

طبابت، پیوند خرد و مهر است؛

خرد برای درمان، و مهر برای انسان

سرشناسه	سوری، شیرین، ۱۳۷۴
عنوان و نام پدیدآور	لاپاراسکوپی و هیستروسکوپی: کتاب جامع ویژه آمادگی آزمون ارتقاء و بورد ۱۴۰۶ همراه با مجموعه سوالات ارتقاء و بورد Berek & Novak, s Gynecology 2025 edition 17 /
مشخصات نشر	تهران: کاردیا، ۱۴۰۵.
مشخصات ظاهری	۲۴۰ ص.: مصور، جدول. ج ۱۲
شابک	ریال شابک: ۵ -۹۹۹ -۴۰۴-۶۲۲-۹۷۸
مدیر تولید	الهه شهدادی
وضعیت فهرست نویسی	فیپا
یادداشت	کتاب حاضر ترجمه و تلخیص بخش‌هایی از کتاب" Berek & Novak' s Gynecology 2025 edition 17 اثر جاناتان برک است.
موضوع	تولیدمثل -- اندام‌های مادینه -- سرطان Generative organs, Female -- Cancer سرطان در زنان- Cancer in women - پزشکی زنان - Gynecology تولید مثل -- اندام‌های مادینه -- سرطان -- آزمون‌ها و تمرین‌ها Generative organs, Female -- Cancer -- Examinations, questions, etc سرطان در زنان -- آزمون‌ها و تمرین‌ها Cancer in women -- Examinations, questions, etc. پزشکی زنان -- آزمون‌ها و تمرین‌ها Gynecology -- Examinations, questions, etc.
شناسه افزوده	نواک، امیل، ۱۸۸۳ - ۱۹۵۷م.
شناسه افزوده	Novak, Emil
رده بندی کنگره	۵/RG۱۰۷
رده بندی دیویی	۱۰۷۵۴۵/۶۱۸
شماره کتابشناسی ملی	۹۲۲۴۸۰۰
اطلاعات رکورد کتابشناسی	فیپا

درسنامه لاپاراسکوپی و هیستروسکوپی : کتاب جامع ویژه آمادگی آزمون ارتقاء و بورد ۱۴۰۶ همراه با مجموعه سوالات ارتقاء و بورد

برگرفته از کتاب: "Berek & Novak, s Gynecology 2025 edition 17 " است.

ترجمه و تلخیص: دکتر شیرین سوری

ناشر: انتشارات کاردیا

صفحه‌آرا: رزیدنت‌یار – صبا درخشان فرد

طراح و گرافیست: رزیدنت‌یار– مهراد فیضی

چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت‌یار

نوبت چاپ: اول ۱۴۰۵

شابک: ۵-۹۹۹- ۴۰۴_۶۲۲_۹۷۸

بهاء: ریال

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

شماره تماس: ۶۶۴۱۹۵۲۰ – ۶۶۴۸۱۴۷۲ – ۰۲۱، ۶۶۴۸۱۷۳۴ – ۰۲۱، شماره تماس ویژه: ۹۱۰۹۵۹۶۷– ۰۲۱

www.residenttyar.com

هر گونه کپی‌برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

لاپاراسکوپی
و
هیستروسکوپی

کتاب جامع ویژه آمادگی آزمون ارتقاء و بورد ۱۴۰۶

همر اه با مجموعه سوالات ارتقاء و بورد

Berek & Novak, s Gynecology 2025 edition 17

ترجمه و تلخیص

دکتر شیرین سوری

رتبه ۷ کشور بورد تخصصی زنان و زایمان ۱۴۰۴

عضو هیئت علمی دنشگاه علوم پزشکی اصفهان

دستیار فلوشیپ پریناتولوژی اصفهان

مقدمه 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 ۱۸ 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

مرجان پورندیم

مقدمه مولف

گاهی مسیرهایی که بیش از همه به مقصد می‌رسند، از ابتدا با رؤیای رسیدن به یک جایگاه مشخص آغاز نشده‌اند.

دوران دستیاری برای من، مانند بسیاری از دستیاران رشته‌ی زنان و زایمان، با روزهایی پرمشغله، مسئولیت‌های سنگین و فرصت‌های محدود برای مطالعه همراه بود. در میان کشیک‌ها، مسئولیت‌های بالینی و دغدغه‌های روزمره‌ی رزیدنتی، مطالعه برای آزمون بورد هیچ‌گاه مسیری ساده و بی‌دغدغه نبود. با این حال، در مقطعی از این مسیر، فرصتی فراهم شد تا با نگاهی متفاوت‌تر به مطالعه بازگردم؛ این‌بار نه صرفاً برای عبور از یک آزمون، بلکه برای فهمیدن، عمیق‌تر آموختن و لذت بردن از خودِ فرآیند یادگیری.

شاید از همان ابتدا، کسب رتبه‌ی برتر هدف من نبود. آنچه پیش روی خود می‌دیدم، تنها تلاش برای یادگیری بهتر و انجام درست وظیفه‌ای بود که بر عهده داشتم. اما گاهی خداوند، مسیر انسان را به شکلی رقم می‌زند که فراتر از برنامه‌ریزی‌ها و پیش‌بینی‌های اوست. در نهایت، لطف خداوند مرا در مسیری قرار داد که حاصل آن، کسب **رتبه‌ی هفتم کشوری آزمون بورد تخصصی سال ۱۴۰۴** بود؛ نتیجه‌ای که بیش از آنکه برای من یک عنوان باشد، یادآور مسیری است که در آن آموختم می‌توان با وجود محدودیت‌ها، قدم‌به‌قدم پیش رفت و به نقطه‌ای رسید که شاید در آغاز، حتی در فهرست آرزوها نیز نبوده است.

در تمام سال‌های تحصیل، یکی از عمیق‌ترین لذت‌های من، آموختن و سپس به اشتراک گذاشتن آموخته‌هایم با دیگران بوده است. همیشه باور داشته‌ام که دانشی که تنها در ذهن ما باقی بماند، بخش کوچکی از ارزش خود را آشکار کرده است؛ اما وقتی آموخته‌هایمان را در اختیار دیگری قرار می‌دهیم، آموزش به تجربه‌ای ماندگار تبدیل می‌شود.

امروز، قرار گرفتن در مسیر آموزش برای من تنها یک فعالیت حرفه‌ای نیست؛ بلکه امتداد همان علاقه‌ای است که سال‌ها در وجودم شکل گرفته است: **آموختن و کمک به آموختن دیگران.** امیدوارم بتوانم از این مسیر، سهم کوچکی در ارتقای آموزش دستیاران و همکاران عزیزم در سراسر کشور داشته باشم و آنچه را در این سال‌ها آموخته‌ام، به شکلی منظم، روشن و کاربردی در اختیار نسل‌های بعدی قرار دهم.

در پایان، از **اساتید ارجمندم در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و به ویژه استاد بزرگوارم و مدیر گروه زنان اصفهان سرکار خانم دکتر مینو موحدی که حقیقتاً به مانندشان را ندیدم که نه تنها به عنوان یک مدیر گروه و استاد بلکه همیشه فراتر از وظیفه شان به عنوان یک مادر برای رزیدنتها بودند و هستند و خانواده‌ی بزرگ و عزیز گروه زنان** که در سال‌های آموزش و شکل‌گیری مسیر حرفه‌ای من، همواره از حضور، دانش و حمایتشان بهره‌مند بوده‌ام، صمیمانه سپاسگزارم. همچنین از **پدر و مادر عزیزم و خواهر عزیزم** که محبت و دعای خیرشان همواره پشتوانه‌ی من بوده است، از صمیم قلب قدردانی می‌کنم.

با امید به اینکه آنچه از این مسیر آموخته‌ام، چراغی هرچند کوچک برای مسیر دیگران باشد.

دکتر شیرین سوری

رتبه ۷ کشور بورد تخصصی زنان و زایمان ۱۴۰۴

عضو هیئت علمی دنشگاه علوم پزشکی صفهان

دستیار فلوشیپ پریناتولوژی اصفهان

فهرست مطالب

فصل ۲۵: ارزیابی پیش از عمل و مدیریت پس از عمل..... ۱۱
فصل ۲۶: آندوسکوپی زنان..... ۹۱
سوالات و پاسخنامه ارتقاء و بورد تخصصی فصل ۲۶..... ۱۹۱
فصل ۲۷: هیستروکتومی..... ۱۹۳

ارزیابی پیش از عمل و مدیریت پس از عمل
Preoperative Evaluation and Postoperative Management

نتیجه‌ی موفق جراحی زنان بر پایه‌ی ارزیابی دقیق، آماده‌سازی موشکافانه پیش از عمل، و مراقبت هوشیارانه پس از عمل استوار است. این فصل به مدیریت پری اپراتیو عمومی بیماران تحت جراحی‌های بزرگ زنان و نیز مشکلات پزشکی اختصاصی‌ای که می‌توانند روند جراحی را دچار عارضه کنند، می‌پردازد.

۱. شرح حال پزشکی و معاینه فیزیکی (Medical History and Physical Examination)

جراحی زنان باید تنها پس از کسب شناخت کامل از شرح حال پزشکی بیمار و انجام یک معاینه فیزیکی جامع صورت گیرد.

۱. شرح حال پزشکی باید شامل پرسش‌های دقیقی برای شناسایی هر بیماری داخلی باشد که ممکن است با جراحی یا بیهوشی تشدید شود. بیماری عروق کرونر (Coronary Artery Disease)، دیابت، بیماری‌های ریوی و چاقی، شایع‌ترین علل عوارض پس از عمل هستند.

۲. باید وضعیت عملکردی (performance status)، شکنندگی (frailty) و میزان نیاز بیمار به حمایت پس از عمل ارزیابی شود. ابزارهای استاندارد ارزیابی وجود دارند، اما ارزیابی ذهنیِ میزان تحرک بیمار در فعالیت‌های روزمره نیز می‌تواند به‌عنوان شاخصی جایگزین برای معادل‌های متابولیک (Metabolic Equivalents; METs) به‌کار رود. METs کمتر از ۴ به‌معنای وضعیت عملکردی ضعیف است و با افزایش خطرهای پری‌اپراتیو همراه است. نمونه‌هایی از فعالیت با METs بیش از ۴، بالا رفتن از یک طبقه پله یا انجام کارهای منزل است.

۳. داروهای مصرفی فعلی بیمار (از جمله داروهای بدون نسخه) و داروهایی که طی یک ماه پیش از جراحی قطع شده‌اند باید ثبت شوند. اطلاعات مربوط به مصرف «درمان‌های جایگزین» (alternative therapies)، گیاهان دارویی و ویتامین‌ها نیز باید پرسیده شود. باید دستورالعمل‌های مشخصی درباره‌ی لزوم قطع برخی داروها پیش از جراحی به بیمار داده شود (مانند آسپیرین، عوامل ضدپلاکتی، دیورتیک‌ها، آگونیست‌های گیرنده‌ی گلوکاگون‌مانند پپتید-۱؛ GLP-1 receptor agonists، هورمون‌درمانی جایگزین یا قرص‌های ضدبارداری خوراکی) و نیز داروهایی که باید ادامه یابند (مانند بتابلوکرها، آگونیست‌های آلفا-۲؛ α-2 agonists، استاتین‌ها، بلوکرهای H2 و مهارکننده‌های پمپ پروتون). همکاری با متخصص بیهوشی در تصمیم‌گیری درباره‌ی ادامه یا قطع داروهای پیش از عمل ضروری است. در مورد داروهای گیاهی، شواهدی مبنی بر بهبود پیامد جراحی با آن‌ها وجود ندارد و بسیاری از آن‌ها ممکن است خطر عوارض را افزایش دهند (جدول ۱-۲۵). توصیه می‌شود همه‌ی داروهای گیاهی حداقل یک هفته پیش از جراحی قطع شوند.

جدول ۱-۲۵ — اثرات بالقوه‌ی گیاهان دارویی و مکمل‌های رژیمی رایج

گیاه/مکمل	اثر بالقوه‌ی پری‌اپراتیو
آلوئه‌ورا (Aloe)	احتمال تقویت اثر تیازیدها
بلک کوهوش (Black Cohosh)	احتمال تشدید اثرات افت‌فشاری
دانشن (Danshen)	احتمال ایجاد خونریزی
دونگ‌کوآی (Dong Quai)	احتمال ایجاد خونریزی
اکیناسه (Echinacea)	واکنش‌های آلرژیک؛ کاهش اثربخشی داروهای سرکوب‌گر ایمنی
افدرا/ماهوانگ (Ephedra/Ma Huang)	خطر ایسکمی میوکارد و سکته مغزی ناشی از تاکی‌کاردی و هیپرتانسیون؛ آریتمی بطنی همراه با هالوتان؛ مصرف طولانی‌مدت می‌تواند باعث بی‌ثباتی همودینامیک حین عمل شود؛ تداخل تهدیدکننده حیات با مهارکننده‌های مونوآمین‌اکسیداز و بیهوشی، و احتمال بروز سندرم قطع مصرف
سیر (Garlic)	احتمال افزایش خطر خونریزی
جینکو (Ginkgo)	احتمال افزایش خطر خونریزی
جینسینگ (Ginseng)	کاهش قند خون و احتمال افزایش خطر خونریزی
کاوا (Kava)	احتمال تقویت اثر آرام‌بخشی داروهای بیهوشی (ارتباطی بین مصرف کاوا و هپاتوتوکسیسیتی کشنده گزارش شده است)
شیرین‌بیان (Licorice)	احتمال ایجاد هیپرتانسیون و هیپوکالمی
سنا (Senna)	احتمال ایجاد اختلال الکترولیتی
سنت‌جانزورت (St. John's Wort)	القای آنزیم سیتوکروم P 450 ؛ آرام‌بخشی بیش‌ازحد و تأخیر در بازگشت از بیهوشی عمومی؛ احتمال سندرم سروتونین در صورت مصرف هم‌زمان با سایر عوامل سروتونرژیک
سنبل‌الطیب (Valerian)	آرام‌بخشی بیش‌ازحد و تأخیر در بازگشت از بیهوشی عمومی؛ سندرم قطع مصرف حاد شبیه بنزودیازپین‌ها
یِربا ماته (Yerba Mate)	احتمال ایجاد هیپرتانسیون یا هیپوتانسیون و تحریک بیش‌ازحد سیستم سمپاتیک

۴. باید از بیمار درباره‌ی حساسیت‌های شناخته‌شده به داروها (مانند سولفا و پنی‌سیلین)، غذاها یا عوامل محیطی (لاتکس) پرسش شود.

۵. جراحی‌های قبلی و روند بیمار پس از آن جراحی‌ها باید مرور شوند تا عوارض احتمالی شناسایی و از آن‌ها پیشگیری شود. باید از بیمار درباره‌ی عوارض خاصی مانند خونریزی بیش از حد، عفونت زخم، ترومبوآمبولی وریدی (Venous Thromboembolism; VTE)، پریتونیت یا انسداد روده پرسیده شود. جراحی لگنی پیشین باید جراح زنان را نسبت به احتمال تغییر آناتومی جراحی، مانند چسبندگی‌ها (adhesions) یا تنگی حالب (ureteral stricture)، هوشیار کند. در چنین مواردی، ممکن است تصویربرداری مقطعی رایانه‌ای (Computed Tomography; CT) یا سایر روش‌های تصویربرداری برای شناسایی ناهنجاری‌های از پیش موجود، محتاطانه باشد. بسیاری از بیماران ممکن است اطلاع دقیقی از حدود جراحی قبلی یا جزئیات یافته‌های حین عمل نداشته باشند؛ بنابراین باید گزارش‌های عمل جراحی‌های پیشین اخذ و بررسی شوند.

۶. شرح حال خانوادگی می‌تواند ویژگی‌های ارثی‌ای را که ممکن است جراحی برنامه‌ریزی‌شده را دچار عارضه کنند، آشکار سازد. باید سابقه خانوادگی خونریزی بیش‌ازحد حین یا پس از عمل، VTE، هایپرترمی بدخیم (Malignant Hyperthermia) و سایر بیماری‌های بالقوه ارثی جویا شد.

۷. مرور دستگاه‌ها (Review of Systems) باید دقیق باشد تا هر بیماری داخلی یا جراحی همراه شناسایی شود. پرسش درباره‌ی عملکرد گوارشی (GI) و ادراری پیش از جراحی لگنی به‌ویژه اهمیت دارد، زیرا بسیاری از بیماری‌های زنان احشای غیرزنانه‌ی مجاور را نیز درگیر می‌کنند. بیمار ممکن است علائم کم‌اهمیت‌تری داشته باشد که می‌توان هم‌زمان با جراحی اصلی اصلاح کرد (مانند بی‌اختیاری استرسی ادرار، آلودگی مدفوعی و سیستوسل علامت‌دار).

۸. اگرچه بسیاری از زنان کاندید جراحی زنان از نظر سایر سیستم‌ها سالم‌اند و آسیب‌شناسی تنها در معاینه لگنی مشخص می‌شود، سایر دستگاه‌های اصلی بدن نباید در معاینه فیزیکی نادیده گرفته شوند. شناسایی ناهنجاری‌هایی مانند سوفل قلبی (heart murmur)، اختلال عملکرد ریوی، فتق یا استئوآرتریت مفاصل هیپ یا زانو باید جراح را به انجام آزمایش‌ها و مشاوره‌های تکمیلی برای کاهش عوارض حین و پس از عمل ترغیب کند.

۲. ارزیابی آزمایشگاهی (Laboratory Evaluation)

انجام آزمایش‌های آزمایشگاهی «روتین» پیش از عمل در زنان سالم توصیه نمی‌شود، زیرا نتایج غیرطبیعی نادر بوده و به ندرت در مدیریت جراحی یا بیهوشی بیمار تأثیرگذارند. با وجود دستورالعمل‌های تثبیت‌شده، در یک مرکز پزشکی دانشگاهی بزرگ حدود ۹۰٪ از بیماران تحت آزمایش‌های غیرضروری قرار می‌گیرند. انتخاب آزمایش‌های آزمایشگاهی مناسب پیش از عمل باید بر اساس نوع جراحی برنامه‌ریزی‌شده و وضعیت پزشکی بیمار باشد. شاخص تجدیدنظرشده‌ی خطر قلبی (Revised Cardiac Risk Index; RCRI) می‌تواند برای پیش‌بینی خطر عوارض قلبی پس از جراحی غیرقلبی به‌کار رود. این عوامل خطر بالینی شامل بیماری عروق مغزی، نارسایی احتقانی قلب (Congestive Heart Failure; CHF)، سطح کراتینین بیش از ۲ میلی‌گرم بر دسی‌لیتر و دیابت وابسته به انسولین است.

رادیوگرافی قفسه سینه (Chest X-ray):

- علائم یا نشانه‌های جدید یا ناپایدار قلبی‌عروقی یا ریوی
- بیماران در معرض خطر عوارض ریوی

نوار قلب (Electrocardiogram):

• علائم یا نشانه‌های بیماری قلبی‌عروقی

• جراحی پرخطر (خطر رخداد قلبی پری‌اپراتیو بیش از ۵٪)

• جراحی با خطر متوسط (خطر رخداد قلبی پری‌اپراتیو بین ۱٪ تا ۵٪ به‌همراه یک عامل خطر بالینی RCRI)

شمارش کامل سلول‌های خون (Complete Blood Count; CBC):

• جراحی بزرگ

• بیمارانی با شرایطی که خطر کم‌خونی را افزایش می‌دهد

عملکرد کلیوی (Renal Function):

• بیماری شناخته‌شده کلیوی یا قلبی‌عروقی

آزمایش‌های انعقادی (Coagulation Studies؛ PT، APTT، شمارش پلاکت):

• به‌طور روتین توصیه نمی‌شود

• بیماران با سابقه‌ی خونریزی یا بیماری کبدی

• بیماران مصرف‌کننده‌ی داروهای ضدانعقاد

• شرح‌حال یا معاینه‌ی نگران‌کننده از نظر اختلال انعقادی زمینه‌ای

آنالیز ادرار (Urinalysis):

• به طور روتین توصیه نمی‌شود؛ در صورت وجود علائم یا شرح حال مرتبط قابل بررسی است

• برای اقدامات تهاجمی اورولوژیک قابل ملاحظه است.

نشانگرهای تومورال (Tumor Markers):

به طور کلی، نشانگرهای تومورال برای پیگیری بیماران با سرطان تخمدان شناخته‌شده به‌کار می‌روند و «تشخیصی» تلقی نمی‌شوند. با این حال، بالا بودن نشانگر تومورال در بیمار با توده‌ی لگنی «مشکوک» می‌تواند در تصمیم‌گیری برای ارجاع بیمار به فوق‌تخصص انکولوژی زنان کمک‌کننده باشد.

تصویربرداری از اندام‌های مجاور باید در موارد فردی به شرح زیر انجام شود:

۱. سی تی اوروگرافی (CT Urography) برای مشخص‌کردن باز بودن و مسیر حالب، به‌ویژه در حضور توده‌ی لگنی، سرطان زنان یا ناهنجاری مادرزادی مولرین (Müllerian Anomaly) کمک‌کننده است. سی‌تی اوروگرام در ارزیابی اکثر بیماران کاندید جراحی لگنی ارزشی ندارد.

۲. آندوسکوپی فوقانی، کولونوسکوپی، انمای باریومی یا مطالعات دستگاه گوارش فوقانی همراه با ارزیابی روده کوچک ممکن است در ارزیابی برخی بیماران پیش از جراحی لگنی مفید باشد. به‌دلیل مجاورت دستگاه تناسلی زنانه با بخش تحتانی دستگاه گوارش، رکتوم و کولون سیگموئید ممکن است در بیماری‌های خوش‌خیم (اندومتریوز یا بیماری التهابی لگن) یا بدخیم زنان درگیر شوند. برعکس، یک توده‌ی لگنی می‌تواند منشأ گوارشی داشته باشد، مانند آبسه‌ی دیورتیکولی، توده‌ی ناشی از التهاب روده کوچک (بیماری کرون) یا، به‌ندرت، کارسینوم معده یا پانکراس. هر بیماری با علائم گوارشی باید بیشتر ارزیابی شود.

۳. سایر روش‌های تصویربرداری، از جمله سونوگرافی، سی‌تی‌اسکن یا تصویربرداری تشدید مغناطیسی (Magnetic Resonance Imaging; MRI)، ممکن است در بیماران منتخب، مثلاً برای ارزیابی یک توده‌ی لگنی، مفید باشد. چندین سیستم امتیازدهی (Scoring System) برای ارزیابی سونوگرافی لگنی وجود دارد که می‌تواند افزایش احتمال سرطان تخمدان را نشان دهد.

۳. بحث پیش از عمل و رضایت آگاهانه (Preoperative Discussion and Informed Consent)

بحث پیش از عمل باید شامل توصیف روش جراحی، پیامد مورد انتظار و خطرات آن باشد و مبنای اخذ رضایت آگاهانه‌ی امضاشده (Informed Consent) قرار گیرد. رضایت آگاهانه یک فرایند آموزشی برای بیمار و خانواده‌ی اوست و نیاز به انتقال اطلاعات به زبانی قابل‌فهم را برآورده می‌سازد. موارد فهرست‌شده در جدول ۲-۲۵ باید مطرح شوند و پس از هر مورد، از بیمار و خانواده باید دعوت شود تا سؤالات خود را بپرسند. مستندسازی این بحث بخش مهمی از پرونده‌ی بیمار است که پزشک همواره باید همراه با فرم چاپی رضایت جراحی در پرونده قرار دهد.

جدول ۲-۲۵ — چارچوب نکات کلیدی بحث رضایت آگاهانه پیش از عمل

ردیف	محتوا
۱	ماهیت و گستره‌ی فرایند بیماری
۲	گستره‌ی واقعی عمل پیشنهادی و تغییرات احتمالی آن بسته به یافته‌های حین عمل
۳	فواید مورد انتظار عمل، همراه با برآوردی محتاطانه از احتمال موفقیت
۴	خطرها و عوارض بالقوه جراحی
۵	روش‌های جایگزین درمان و خطرها و نتایج آن روش‌های جایگزین
۶	نتیجه‌ی محتمل در صورت عدم درمان بیمار

اجزای فرایند رضایت آگاهانه به شرح زیر است:

۱. بحث درباره‌ی ماهیت و گستره‌ی فرایند بیماری باید شامل توضیحی به زبان ساده از اهمیت بیماری یا وضعیت موجود باشد. مطالب چاپی، برنامه‌های آموزشی رایانه‌ای و ویدئوها می‌توانند در این فرایند کمک‌کننده باشند. صلاحیت بیمار برای درک بحث و رضایت‌نامه‌ی کتبی باید ارزیابی شود. اگر بیمار به زبان دیگری صحبت می‌کند، باید یک مترجم واجد شرایط حضور داشته باشد و حضور مترجم مستند شود.

۲. اهداف جراحی پیشنهادی باید به تفصیل مطرح شود. برخی از جراحی‌های زنان صرفاً برای اهداف تشخیصی انجام می‌شوند (مانند دیلاتاسیون و کورتاژ؛ D&C، کونیزاسیون با چاقوی سرد، لاپاراسکوپی تشخیصی)، در حالی که اکثر آن‌ها با هدف اصلاح

یک مشکل خاص انجام می‌شوند. گستره‌ی جراحی، از جمله اینکه کدام اندام‌ها برداشته خواهند شد، باید مشخص شود. اغلب بیماران مایل‌اند از نوع برش جراحی و مدت‌زمان تخمینی بیهوشی مطلع شوند.

۳. پیامد مورد انتظار عمل باید توضیح داده شود. اگر عمل با هدف تشخیصی انجام می‌شود، پیامد به یافته‌های جراحی یا پاتولوژیک که پیش از عمل مشخص نیستند بستگی دارد. در درمان یک ناهنجاری آناتومیک یا بیماری، باید موفقیت مورد انتظار عمل و نیز احتمال شکست آن (مانند شکست استریلیزاسیون توبال یا احتمال عدم بهبود یا عود بی‌اختیاری استرسی ادرار) مطرح شود. در درمان سرطان، باید احتمال یافتن بیماری پیشرفته و نیاز احتمالی به درمان کمکی (مانند رادیوتراپی یا شیمی‌درمانی پس از عمل) ذکر شود. سایر موضوعات مهم برای بیمار شامل بحث درباره‌ی از دست رفتن باروری یا عملکرد تخمدان است. این موضوعات باید توسط پزشک مطرح شوند تا اطمینان حاصل شود که بیمار پاتوفیزیولوژی احتمالی ناشی از جراحی را به‌درستی درک می‌کند و فرصت بیان احساسات خود را درباره‌ی این موضوعات داشته باشد. یافته‌های غیرمنتظره حین عمل نیز باید ذکر شوند؛ برای مثال، اگر تخمدان‌ها به‌طور غیرمنتظره بیمار یافت شوند، بهترین قضاوت جراحی ممکن است برداشتن آن‌ها باشد.

۴. خطرها و عوارض بالقوه‌ی جراحی، از جمله شایع‌ترین عوارض همان روش جراحی خاص، باید مطرح شوند. برای اکثر جراحی‌های بزرگ زنان، خطرها شامل خونریزی حین و پس از عمل، عفونت پس از عمل، VTE، آسیب به احشای مجاور و عوارض زخم است. بیمار باید بداند که جراحی کم‌تهاجمی (minimally invasive surgery)، با وجود برش‌های پوستی کوچک، ممکن است بسیاری از همان خطرهای آسیب یا عوارض جراحی «باز» را داشته باشد. با توجه به احتمال نیاز به تزریق فرآورده‌های خونی، باید مشخص شود که آیا بیمار با دریافت تزریق خون مخالفتی دارد یا خیر. مشکلات پزشکی از پیش موجود (مانند دیابت، چاقی، بیماری انسدادی مزمن ریه (COPD)، بیماری عروق کرونر) خطرهای اضافه‌ای به همراه دارند و باید با بیمار مرور شوند. اقداماتی که برای کاهش خطر عوارض انجام خواهد شد نیز باید توضیح داده شوند (مانند آنتی‌بیوتیک پیشگیرانه، آماده‌سازی روده، پیشگیری از VTE).

۵. روند معمول پس از عمل باید به‌اندازه‌ی کافی توضیح داده شود تا بیمار بداند در روزهای پس از جراحی چه انتظاری داشته باشد. اطلاع‌رسانی درباره‌ی نیاز احتمالی به کاتتر سوپراپوبیک، مانیتورینگ طولانی‌مدت ورید مرکزی یا بستری در بخش مراقبت ویژه به بیمار کمک می‌کند تا روند پس از عمل خود را بپذیرد و از غافلگیری‌هایی که ممکن است برای بیمار و خانواده‌اش ناراحت‌کننده باشد جلوگیری می‌کند. مدت زمان مورد انتظار دوره‌ی نقاهت، چه در بیمارستان و چه پس از ترخیص، باید مشخص شود.

۶. جراح باید سایر افراد درگیر در روند جراحی (دستیاران، رزیدنت‌ها) و نقش آن‌ها در مراقبت از بیمار را توضیح دهد. هرگونه تعارض منافع باید افشا شود.

۷. روش‌های درمانی جایگزین، از جمله مدیریت طبی یا سایر رویکردهای جراحی، باید مطرح شوند. خطرها و فواید بالقوه‌ی درمان‌های جایگزین باید بحث شود.

۸. بیمار باید درکی از پیامد بیماری در صورت عدم درمان داشته باشد.

جمع‌بندی نکات کلیدی

• شرح حال دقیق و معاینه فیزیکی کامل، پیش‌نیاز اصلی هر جراحی زنان است؛ بیماری عروق کرونر، دیابت، بیماری‌های ریوی و چاقی شایع‌ترین علل عوارض پس از عمل‌اند.

• METs <۴ نشان‌دهنده‌ی وضعیت عملکردی ضعیف و افزایش خطر پری‌اپراتیو است.

• داروهای گیاهی می‌توانند عوارض پری‌اپراتیو (به‌ویژه خونریزی، بی‌ثباتی همودینامیک و تداخل با بیهوشی) ایجاد کنند و توصیه می‌شود حداقل یک هفته پیش از جراحی قطع شوند.

• آزمایش‌های آزمایشگاهی «روتین» پیش از عمل در زنان سالم توصیه نمی‌شود؛ انتخاب آزمایش باید بر اساس نوع جراحی و وضعیت بالینی بیمار (از جمله RCRI) هدفمند باشد.

• رضایت آگاهانه یک فرایند آموزشی چندجزئی است که باید ماهیت بیماری، گستره‌ی عمل، فواید، خطرها، جایگزین‌های درمانی و پیامد عدم درمان را در بر گیرد و مستند شود.

۴. ملاحظات عمومی (General Considerations)

۴.۱ تغذیه (Nutrition)

همه‌ی بیماران، به‌ویژه بیماران سالمند و کسانی که تحت جراحی‌های بزرگ زنان با دوره‌ی نقاهت طولانی قرار می‌گیرند، باید ارزیابی تغذیه‌ای شوند. بیماران جوانی که تحت جراحی انتخابی زنان قرار می‌گیرند، معمولاً ذخایر تغذیه‌ای کافی دارند و در بیشتر موارد نیازی به حمایت تغذیه‌ای ندارند. وضعیت تغذیه‌ای باید تا زمان بازگشت موفقیت‌آمیز بیمار به رژیم غذایی معمول، در فواصل منظم پس از عمل مجدداً ارزیابی شود.

ارزیابی تغذیه‌ای شامل شرح حال دقیق و معاینه‌ی فیزیکی است که مفیدترین، قابل‌اعتمادترین و کم‌هزینه‌ترین روش‌های تعیین وضعیت تغذیه‌ای بیمارند. به‌طور خاص، پزشکان باید از بیمار درباره‌ی کاهش وزن اخیر، شرح حال رژیم غذایی، رژیم‌های غذایی مد روز، ورزش شدید یا بی‌اشتهایی / پرخوری عصبی (anorexia/bulimia) بپرسند. شواهد فیزیکی سوءتغذیه، از جمله لاغری گیجگاهی (temporal wasting)، آتروفی عضلانی، آسیت و ادم، باید ثبت شوند. اندازه‌گیری دقیق قد و وزن باید انجام شود و وزن ایده‌آل بدن، درصد وزن ایده‌آل بدن و درصد وزن معمول بدن قابل محاسبه است. روش‌های متعددی برای تعیین وضعیت تغذیه‌ای بیمار توسعه یافته‌اند؛ با این حال، بسیاری از این روش‌ها خارج از محیط پژوهشی کاربرد بالینی محدودی دارند. اندازه‌گیری‌های آنتروپومتریک ضخامت چین پوستی و دور عضله‌ی بازو، برآوردی از کل چربی بدن و توده‌ی عضلانی بدون چربی ارائه می‌دهند. ابزارهای غربالگری تغذیه‌ای مانند Mini Nutritional Assessment و Prognostic Nutritional Index برای ارزیابی وضعیت تغذیه‌ای بیمار توصیف شده‌اند.

شاخص توده‌ی بدنی محاسبه‌شده (Body Mass Index; BMI) می‌تواند به‌عنوان شاخصی جایگزین برای وضعیت تغذیه‌ای به‌کار رود. BMI از تقسیم وزن بدن بر حسب کیلوگرم بر مجذور قد بر حسب متر محاسبه می‌شود. BMI کمتر از ۲۲ خطر سوءتغذیه را افزایش می‌دهد و BMI کمتر از ۱۹ شواهد روشنی از سوءتغذیه ارائه می‌دهد. درجه‌ی سوءتغذیه تا حدی با غلظت سرمی آلبومین، ترانسفرین و پره‌آلبومین قابل تعیین است. سطح این پروتئین‌های سرمی به‌شدت تحت تأثیر وضعیت

هیدراتاسیون بیمار قرار دارد. پره‌آلبومین کوتاه‌ترین نیمه‌عمر را دارد (۲ تا ۳ روز) و سطح آن بسیار زودتر از ترانسفرین و آلبومین سرمی **که نیمه‌عمرهایی به‌ترتیب ۸ و ۲۰ روز دارند کاهش می‌یابد**. آلبومین سرمی جایگزینی برای Prognostic Nutritional Index است که محاسبه‌ای زمان‌بر برای ارزیابی سوءتغذیه در زنان با بدخیمی‌های زنان محسوب می‌شود. هیپوآلبومینمی، که با آلبومین کمتر از ۳.۵ گرم بر دسی‌لیتر مشخص می‌شود، در داده‌های National Surgical Quality Improvement Program با موربیدیتی، مورتالیتی و افزایش نرخ عوارض پس از عمل همراه است. سوءتغذیه‌ی پروتئین-انرژی، که با هیپوآلبومینمی مشخص می‌شود، می‌تواند به بهبود ضعیف زخم، افزایش خطر عفونت، افت عملکرد، افزایش موربیدیتی و مرگ منجر شود.

تصمیم‌گیری درباره‌ی نیاز به حمایت تغذیه‌ای باید بر اساس چند عامل اختصاصی برای هر بیمار باشد. این عوامل شامل وضعیت تغذیه‌ای پیشین بیمار، مدت‌زمان مورد انتظار عدم توانایی بیمار در غذا خوردن، گستره‌ی جراحی و احتمال بروز عوارض است. ارزیابی تغذیه‌ای باید مشخص کند که آیا علت سوءتغذیه، افزایش دفع روده‌ای (سوءجذب، فیستول روده‌ای)، کاهش دریافت خوراکی، افزایش نیازهای تغذیه‌ای ناشی از هایپرمتابولیسم (سپسیس، بدخیمی) یا ترکیبی از این عوامل است. سوءتغذیه‌ی شدید، در صورت عدم اصلاح، می‌تواند مشکل پس از عمل را با ایجاد اختلال عملکرد ایمنی، کم‌خونی مزمن، اختلال در بهبود زخم و در نهایت نارسایی چندارگانی و مرگ، پیچیده‌تر کند. شواهدی وجود دارد که حمایت تغذیه‌ای پیش از عمل می‌تواند پیامدهای پس از عمل را در بیماران با سوءتغذیه‌ی قابل‌توجه از پیش موجود بهبود بخشد. طبق دستور العمل‌های انجمن آمریکایی تغذیه‌ی تزریقی و روده‌ای (American Society for Parenteral and Enteral Nutrition; ASPEN)، شواهد پزشکی مبتنی‌بر شواهد از کاربرد حمایت تغذیه‌ای پیش از عمل به مدت ۷ تا ۱۴ روز در بیماران با سوءتغذیه‌ی شدید کاندید جراحی بزرگ غیراورژانسی گوارشی حمایت می‌کند. مکمل‌یاری خوراکی پیش از عمل ممکن است عوارض عفونی را کاهش داده و طول اقامت بیمارستانی را کوتاه کند؛ با این حال، اثر آن بر مورتالیتی روشن نیست. دستورالعمل‌های ASPEN از استفاده‌ی روتین حمایت تغذیه‌ای تزریقی در دوره‌ی بلافاصله پس از عمل در بیماران کاندید جراحی بزرگ گوارشی حمایت نمی‌کنند؛ با این حال، این دستورالعمل‌ها نقشی برای حمایت تغذیه‌ای پس از عمل در بیمارانی که دریافت خوراکی آن‌ها به مدت ۷ تا ۱۰ روز ناکافی خواهد بود قائل‌اند. نقش مکمل‌های تغذیه‌ای تقویت‌کننده‌ی ایمنی در دوره‌ی پری‌اپراتیو همچنان نامشخص است و شواهد کافی برای توصیه‌ی آن وجود ندارد. ممکن است پروبیوتیک‌های پری‌اپراتیو مفید باشند، چرا که یک مرور نظام‌مند خطر کمتر عفونت محل جراحی را نشان داده است. با این حال، اگرچه این داده‌ها امیدوارکننده‌اند، مطالعات بیشتر در جریان است و پروبیوتیک‌ها به‌طور روتین در دوره‌ی پری‌اپراتیو استفاده نمی‌شوند.

۴.۲ آنتی‌بیوتیک پیشگیرانه در جراحی زنان (Antimicrobial Prophylaxis in Gynecologic Surgery)

جراحی‌های زنان اغلب مستلزم ورود به دستگاه تناسلی و دستگاه گوارش هستند که میزبان باکتری‌های اندوژن قادر به ایجاد عفونت‌های پلی‌میکروبیال در دوره‌ی پس از عمل‌اند (جدول ۳-۲۵). با وجود پیشرفت‌های چشمگیر در تکنیک آسپتیک و توسعه‌ی دارویی، آلودگی باکتریایی محل جراحی و عفونت‌های پس از عمل بخش شایعی از عمل جراحی زنان‌اند. پیشگیری

از این عوارض جراحی شامل استفاده از تکنیک آسپتیک مناسب، به حداقل رساندن آسیب بافتی، کاهش مقدار جسم خارجی در محل جراحی، کنترل دیابت، پرهیز از سرکوب ایمنی، به حداکثر رساندن اکسیژن‌رسانی بافتی، تخلیه‌ی خون و سروم از محل جراحی و استفاده از آنتی‌بیوتیک پیشگیرانه است. آنتی‌بیوتیک پیشگیرانه بر این باور تجویز می‌شود که آنتی‌بیوتیک‌ها مکانیسم‌های ایمنی بافت میزبان را در مقاومت در برابر عفونت، از طریق کشتن باکتری‌هایی که در حین جراحی محل عمل را آلوده می‌کنند، تقویت می‌کنند.

جدول ۳-۲۵ — باکتری‌های بومی دستگاه تناسلی تحتانی

گروه اول	گروه دوم
Lactobacillus	*Enterobacter agglomerans*
دیفتروئیدها (Diphtheroids)	*Klebsiella pneumoniae*
Staphylococcus aureus	*Proteus mirabilis*
Staphylococcus epidermidis	*Proteus vulgaris*
Streptococcus agalactiae	*Morganella morganii*
Streptococcus faecalis	*Citrobacter diversus*
استرپتوکوک‌های آلفا-همولیتیک	گونه‌های *Bacteroides* (از جمله *B. disiens*، *B. fragilis*، *B. melaninogenicus*)
استرپتوکوک‌های گروه D	—
Peptostreptococci	*Gaffkya anaerobia*
Peptococcus	*Escherichia coli*
Clostridium	*Fusobacterium*
—	*Enterobacter cloacae*

عفونت‌های پوستی یا لگنی ناشی از جراحی زنان (مانند پارامتریت، سلولیت کاف واژینال، آبسه‌ی لگنی) معمولاً ماهیت پلی‌میکروبیال دارند. این عفونت‌ها پیچیده‌اند و اغلب شامل باسیل‌های گرم‌منفی، کوکسی‌های گرم‌مثبت و بی‌هوازی‌ها هستند. آنتی‌بیوتیک پیشگیرانه باید به‌اندازه‌ی کافی گسترده باشد تا این پاتوژن‌های بالقوه را پوشش دهد (جدول ۴-۲۵). جراح باید عوامل را بر اساس داده‌های موجود برای هر رویه انتخاب کند تا از احتمال واکنش‌های نامطلوب پیشگیری و از مصرف غیرضروری آنتی‌بیوتیک که می‌تواند به افزایش نرخ مقاومت آنتی‌بیوتیکی منجر شود، اجتناب کند. در بیماران با حساسیت به سفالوسپورین‌ها یا آنافیلاکسی نسبت به پنی‌سیلین، باید داروها یا ترکیبات دیگری برای پوشش پیشگیرانه‌ی کافی انتخاب شوند.

زمان‌بندی آنتی‌بیوتیک پیشگیرانه اهمیت زیادی دارد. پنجره‌ی زمانی نسبتاً باریکی برای تأثیرگذاری بر پیامد وجود دارد. در ایالات متحده، معمول است که آنتی‌بیوتیک پیشگیرانه اندکی پیش از یا حین القای بیهوشی تجویز شود. داده‌ها نشان داده‌اند که تأخیر ۳ ساعت یا بیشتر بین زمان تلقیح باکتریایی (یعنی برش پوستی) و تجویز آنتی‌بیوتیک ممکن است به پیشگیری

ناکارآمد منجر شود. شواهد نشان می‌دهند که برای پیشگیری، یک دوز آنتی‌بیوتیک کافی است. هنگامی که مدت جراحی بیش از یک تا دو برابر نیمه‌عمر دارو به طول می‌انجامد یا خونریزی بیش از ۱.۵ لیتر است، باید دوزهای اضافی آنتی‌بیوتیک حین عمل تجویز شود تا سطح کافی دارو در سرم و بافت حفظ شود. داده‌ای برای حمایت از ادامه‌ی آنتی‌بیوتیک پیشگیرانه در دوره‌ی پس از عمل برای جراحی‌های روتین زنان وجود ندارد.

سفالوسپورین‌ها به‌عنوان مهم‌ترین دسته‌ی داروهای ضدمیکروبی برای پیشگیری مطرح شده‌اند. این داروها طیف اثر گسترده و بروز واکنش نامطلوب نسبتاً پایینی دارند. سفازولین (۱ گرم) به‌دلیل هزینه‌ی نسبتاً پایین و نیمه‌عمر طولانی (۱.۸ ساعت)، به‌نظر می‌رسد پرکاربردترین انتخاب جراحان زنان در ایالات متحده است. سایر سفالوسپورین‌ها مانند سفوکسیتین، سفوتاکسیم و سفوتتان معمولاً برای پیشگیری استفاده می‌شوند. این عوامل طیف اثر گسترده‌تری بر باکتری‌های بی‌هوازی دارند و در مواردی که احتمال برداشتن روده‌ی بزرگ وجود دارد، مانند جراحی دبالکینگ در سرطان تخمدان، انتخاب مناسبی هستند. برای اکثر جراحی‌های زنان، شواهد کمی مبنی بر تفاوت بالینی معنادار بین سفازولین و سایر عوامل وجود دارد. بیماران چاق، که با BMI بیش از ۳۵ یا وزن بیش از ۱۰۰ کیلوگرم تعریف می‌شوند، باید ۲ گرم سفازولین دریافت کنند تا غلظت خونی و بافتی آنتی‌بیوتیک مناسب حاصل شود.

آنتی‌بیوتیک پیشگیرانه، اگرچه معمولاً مفید است، بدون خطر نیست. آنافیلاکسی جدی‌ترین عارضه‌ی تهدیدکننده‌ی حیات ناشی از مصرف آنتی‌بیوتیک است. واکنش‌های آلرژیک به پنی‌سیلین‌ها در ۰.۷٪ تا ۸٪ دوره‌های درمانی گزارش شده‌اند. اگرچه سفالوسپورین‌های نسل اول واکنش متقاطع (cross-reactivity) با پنی‌سیلین‌ها دارند، داده‌ها نشان می‌دهند که تجویز سفالوسپورین‌های نسل دوم یا سوم به زنانی که سابقه‌ی واکنش نامطلوب به پنی‌سیلین‌ها را گزارش می‌کنند ایمن است، زیرا آلرژی متقاطع ناچیز است. آزمایش و درمان پیش از عمل برای واژینوز باکتریایی می‌تواند برای کاهش خطر عفونت محل جراحی مدنظر قرار گیرد. پوشش آنتی‌بیوتیکی همگانی برای واژینوز باکتریایی به‌نظر می‌رسد خطر عفونت محل جراحی را کاهش داده و می‌تواند مقرون‌به‌صرفه باشد؛ با این حال، این رویه در حال حاضر توصیه‌شده نیست. یک دوز آنتی‌بیوتیک وسیع الطیف می‌تواند منجر به کولیت سودوممبرانوز (pseudomembranous colitis) ناشی از Clostridium difficile شود. اسهال ممکن است در تا ۱۵٪ از بیماران بستری‌شده‌ی تحت درمان با آنتی بیوتیک‌های بتالاکتام ایجاد شود. این عوارض گوارشی ناشی از آنتی‌بیوتیک می‌تواند موربیدیتی جدی در بیمار جراحی ایجاد کند و جراح باید توانایی شناسایی و مدیریت این مشکلات را داشته باشد.

همه‌ی بیماران جراحی زنان نیازی به دریافت آنتی‌بیوتیک پیشگیرانه ندارند. آنتی‌بیوتیک پیشگیرانه برای لاپاراسکوپی تشخیصی یا عملیاتی، لاپاراتومی اکسپلوراتیو یا هیستروسکوپی تشخیصی یا عملیاتی **از جمله آبلاسیون آندومتر، جای‌گذاری IUD، بیوپسی آندومتر یا اورودینامیک** اندیکاسیون ندارد.