رحمی به دلیل هیپرپلازی اندومتر
- قبل از انجام رویکرد ابلیشن اندومتر (ablation)

##### • سیتولوژی غیرطبیعی سرویکس

- سلول‌های غددی آتیپیک (AGC) در صورتی که سلول‌های اندومتر و تمام زیرمجموعه‌های AGC در خانم‌های با سن بالاتر از ۳۵ سال یا دارای ریسک فاکتور کانسر اندومتر دیده شود.
- دیده شدن سلول‌های اندومتر در سیتولوژی خانم یائسه
- دیده شدن سلول‌های اندومتر در سن قبل از منوپوز با ریسک فاکتور سرطان اندومتر

#### جدول ۲-۱۴ اندیکاسیون‌های اختصاصی D&C

- عدم توانایی در انجام رویکرد بیوپسی اندومتر در مطب (عدم تحمل بیمار، استنوز سرویکس)
- نمونه‌ی ناکافی در بررسی انجام شده توسط بیوپسی در مطب یا نمونه‌ی غیرتشخیصی در خانم‌هایی که در ریسک بالا برای کانسر اندومتر هستند.
- خونریزی غیرطبیعی مقاوم در خانمی که بیوپسی سرپایی شده و یافته‌ای خوش‌خیم داشته است.
- همراه با جراحی‌های دیگر مانند هیستروسکوپی یا لاپاروسکوپی



## هیستروسکوپی

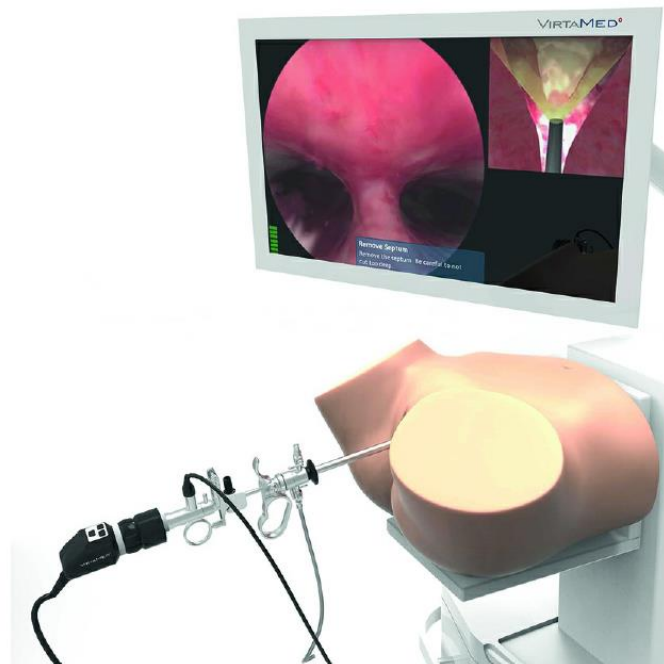
این فصل در رفرنس جدید نمی باشد و جهت مطالعه آزاد ارائه گردیده است.

## مقدمه

هیستروسکوپی از لغات یونانی Hystera (رحم) و Skopeo (دیدن) برگرفته شده و به معنی معاینه بصری رحم و سرویکس با اندوسکوپ می باشد. اولین هیستروسکوپی توسط Pantaleoni در سال ۱۸۶۹ انجام شده که این شخص با استفاده از یک تیوب و منبع نور خارجی در خانم ۶۰ ساله با خونریزی بعد از یائسگی به بررسی رشد پولیپ پرداخته است. امروزه، هیستروسکوپی یک تکنیک جراحی می باشد که اجازهی رؤیت کانال سرویکس و حفره ی رحمی را از طریق وسیله ای که معمولاً شامل یک غلاف متالیک و یک تلسکوپ که نور را از طریق یک باندل فیبروپتیک از یک منبع روشن کننده خارجی دریافت می کند، فراهم می نماید. یک ماده متسع کننده در طول پروسیجر حفره رحمی را متسع می کند. در طول ۱۵۰ سال گذشته پیشرفت هایی در دوربین ها، وسیله ها و مایع متسع کننده ایجاد شده که باعث ایجاد تکنیک های جدید هیستروسکوپی برای تشخیص و درمان بیماری های حفره ی رحمی شده است.

با ظهور جراحی ژنیکولوژی کم تهاجمی به عنوان یک مزیت کلیدی برای مراقبت، هیستروسکوپی درمانی نقش مهمی را ایفا می کند. به عنوان یک تکنیک تشخیصی، هیستروسکوپی امکان دید مستقیم و لوکالیزاسیون دقیق پاتولوژی را برای اهداف نمونه گیری فراهم می نماید. روش های معمول، استفاده از هیستروسکوپی شامل هیستروسکوپی تشخیصی، بستن لوله ها، پولیپکتومی، میومکتومی و برداشتن سپتوم های رحمی می باشد. در بسیاری از موارد میوم های زیرمخاطی، دیگر نیازی به هیستروکتومی ندارند، زیرا می توان آن ها را به طور رضایت بخشی با هیستروسکوپی درمانی خارج نمود.

جراحی هیستروسکوپی نیاز به تمرین و مهارت دارد. سیستم های شبیه سازی هیستروسکوپی برای تسهیل پیشرفت هماهنگی دست و چشم و جهت گیری حین پروسیجر پدید آمده اند. چندین مدل کامپیوتری با گرافیک های تعاملی پیشرفته، مدل های پیچیده ای را برای دانشجویان جهت خروج میوم ها و ablation اندومتر و عبور کانولا از لوله ی رحمی فراهم می کنند.



**FIGURE 15.1** Computerized simulation permits the gynecologist to interact by manipulating a hysteroscopic morcellator and resecting a virtual submucosal myoma or polyp. The equipment used is very similar to hysteroscopy equipment in use today. (Reprinted with permission from Virtamed AG, Switzerland.)

با این حال، شبیه‌سازی، تجربه‌ای که هیستروسکوپیست با اساسی‌ترین مهارت باید به دست بیاورد را فراهم نمی‌کند که شامل ورود امن دوربین داخل کاویته رحم و به دنبال آن اتساع کافی حفره رحم می‌باشد. این مهارت‌ها بایستی در نمونه انسانی آموخته شوند بدون این مهارت‌ها، هیستروسکوپی با خیال راحت و با موفقیت قابل انجام نمی‌باشد.

### ابزارها

اجزای کلیدی یک سیستم هیستروسکوپ شامل تلسکوپ، دوربین، منبع نور، غلاف جراحی و ماده متسع کننده می‌باشد. هیستروسکوپ‌ها به چند گروه (rigid) یا انعطاف‌پذیر (flexible)، فوکوس ثابت یا متغیر طبقه‌بندی می‌شوند و برای استفاده تشخیصی یا جراحی طراحی شده‌اند. ویژگی‌های کلیدی این ابزارها عبارتند از: قطر دوربین، فاصله لنز، قطر غلاف و توانایی استفاده از کوتر دوقطبی یا تک قطبی. در حالی که مشاهده از طریق تلسکوپ هیستروسکوپی با چشم غیرمسلح قابل انجام می‌باشد اما امروزه در بیشتر موارد از دوربین و صفحه نمایش ویدئویی استفاده می‌شود.

### تلسکوپ‌ها

تلسکوپ دارای سه قسمت چشمی، لوله و عدسی شیئی می‌باشد. تلسکوپ (عدسی) ۴ میلی‌متری یک انتخاب پرترفدار می‌باشد که تصویری واضح با قطر خارجی کوچک ارائه می‌دهد (شکل ۲-۱۵).

# مدیریت جراحی سقط و عوارض آن

**این فصل در رفرنس جدید نمی باشد و جهت مطالعه آزاد ارائه گردیده است.**

این فصل بر مدیریت جراحی و عوارض مرتبط با تخلیه رحم در سقط القایی و از دست رفتن بارداری تمرکز دارد. در این فصل مرور مختصری بر رویکردهای پزشکی ارائه شده است با این حال جزئیات کامل خارج از محدوده این کتاب جراحی ژنیکولوژیک می باشد.

## سقط تریمستر اول

### اپیدمیولوژی سقط تریمستر اول

سقط تریمستر اول به بارداری داخل رحمی با ساک حاملگی خالی یا ساک حاملگی حاوی جنین بدون فعالیت قلب  $\frac{6}{7} + 13$  هفته اول بارداری اشاره دارد. در تریمستر اول بارداری، اصطلاحات سقط جنین (miscarriage)، سقط خودبه خودی (spontaneous abortion) و سقط زودرس حاملگی (early pregnancy loss) به جای یکدیگر استفاده می شوند و هیچ توافقی بر روی ترمینولوژی در این مقاله وجود ندارد. برای هدف این فصل، از تعاریف REVITALIZE استفاده خواهیم کرد. بهترین راه برای توصیف سقط یا از دست رفتن حاملگی داخل رحمی تعیین تعداد هفته های آمنوره و اندازه گیری جنین یا فقدان جنین (embryo / fetus) در رحم یا اندازه گیری ساک حاملگی در بارداری پوچ می باشد. سقط تریمستر اول در حدود ۱۵-۱۰ درصد از بارداری هایی که از نظر بالینی تشخیص داده شده اند رخ می دهد. عوامل خطر و علل سقط تریمستر اول، ژنتیکی، محیطی و یا چند عاملی می باشند. شایع ترین علت سقط تریمستر اول ناهنجاری های کروموزومی است. تریزومی های اتوزومال شایع ترین ناهنجاری های کروموزومی هستند، پس از آن پلی پلوئیدی ها و سپس مونوزومی X قرار دارند. عوامل محیطی مرتبط با سقط تریمستر اول شامل مصرف الکل، دخانیات و رژیم غذایی می باشد. برخی مطالعات نشان داده اند مصرف مقدار متوسط الکل، مثلاً بیش از ۳ فنجان در هفته، خطر سقط تریمستر اول بارداری را دو برابر می کند. با این حال، سطح ایمن مصرف الکل برای هیچ مرحله ای از بارداری مشخص نشده است، بنابراین باید از مصرف الکل در بارداری اجتناب شود. به طور مشابه، مصرف تنباکو در اوایل بارداری ممکن است منجر به افزایش متوسط در سقط تریمستر اول شود و ممکن است اثر وابسته به دوز داشته باشد، اگرچه شواهد محدود است. گزارش ها در مورد ارتباط بین مصرف کافئین و سقط تریمستر اول متناقض است. با این حال شواهد اخیر نشان می دهد که مصرف بیش از دو نوشیدنی کافئین دار در روز ممکن است خطر سقط تریمستر اول بارداری را تقریباً دو برابر افزایش دهد.

فاکتورهای دموگرافیک بیمار و برخی شرایط سلامت مادری نیز با خطر سقط تریمستر اول بارداری مرتبط است. افزایش سن مادر و سابقه سقط جنین در تریمستر اول بارداری شایع ترین عوامل خطر می باشند. میزان سقط در ۳۵ سالگی ۲۰٪ است و با شیب تندی به



۴۰٪ در سن ۴۰ سالگی و ۸۰٪ در ۴۵ سالگی افزایش می‌یابد. به طور مشابه خطر سقط تریمستر اول با سابقه یک بار سقط قبلی ۲۰٪ و بعد از ۳ بار یا بیشتر، ۴۳٪ افزایش می‌یابد. شرایط سلامت مادری مرتبط با افزایش خطر سقط تریمستر اول شامل اختلالات اندوکراین مانند دیابت کنترل نشده و بیماری تیروئید، بیماری اتوایمیون، شرایط افزایش انعقادپذیری و عفونت‌های مزمن می‌باشد.

### تشخیص‌های سقط تریمستر اول

زنان با سقط تریمستر اول ممکن است با علائمی از جمله خونریزی واژینال و کرامپ رحمی و گاهاً کاهش علائم حاملگی مراجعه کنند. ارزیابی با گرفتن شرح حال کامل و معاینه فیزیکی با تمرکز بیشتر بر روی تاریخچه‌ی قاعدگی بیمار و عوامل خطر بارداری خارج رحمی مانند سابقه عفونت‌های مقاربتی یا جراحی شکم یا لگن شروع می‌شود. معاینه فیزیکی باید بر وجود یا عدم وجود تندرns شکمی، خون در سقف واژن (Vault) و محصولات بارداری، در سرویکس متمرکز باشد. معاینه‌ی دو دستی برای رد تندرns رحمی یا سرویکس که می‌تواند نشان‌دهنده‌ی سقط سپتیک باشد یا توده یا پری (fullness) آدنکس که می‌تواند نشان‌دهنده‌ی حاملگی خارج رحمی باشد، بسیار مهم است.

سونوگرافی می‌تواند در تشخیص سقط تریمستر اول بسیار مفید باشد. اغلب اوقات، تشخیص سقط تریمستر اول ساده است (به عنوان مثال، وقتی CRL جنین (فتوس / امبریو) ۷ میلی‌متر و یا بیشتر باشد و ضربان قلب به طور واضح در سونوگرافی رؤیت نشود) کیسه حاملگی با حداقل دیامتر 25 (MSD) میلی‌متر که جنین قابل اندازه‌گیری در آن وجود نداشته باشد ویژگی بالایی برای سقط تریمستر اول دارد. علاوه بر این، گاهی اوقات بیش از یک سونوگرافی برای تأیید عدم رشد بارداری لازم است.

اندازه‌گیری سریال  $\beta$ HCG می‌تواند یک ابزار کمک کننده مهم برای تشخیص بارداری طبیعی از غیرطبیعی باشد (حاملگی غیرطبیعی شامل سقط تریمستر اول یا EP) «محدوده‌ی تشخیصی» سطح سرمی  $\beta$ HCG است که در آن سطح باید ساک حاملگی در سونوگرافی مشاهده شود و زمانی که ساک حاملگی رؤیت شود مطرح کننده‌ی قوی سقط تریمستر اول و یا EP است. زمانی که محدوده‌ی تشخیصی  $\beta$ HCG به عنوان یک ابزار تشخیصی استفاده می‌شود، مقدار  $\beta$ HCG باید حداقل 3500 mIU/mL باشد تا بتوان از توصیه‌های احتمالی برای ختم حاملگی طبیعی جلوگیری کرد. هنگامی که سطح  $\beta$ HCG بالاتر از سطح تشخیصی باشد، بررسی مجدد  $\beta$ HCG ارزش محدودی دارد.

### مدیریت سقط تریمستر اول

مدیریت بالینی سقط شامل مدیریت انتظاری، دارویی یا جراحی است. رویکردهای خاص بسته به سن حاملگی جنین (فتوس / امبریو) متفاوت است. به طور کلی تا زمانی که بیمار از نظر همودینامیک پایدار باشد و عفونت رد شده باشد، ترجیح بیمار باید نوع درمان را تعیین کند.

مدیریت انتظاری و دارویی در این بخش توضیح داده می‌شود. مدیریت جراحی سقط تریمستر اول در همان بخش مدیریت جراحی سقط القا شده تریمستر اول بارداری توضیح داده شده است.

پروسه‌ی مشاهده قبل از عمل و رضایت آگاهانه برای کسی که قرار است مدیریت جراحی برای سقط شود لازم است. این مشاوره شامل بررسی و انتخاب درمان انتظاری، طبی یا جراحی و بررسی کامل شرایط پزشکی و جراحی و برنامه‌های بارداری آینده می‌باشد.

## جراحی بیماری‌های خوش خیم ولو

مدیریت بیماری‌های خوش خیم ولو نیاز به افتراق ضایعات خوش خیم احتمالی دارد که به دلیل طیف گسترده‌ی ضایعاتی که با آن‌ها مواجه می‌شویم می‌تواند چالش‌برانگیز باشد. ضایعات ولو می‌تواند سفید، قرمز، هیپرپیگمانته، پلاک مانند، patchy، پاپولار، ندولار، تاولی یا زخمی باشد. این موضوع منجر به فهرست گسترده‌ای از تشخیص‌های افتراقی می‌شود که می‌تواند متخصص زنان را برای تشخیص صحیح به چالش بکشد. به ویژه، تمایز ضایعات خوش خیم از نئوپلازی پیش بدخیم و بدخیم ولو مهم است. استفاده از بیوپسی مناسب برای تأیید تشخیص در مواردی که تشخیص نامشخص است یا ضایعه با وجود درمان ادامه دارد ضروری می‌باشد. علاوه بر بیوپسی تشخیصی، متخصصین زنان باید روش‌های جراحی مورد استفاده برای مدیریت عفونت‌ها یا کیست‌های ولو و همچنین ضایعات مادرزادی یا اکتسابی ولو را بدانند.

### بیوپسی ولو

بیوپسی ولو یک روش تشخیصی ارزشمند است که می‌تواند برای درمان ضایعات خوش خیم نیز استفاده شود. اصطلاح «بیوپسی ولو» به برداشتن پوست و درم زیرین اشاره دارد که به طور کلی برای نمونه‌برداری از یک ضایعه‌ی بزرگ یا برداشتن یک ضایعه‌ی کوچک به طور کامل در نظر گرفته می‌شود. بیوپسی ولو را می‌توان به راحتی در شرایط سرپایی و تحت بی‌حسی موضعی انجام داد و هر زمان که بر اساس معاینه یا علائم، نگرانی در مورد پاتولوژی ضایعه وجود داشته باشد باید بیوپسی انجام شود. رایج‌ترین اندیکاسیون برای بیوپسی ضایعه‌ی در حال رشد یا ضایعه‌ای است که مشکوک به پیش بدخیم یا بدخیم می‌باشد. همچنین زمانی که بیمار علائم مداومی را تجربه می‌کند که به اقدامات محافظه‌کارانه پاسخ نمی‌دهد به منظور تشخیص درماتوز زمینه‌ای یا تأیید تشخیص قبل از درمان بیوپسی اندیکاسیون دارد.

گاهی اوقات ضایعات خوش خیم مانند اسکین تگ یا کراتوز اکتینیک می‌تواند به دلیل قرار گرفتن در امتداد خط لباس زیر ملتهب شوند و باعث ایجاد تحریک شوند که می‌توان این ضایعات را با بیوپسی اکسیزیونال برداشت. در حالی که بسیاری از درماتوزها مانند لیکن اسکروز تظاهرات بالینی کلاسیک دارند، اما بیوپسی باید برای تأیید و مستندسازی درماتوز، همچنین کمک به درمان و رد بدخیمی زمینه‌ای انجام شود (جدول ۱-۱۷).

هیچ کنتراندیکاسیونی برای بیوپسی ولو وجود ندارد. تا زمانی که بیوپسی وسیع نباشد می‌توان در زنان مبتلا به اختلالات خونریزی دهنده یا بیماری‌هایی که از داروهای ضدانعقاد استفاده می‌کنند انجام داد. زنانی که دچار نقص ایمنی شدید هستند ممکن است نیاز باشد بیوپسی به تعویق بیفتد مگر اینکه برای مدیریت کلی آن‌ها حیاتی باشد.

قبل از شروع پروسیجر بیوپسی، باید اطمینان حاصل کرد که تمام مواد و تجهیزات لازم در اتاق عمل وجود دارد. وجود یک دستیار برای وسیله دادن و در صورت نیاز کشش بافت و دادن دید کافی مهم است. ممکن است از داروهای بی‌حسی موضعی یا بدون اپی نفرین



استفاده شود. اپی نفرین باعث کاهش خونریزی شده و استفاده از آن بر روی ولو بی خطر می‌باشد. استفاده از غلظت‌های بالای بی‌حسی موضعی هیچ مزیتی ندارد. بی‌کربنات سدیم که به نسبت  $\frac{1}{1}$  به ماده‌ی بی‌حسی موضعی اضافه می‌شود، می‌تواند احساس سوزش در زمان تزریق را کاهش دهد. رقیق کردن داروی بی‌حسی با سالین نیز ممکن است اثر تسکینی داشته باشد. در صورت وجود حساسیت به داروهای بی‌حسی، تزریق سالین به تنهایی می‌تواند باعث تسکین درد شود (جدول ۲-۱۷ و ۳-۱۷).

TABLE 17.1 Biopsy Indications

<ul style="list-style-type: none"> <li>• A visible lesion that cannot definitively be diagnosed clinically</li> <li>• A persistent lesion or ulcer that does not heal</li> <li>• Vulvar symptoms with suspected vulvar dermatosis</li> <li>• A symptomatic growth</li> <li>• Any lesion that is increasing in size, changing color, or becoming irregular in shape raises concern for melanoma. Apply ABCDE evaluation of the lesion</li> </ul>
<p><b>ABCDE Warning Sign</b></p> <p>Asymmetry</p> <p>Irregular <b>B</b>order</p> <p>Variated <b>C</b>olor</p> <p>Diameter &gt;6 mm</p> <p>Evolving (growing or changing)</p>

TABLE 17.2 Supplies

<p><b>Necessary</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Syringe for topical anesthetic. In some cases, a 1-mL tuberculin syringe may be sufficient</li> <li>• 25- or 27-gauge needle (1" or less)</li> <li>• Sterile gauze (2" × 2" and 4" × 4")</li> <li>• Antiseptic such as povidone-iodine or chlorhexidine</li> <li>• Local anesthetic such as lidocaine 1% with epinephrine (TABLE 17.3)</li> <li>• Biopsy instruments, for example, Keyes punches in various sizes, cervix biopsy forceps</li> <li>• Sterile scissors and forceps</li> <li>• Silver nitrate or Monsel solution</li> <li>• Container for specimen</li> <li>• Antibiotic ointment</li> </ul>
<p><b>Optional</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Needle driver and suture</li> <li>• Scalpel</li> </ul>

تکنیک مورد استفاده باید بر اساس محل و نوع ضایعه (جدول ۴-۱۷)، تجهیزات موجود و مهارت در آن تکنیک باشد. ولو باید با دقت بررسی شود تا مشکوک‌ترین ناحیه دقیقاً مشخص شود. در انتخاب محل بیوپسی باید زاویه‌ی رویکرد و آناتومی خاص بیمار در نظر گرفته شود. نمونه‌ی بافتی مطلوب به ویژه برای ضایعات زخمی شامل مقداری بافت طبیعی به همراه ناحیه‌ای است که غیرطبیعی‌ترین ظاهر را دارد مگر اینکه کل ضایعه برداشته شود. گاهی اوقات بیش از یک محل نیاز به بیوپسی دارد. آنتی‌بیوتیک‌های پروفیلاکتیک اندیکاسیون

## جراحی تخمدان و لوله‌های فالوپ

این فصل در رفرنس جدید نمی باشد و جهت مطالعه آزاد ارائه گردیده است.

برای انجام جراحی تخمدان و لوله فالوپ، آگاهی کامل به آناتومی، تغذیه عروقی و ارتباط با ساختارهای مجاور لازم است. (عکس ۱-۱۹)

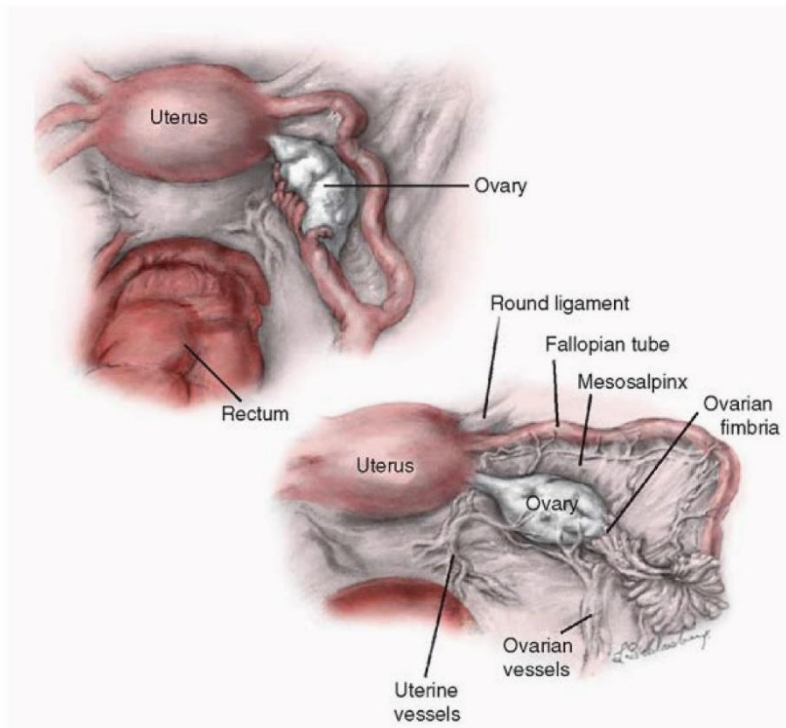
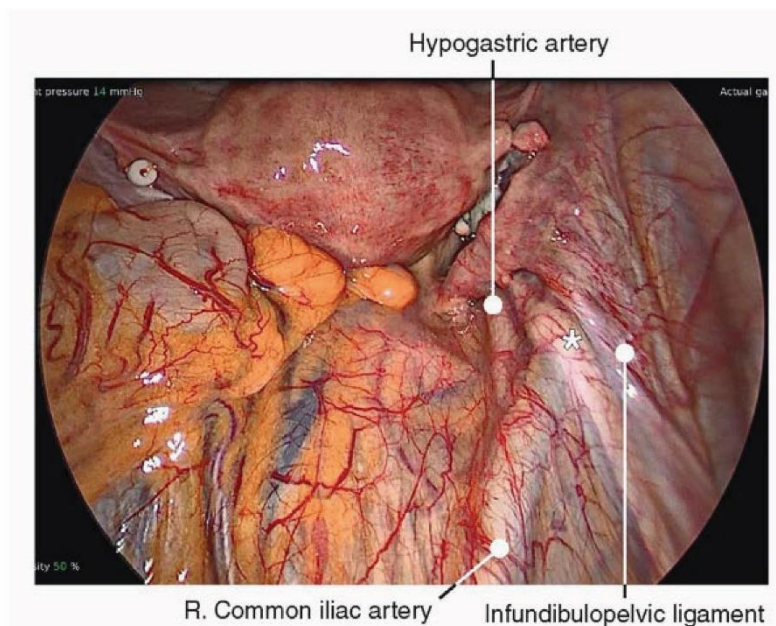


FIGURE 19.1 Adnexal anatomy.

خونسازی به تخمدان توسط شریان تخمدانی (گنادال) از آئورت صورت می‌گیرد که پایین‌تر از محل انشعاب عروق کلیوی از آئورت جدا می‌شود و در لیگامان اینفندیبولوپلوپیک ادامه مسیر می‌دهد (همچنین به عنوان رباط معلق تخمدان نیز شناخته می‌شود). ورید تخمدانی در سمت راست به ورید اجوف تحتانی و در سمت چپ به ورید کلیوی تخلیه می‌شود. لوله فالوپ از یک ناحیه ایسمی در نزدیکی محل ورود به کورنه رحمی، ناحیه آمپولاری در قسمت میانی و اینفندیبولوم در نزدیکی انتهای فیمبریا تشکیل شده و خون خود را از منابع تخمدانی و رحمی تأمین می‌کند. شایان ذکر است عروق با منشأ رحمی / هیپوگاستریک که در لیگامان یوترواوارین جریان دارد محل مهمی از جریان جانبی بین گردش خون شکمی و لگنی است.



**FIGURE 19.2** Identification of ureter relative to gonadal vessels at pelvic brim. Asterisk denotes ureter coursing over external iliac vessels. (Courtesy of Dr. Sarah Cohen.)

همان‌طور که در شکل ۱۹-۲ نشان داده شده، ساختارهای آدنکسی هنگام عبور حالب از لبه لگن و قدام به محل دو شاخه شدن عروق ایللیاک در مجاورت آن قرار می‌گیرند.

اندیکاسیون‌های رایج برای جراحی آدنکس شامل وجود توده، شک به تورشن یا نگرانی‌های مربوط به تولیدمثل است. با توجه به اتیولوژی توده تخمدان، تشخیص افتراقی شامل کیست فیزیولوژیک تخمدان (مانند کیست فولیکولی، جسم زرد یا کیست هموراژیک) که ممکن است ماهیت ساده یا کمپلکس داشته باشد.

آندومتریوما، سیست آدنوما، فیبروم و کیست‌های درموئید (تراتوم) دیگر توده‌های خوش‌خیم آدنکس هستند که ممکن است از نظر ظاهری کمپلکس با درجات مختلف از اجزای سالیید باشند.

توده‌هایی که منشأ لوله فالوپ دارند شامل کیست‌های پاراتوبال یا هیدروسالپنکس می‌شوند. هنگام ارزیابی توده لگنی به ویژه در زنان پرخطر یا منوپوز، نئوپلاسم‌های بدخیم نیز باید مد نظر باشد. برخی ویژگی‌های تصویربرداری برای تشخیص توده‌های خوش‌خیم از بدخیم مفید هستند.

دو حالت به طور خاص می‌تواند منجر به تظاهرات حاد و درمان اورژانسی شود: پارگی کیست تخمدان یا شک به تورشن. در مورد کیست پاره شده، بیمار ممکن است با درد حاد شکمی لگنی مراجعه و در معاینه علائم تحریک پریتونن داشته باشد و در تصویربرداری مایع آزاد گزارش شود و برخلاف تظاهرات حاملگی خارج رحمی پاره شده، در ارزیابی آزمایشگاهی HCG منفی باشد. اگرچه کیست هموراژیک پاره شده به طور محافظه‌کارانه با کنترل درد و اقدامات حمایتی با درمان انتظاری مدیریت می‌شود اما موارد شدیدتر برای برقراری هموستاز و پاکسازی هموپریتونن نیاز به جراحی دارند. یک ابزار مفید برای مدیریت لاپاراسکوپیک هموپریتونن با حجم بالا یک کانول



## واژینال هیسترکتومی

هیسترکتومی واژینال یک جراحی از ناحیه ژنیتال است و به عنوان یکی از روش‌های اصلی با حداقل تهاجم زنان توصیف شده است و رویکردی ارجح در بیماری‌های خوش‌خیم در صورت امکان می‌باشد. این توصیه بر اساس شواهدی است که نشان می‌دهد رویکرد واژینال در مقایسه با سایر روش‌ها به طور قابل توجهی با نتایج بهتری همراه است. بنابراین جراح متخصص زنان باید دانش و مهارت انجام این روش جراحی را داشته باشد.

### اندیکاسیون‌ها

اندیکاسیون هیسترکتومی (با هر روشی) شامل شرایطی است که نمی‌توان آن را با درمان‌های محافظه‌کارانه یا پروسیجرهای کمتر تهاجمی با موفقیت درمان کرد. پرولاپس علامتدار اعضای لگنی، اندیکاسیون اصلی برای انتخاب روش واژینال است. سایر اندیکاسیون‌های آن شامل: لیومیومای علامتدار، خونریزی‌های غیرطبیعی و یا غیرعملکردی رحم، دیسمنوره یا دیسپارونی ناشی از علل رحمی، شرایط پیش بدخیم مانند هیپرپلازی کمپلکس آندومتر، نئوپلازی داخل اپیتلیالی سرویکس یا کارسینوم میکرواینویزیو سرویکس می‌باشد.

### دیدگاه تاریخی

اولین هیسترکتومی واژینال برنامه‌ریزی شده در سال ۱۸۱۳ توسط کنراد لانگینگ از گوتینگن انجام شد. این داستان تا حدودی افسانه است. از آنجایی که او گزارش موفقیت‌آمیز این روش را تا سال ۱۸۱۷ منتشر نکرد و تا آن زمان دستیار جراحی‌اش فوت کرده و نمونه گم شده بود بنابراین هیچ یک از همکارانش گزارش عمل را باور نکردند. ۲۶ سال بعد زمانی که بیمار به دلیل پیری درگذشت، معاینه شد، مشخص شده که عمل جراحی انجام شده و رحم واقعاً به طور کامل خارج شده است و در نهایت به اثبات رسید. خارج کردن بی‌خطر رحم در اوایل دهه ۱۹۰۰ بسیاری از جراحان را به چالش کشید، و برادران مایو، دکتر ویلیام و چارلی برای حل این مشکل تلاش کردند. آن‌ها اولین پذیرندگان این تکنیک اروپایی جهت بستن عروق با گیره به جای بخیه بودند، روشی که در ایالات متحده در آن زمان مورد بحث بود. آن‌ها همچنین روش برداشتن رحم و ایجاد یک حمایت لیگامانی برای آپکس واژن را ارتقا دادند. در سال ۱۹۱۶ برادران مایو «بخش ویژه جراحی عمومی» را تأسیس کردند، یعنی اولین بخش جراحی زنان خود را که توسط دکتر جیمز سی ماسون رهبری می‌شد. نوبل اسپرواستاهینی از شیکاگو یکی دیگر از شخصیت‌های تاریخی کلیدی در تکامل این روش بود. در سال ۱۹۳۴ او گزارشی از هیسترکتومی واژینال در ۶۲۷ بیمار را برای بیماری‌های خوش‌خیم لگن منتشر کرد که تنها ۳ مورد منجر به مرگ شده بود. او از اولین حامیان این روش بوده و از این روش به عنوان رویکرد اولیه هیسترکتومی حتی در زنان بدون پرولاپس رحم حمایت کرد. در کلینیک مایو، دکتر جیمز ماسون تکنیک‌های دکتر نوبل هینی از شیکاگو را به کار گرفت. جانشین او دکتر Virgil به عنوان مشاور بیشتر تکنیک‌ها



را اصلاح کرد، فیلد جراحی را بهینه کرد، خطرات آسیب ممانه، لوله‌ها، روده کوچک و بزرگ را به حداقل رساند، روش ورود به کولدوساک قدامی و خلفی و کلمپ و ترانس فیکس کردن پدیکل‌ها را با روشی ثابت ایجاد کرد. این روش سیستماتیک می‌تواند برای رحم‌هایی با اندازه و نزول متفاوت کارآمد باشد.

برای کاهش خطر انتروسل پس از هیستریکتومی در اواسط دهه ۱۹۰۰، دکتر ریچارد سیمونز انواع مختلفی از تکنیک‌های کولدوپلاستی را مورد مطالعه قرار داد و آن‌ها را اصلاح کرد تا در نهایت روشی را معرفی کرد که به نام Mayo McCall شناخته می‌شود، یک روش ساسپنشن اپکس واژن که به طور معمول به عنوان پروفیلاکسی و درمان انتروسل در ابعاد مختلف واژن قابل استفاده است. تلاش‌های این جراحان طی ۶۰ سال گذشته منجر به ایجاد تکنیک‌های معاصر شده است که با تغییرات کمی ادامه یافته است.

### روش ارجح برای هیستریکتومی

از قرن بیستم اکثر هیستریکتومی‌ها از طریق برش شکمی (لاپاراتومی) انجام می‌شود. با این حال شواهد نشان می‌دهد که هیستریکتومی واژینال باید روش ارجح برای بیماری‌های خوش‌خیم باشد. بررسی کاکرین در سال ۲۰۱۵ از ۴۷ مطالعه شامل ۵۱۰۲ بیمار که تحت هیستریکتومی از روش‌های مختلف (واژن، شکم، لاپاراسکوپی) قرار گرفته بودند، گزارش داد که در مقایسه با هیستریکتومی شکمی، روش واژینال با بازگشت سریع‌تر به فعالیت‌های روزمره و کیفیت بهتر زندگی همراه بوده و در مقایسه با روش لاپاراسکوپی، روش واژینال با زمان کوتاه‌تر جراحی و بستری در بیمارستان همراه بود که منجر شد روش مقرون به صرفه‌تری باشد (جدول ۱-۲۲).

TABLE 22.1 Advantages of Vaginal Hysterectomy

#### Advantages of the Vaginal Approach vs the Abdominal Approach

- Shorter duration of hospital stay
- Faster return to normal activity
- Decreased postoperative febrile morbidity or unspecified infections

#### Advantages of the Vaginal Approach vs the Laparoscopic Approach

- No difference in intraoperative, short-term, or long-term complications
- Recovery time and pain scores similar
- Shorter operating time
- Lower cost

From Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2015*, CD003677.

بسیاری از سازمان‌های حرفه‌ای ملی هیستریکتومی واژینال را به عنوان روش ارجح توصیه کرده و پیشنهاد می‌کنند که روش لاپاراسکوپی تنها زمانی انجام شود که روش واژینال امکان‌پذیر نباشد.

#### BOX 22.1 STEPS IN THE PROCEDURE Vaginal Hysterectomy

##### Positioning

Dorsal lithotomy with buttocks positioned at the end of the table or slightly off the table to achieve full access for surgeon and surgical assistants

##### Examination under Anesthesia

- Confirm ability to proceed with vaginal approach to hysterectomy.
- Evaluate pelvic arch and vaginal caliber.
- Assess size and architecture of the uterus and mobility (uterine descent).
- Rectovaginal exam may be performed to assess adnexa and for any extrauterine pathology.

##### Vaginal Incision

# ترمیم اپیزیوتومی و پارکی‌های پیچیده پرینه

## اپیزیوتومی

اپیزیوتومی، برش جراحی روی جسم پرینه ال است که باعث تسهیل زایمان واژینال می‌شود. اولین بار در سال ۱۷۴۲ شرح داده شد و در قرن نوزدهم به جامعه مامایی آمریکا معرفی شد؛ اما بعد از سال ۱۹۲۰ هنگامی که جراح زنان برجسته، Joseph Delee در کنفرانس خود در جامعه ژنیکولوژی آمریکا آن را شرح داد، استفاده از اپیزیوتومی رواج بیشتری پیدا کرد. Delee معتقد به استفاده از اپیزیوتومی مدیولترال در تمام خانم‌های نولی پار بود و از آن به عنوان فورسپس پروفیلاکسی، برای زایمان یاد می‌کرد. فلسفه‌ی استفاده از اپیزیوتومی شامل کوتاه کردن مرحله‌ی دوم زایمان، حفاظت از کف لگن، جلوگیری از پرولاپس رحم و جلوگیری از پارگی سپتوم وزیکوواژینال و عواقب طولانی مدت آن می‌باشد. همچنین Delee معتقد بود که با تسریع زایمان، می‌توان از آسیب‌های کوتاه و بلندمدت به جنین جلوگیری کرد.

## بروز

تا پایان دهه ۱۹۷۰، اپیزیوتومی در ۶۷٪ تمام زایمان‌های واژینال در آمریکا و با میزان بالاتر در افراد نولی پار انجام می‌شد. اگرچه پزشکان فایده‌ی آن را، برای مادر و نوزاد در طول دهه‌ی ۱۹۷۰ و ۱۹۸۰ زیر سؤال بردند. به همین خاطر شیوع اپیزیوتومی به طور چشمگیری کاهش پیدا کرد. میزان انجام اپیزیوتومی، امروزه در آمریکا در حدود ۹٪ تا ۱۲٪ است.

## اندیکاسیون‌ها

منطق اولیه‌ی استفاده از اپیزیوتومی، شامل: عواقب نوزادی بهتر و کاهش تروما به کف لگن مادر، هم چنین بهبود سهولت ترمیم در مقایسه با پارگی خود بخود، می‌باشد. اگرچه این مزایای مطرح شده، با شواهد علمی به اثبات نرسیده‌اند. پس امروزه اندیکاسیون استفاده از اپیزیوتومی چیست؟ دو مورد از اندیکاسیون‌های آن همچنان متقاعد کننده هستند، که هر دوی آن‌ها در مواقع اورژانسی به سود جنین هستند. اولین مورد، برادیکاردی جنین حین crowning است که انجام اپیزیوتومی می‌تواند زایمان را تسریع کند. دومین مورد، در اداره‌ی دیستوشی شانه و به منظور ایجاد فضای بیشتر است تا متخصص زنان بتواند مانورهای چرخشی یا مانورهای اصلاحی دیگر را انجام دهد. باید توجه داشت که انجام اپیزیوتومی به تنهایی نمی‌تواند باعث اصلاح دیستوشی شانه شود، زیرا فضای بیشتر در بافت نرم نمی‌تواند شانه‌ی قدامی را از زیر پوبیس مادر آزاد کند؛ پس اپیزیوتومی تنها هنگامی کمک کننده است که عامل زایمان تشخیص دهد برای انجام مانورهای لازم، نیاز به فضای بیشتری دارد. اپیزیوتومی بصورت روتین در زایمان‌های واژینال اپراتیو، اندیکاسیون ندارد و خطر آسیب شدید پرینه را در استفاده توام با وکیوم یا فورسپس افزایش میدهد.



## اپیزوتومی مدیولترال و میدلاین

هنگامی که اپیزوتومی، در بالین ضروری به نظر می‌رسد، شواهد موجود نشان می‌دهد که اپیزوتومی مدیولترال ریسک کمتری نسبت به نوع میدلاین، برای آسیب اسفنکتر آنال دارد. در گذشته، اپیزوتومی مدیولترال را، با ریسک بیشتر برای دیسپارونی مرتبط می‌دانستند. همچنین اپیزوتومی مدیولترال با خونریزی بیشتر و افزایش خطر تشکیل هماتوم همراه است و احتمالاً از نظر تکنیکی، ترمیم سخت‌تری دارد. در یک مطالعه اخیر، درد کف لگن و دیسپارونی، در یک گروه غیر تصادفی از زنان، بعد از زایمان واژینال همراه با اپیزوتومی، مورد بررسی قرار گرفت. محققان تفاوتی بین دو روش موجود، در درد بعد از زایمان در روز اول و سه ماه بعد از زایمان مشاهده نکردند. همچنین تفاوتی در دیسپارونی گزارش شده براساس تکنیک اپیزوتومی وجود نداشت. پس شاید لازم باشد علل انجام اپیزوتومی میدلاین مجدداً مورد بررسی قرار گیرد و مطالعات بیشتر، برای مقایسه‌ی این دو روش و درک فواید و مضرات هر کدام، مفید خواهد بود.

یکی از دلایلی که باعث نتایج ضد و نقیض در مورد عواقب پرنه‌ای اپیزوتومی مدیولترال می‌شود، روش نامناسب انجام آن است. مطالعات متعددی در انگلستان، اشکالاتی را در تکنیک اپیزوتومی پزشکان و ماماها نشان داده است. در مطالعه‌ای در سال ۲۰۰۳ نشان داده شد که تنها ۴۶٪ پزشکان و ۳۳٪ ماماها قادر به رسم شکل یک اپیزوتومی ایده‌آل هستند که زاویه‌ی حداقل ۴۰ درجه از خط وسط دارد. در مطالعه‌ی دیگری، اپیزوتومی‌های مدیولترال را بعد از ترمیم مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه دست یافتند که تنها ۲۲٪ از اپیزوتومی‌های انجام شده توسط پزشکان، مدیولترال بودند (زاویه‌ی بین ۴۰ تا ۶۰ درجه از خط وسط)؛ و هیچ‌کدام از اپیزوتومی‌های انجام شده توسط ماماها، مدیولترال نبودند. یک اپیزوتومی 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 پرنه 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. اقدامات اخیر انجام شده، باعث بهبود دانش تکنیکی، در این زمینه شده‌اند اما همچنان تفاوت‌های گسترده‌ای در زاویه‌ی اپیزوتومی‌های مدیولترال به چشم می‌خورد. علاوه بر این، ابزارهای جدیدی، برای اطمینان از زاویه صحیح برش، تولید شده‌اند که تاکنون هیچ یک بصورت گسترده، مورد پذیرش قرار نگرفته‌اند.

## تکنیک اپیزوتومی مدیولترال

اکثر متخصصین زنان راست دست، اپیزوتومی 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 پرنه‌ی 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 پرنه 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.

توصیه‌های مربوط به زمان اپیزوتومی مورد مطالعه دقیق قرار نگرفته است و عمدتاً بر اساس نظر متخصص است. بیشتر توصیه‌های موجود مربوط به زمانی هستند که اپیزوتومی به صورت روتین انجام می‌شد و صاحب‌نظران به انجام اپیزوتومی زودهنگام و قبل از crowning معتقد بودند؛ اما در عصر حاضر، که استفاده از اپیزوتومی محدود رایج است، اندیکاسیون لزوم انجام اپیزوتومی تا زمانی که crowning سر اتفاق نیوفتاده، مشخص نمی‌باشد. در یک مطالعه که انجام اپیزوتومی را قبل و بعد از crowning سر مورد بررسی قرار می‌داد، مشخص شد که هیچ تفاوتی در میزان خونریزی، درد، ظاهر آناتومیک آن، آسیب وارده به اسفنکتر آنال، عملکرد جنسی و یا