



درسنامه زنان و زایمان

آپ تودیت ۲۰۲۲

به روش نموداری

مباحث منتخب ارتقاء و بورد ۱۴۰۲

ترجمه و تلخیص:

دکتر رها واحد

جراح و متخصص زنان و زایمان، بورد تخصصی از دانشگاه تهران

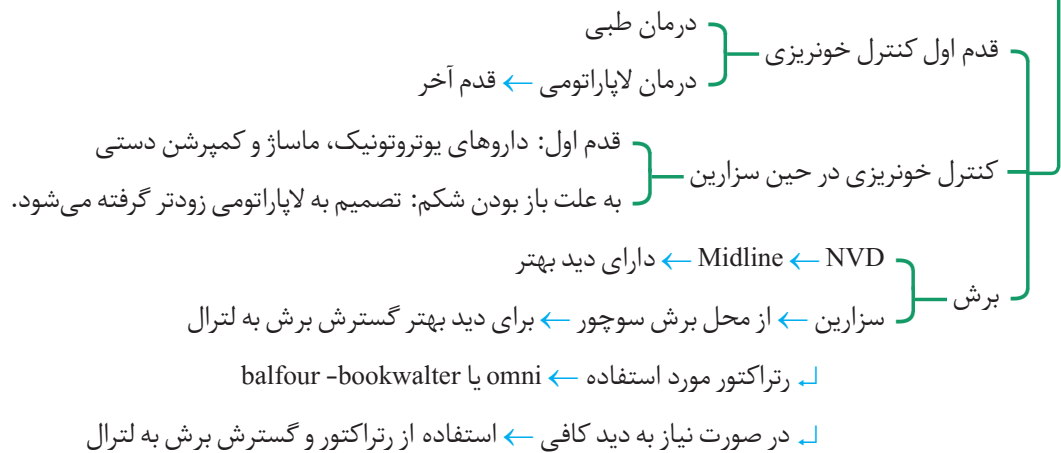
دکتر مهدیه نظریور

جراح و متخصص زنان و زایمان، رتبه برتر بورد تخصصی از دانشگاه تهران

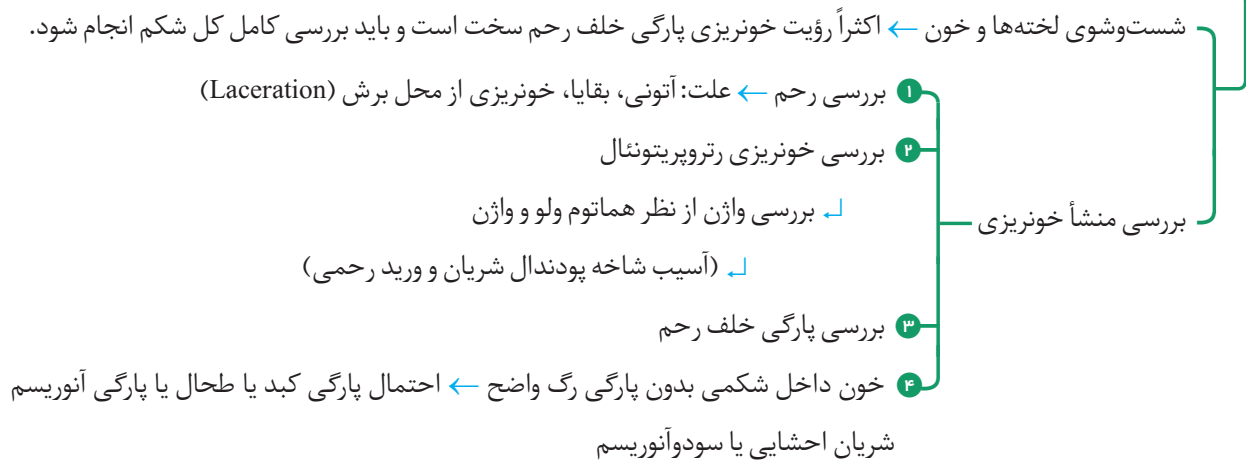
فهرست

۱	فصل اول: خونریزی زایمانی در موارد نیازمند لاپاراتومی
۱۷	فصل دوم: هیستریکتومی حول و حوش زایمان برای مدیریت خونریزی
۳۱	فصل سوم: عوارض عمل های جراحی زنان
۳۷	فصل چهارم: بقایای بارداری یا RPOC
۴۵	فصل پنجم: واکسیناسیون HPV
۵۱	فصل ششم: احتیاس ادراری حاد (up to date)
۵۵	فصل هفتم: احتیاس ادراری بعد از عمل در زنان (POUR) (up to date)
۶۱	فصل هشتم: هایپرپلازی آندومتر (EH) (up to date)
۷۵	فصل نهم: بارداری پست ترم (up to date)

Postpartum hemorrhage و لاپاراتومی



بعد از لاپاراتومی



■ تعریف هیستریکتومی حول وحوش زایمان (پری پارتوم) — هیستریکتومی حین زایمان تا ۲۴h پس از زایمان
تعریف دیگر: هیستریکتومی در هر زمان تا ترخیص بیمار

■ اپیدمیولوژی و RFها:

- ۱ زایمان در آمریکا
- RFها
- جفت غیرنرمال - سن بالای مادر - CS قبلی - VB قبل از زایمان - پره اکلامپسی - اختلال خونی - ART
- شایع ترین علت: جفت غیرنرمال
- عامل مهم دیگر: عفونت

توصیه می شود زایمان در افراد RF \oplus ، در شرایط برنامه ریزی شده انجام شود.

■ Planing برای جراحی

- خونریزی شدید و غیرقابل کنترل
- بیشتر اوقات به دلیل آتونی و جفت غیرنرمال (هر کدام ۵۰-۳۰٪ موارد)
- علل دیگر ← پارگی رحم - میومها - پارگی عروق اصلی رحم
- جفت اکرتا
- اندیکاسیون های عمل های الکتیو — برای مراحل IA₂ و IB₁ کارسینوم سرویکس
- فیبروم های بزرگ رحمی
- نیازمند اتاق عمل عمومی
- محل مناسب برای هیستریکتومی پری پارتوم — بهتر است در اتاق زایمان و زایشگاه انجام نشود.
- توصیه به چک لیست ایمن
- دارا بودن بستری ایمنی خونریزی
- اقدامات لازم

۱ ابتدا اقدامات حفاظتی برای حفظ رحم انجام شود.

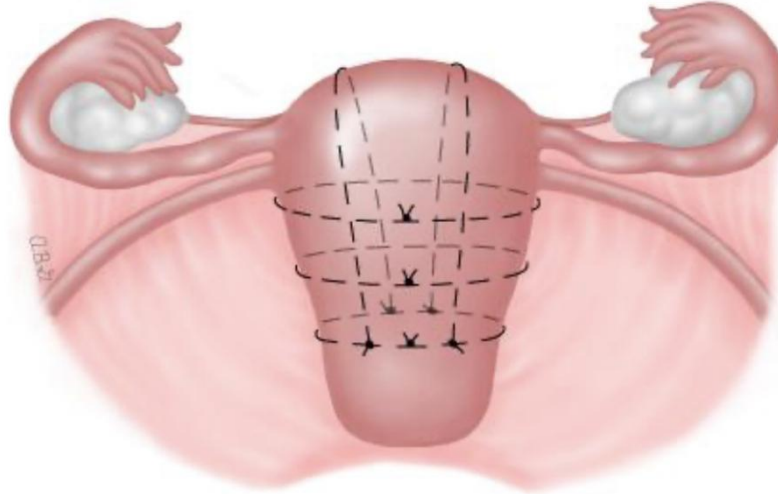
۲ در بیمارانی که نیاز مبرم به هیستریکتومی دارند. — هیستریکتومی، فوری بدون انجام اقدامات حفاظتی اندیکاسیون ها ← خونریزی شدید، unstable بودن بیمار

■ بررسی RFها قبل از عمل

- ۱ در چه مواردی امکان پذیر است؟ — در موارد جفت غیرطبیعی (اکثر بیماران اکرتا، اینکرتا، پره کره تا جفت previa [در ۵٪ موارد نیازمند هیستریکتومی است].
- ۲ بررسی تعداد سزارین های قبلی
- ۳ سن بالای بیمار ← احتمال افزایش اختلالات جفتی

Pereira ■

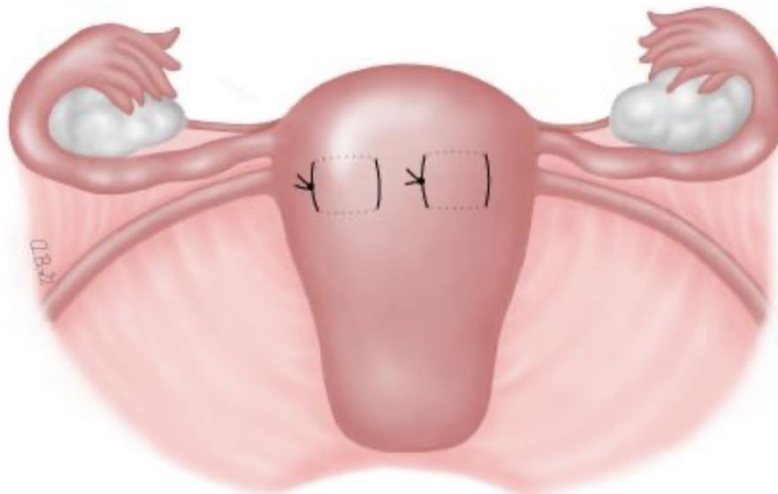
بخیه‌های طولی و عرضی چند رشته‌ای (۲-۳ ردیف) با نخ جذب تأخیری و مولتی فیلامان در اطراف رحم بدون ورود به حفره رحم



بخیه با روش طولی شروع، به بخیه‌های عرضی زده می‌گردد (بخیه‌های عرضی تا Broad Ligament ادامه دارد)
 احتمال آسیب به عروق خونی و حالب و لوله‌های رحمی (احتیاط شود)
 قبل از گره، رحم با دست فشرده شود.

Cho ■ (سؤال درون‌بخشی تهران ۱۴۰۰)

از چند مربع و مستطیل تشکیل شده (در محل بیشترین خونریزی زده می‌شود)



نخ مورد استفاده: کرومیک کات کوت
 سوزن شماره ۷ یا ۸ و استریت
 نیازمند ۲-۵ مربع جهت کاهش خونریزی

■ خونریزی رتروپریتونئال

بیشتر اوقات شناسایی نقطه خونریزی دهنده در خلف صفاق ← غیرممکن

عوامل غیر مؤثر در کنترل خونریزی — باز کردن رتروپریتونئال در موارد هماتوم non expanding و در هماتوم expanding در خلف صفاق در بیمار دارای اختلال انعقادی و همودینامیک ناپایدار

عامل مؤثر در کنترل خونریزی خفیف سطح پریتونئال ← عوامل هموستاتیک موضعی

روش کنترل خونریزی در موارد خاص: —
 ۱ رگ مجزای خلف صفاقی عامل خونریزی باشد ← بخیه و کلامپ
 ۲ خونریزی رگ کنار رحم، بدون نقاط واضح خونریزی ← بستن شریان رحمی ← در صورت بی اثر بودن این روش ← بستن شریان ایلیاک داخلی همان طرف در صورت غیر مؤثر بودن ← بستن دوطرفه و نهایتاً pelvic packing
 ۳ در صورت خونریزی خلف صفاقی و تلاش مکرر جهت کنترل خونریزی ← تعبیه استنت حالب

توصیه به حضور جراح باتجربه موارد اختلالات انعقادی در شرایط DIC و بستن شریان ایلیاک داخلی

در صورت نبودن جراح باتجربه (سؤال ارتقاء ۱۴) —
 ۱ فشار روی نقطه خونریزی دهنده
 ۲ احیا و برطرف کردن اختلال انعقادی
 ۳ درخواست کمک از جراح باتجربه
 ۴ در صورت وجود آمبولیزاسیون ← آمبولیز کردن یک گزینه است ولی به خروج در بیمار un stable برای انجام آمبولیزاسیون در رادیولوژی، توصیه نمی شود.

■ بررسی و چک بیمار پس از لاپاراتومی —
 فیلد عمل با دقت چک شود، بررسی هموستاز
 استفاده از عوامل موضعی برای کنترل خونریزی میکرووسکولار
 شناسایی مثانه و حالب و بررسی سلامت آنها

نکته: محل حالب: به صورت افقی در طول صفاق، ۵-۱cm بعد از عروق تخمدانی و نزدیک به ۲ شاخه شدن ایلیاک مشترک قرار گرفته.

■ **نکته ۲:** روش شناسایی ← مانند جراحی ژنیکولوژی —
 مشاهده
 سیستوسکوپی
 تزریق dye
 قرار دادن stent برای بررسی انسداد حالب
 یورتروگرافی

■ عوارض جراحی زنان } شامل خونریزی، عفونت، آمبولی، آسیب به احشاء، Perforation
بیشترین آسیب ← زمانی اتفاق می‌افتد که آناتومی به دلیل عفونت یا آندومتريوزیس به هم ریخته باشد.

■ Perforation رحم } اگر حین عمل تشخیص داده نشوند ← منجر به خونریزی و sepsis
RF } تنگی دهانه رحم ← عواملی که دسترسی به حفره را دشوار کند.
عواملی که میومتر را تغییر دهد ← مانند pregnancy و یائسگی

آسیب‌های مجاری ادرار ← RF‌ها ← جراحی بدخیمی، جراحی بی‌اختیاری، یا جراحی POP

■ آسیب به روده

Serosal abration ← عدم نیاز به ترمیم

آسیب عضله مخاط ← نیازمند ترمیم

(A) مدیریت حین عمل ← روده کوچک

نقایص کوچک سرورزی یا عضلانی ← بخیه با سیلک ۳-۰ یا نخ بخیه قابل جذب سنتیک (پیوسته یا منقطع)

نحوه سوچورینگ: عمود بر محور بلند روده ← مزیت: جلوگیری از تنگ شدن مجرا (سؤال بورد ۱۳۰۰)

بستن با دستگاه منگنه

برداشتن و آناستوموز مجدد در صورت نیاز

ترمیم مشابه روده کوچک

عدم آمادگی روده ← دلیل برای کولوستومی نیست.

شست‌وشوی زیاد شکم پس از ترمیم روده لازم است.

در صورت وجود پاتولوژی گسترده و وجود التهاب ← نتوان ری آناستوموز کرد ← کولوستومی انحرافی

انما و دماسنج رکتال ← ممنوع

توصیه به انعقاد از درن شکم بسته در لگن

عدم وجود محدودیت غذایی ← مگر در موارد ترمیم گسترده

اگر قبل از عمل ← AB پروفیلاکسی دریافت کرده باشد نیاز به AB اضافه نیست.

اگر AB پروفیلاکسی دریافت نکرده باشد ← AB وسیع‌الطیف

نویسندگان Up to date از NG Tube استفاده نمی‌کند.

(B) تشخیص آسیب روده بعد عمل علائم آسیب حرارتی به روده

۱ درد شکم (معمولاً تا زمان بعد از عمل مشخص نمی‌شود).

۲ در برخی موارد ← عدم علائم صفاقی و بیمار در حال خوردن و آشامیدن و gp ⊕ است.

۳ تشخیص در این موارد: افزایش هوای آزاد در CT

علائم نکروز و سوراخ شدن روده در زنان مسن ← تاکیداریدی پایدار

تعریف RPOC^۱

باقی ماندن جفت یا بافت جنینی در رحم به دنبال سقط یا ختم الکتیو در زایمان Term یا نارس نحوه افتراق سقط ناقص از سقط کامل ← وجود RPOC بعد از سقط

بروز RPOC

متفاوت است. ۱ نوع درمان اولیه (در موارد غیر جراحی > موارد جراحی)
 علت ۲ معیار تشخیصی RPOC ← استفاده از علائم و نشانه‌ها در مقابل پاتولوژی و Imaging
 ۳ مدت زمان پیگیری بیماران ← احتمال خودبه‌خودی جذب و دفع RPOC وجود دارد.

علائم بالینی

یک یا چند مورد از موارد زیر
نکته: این عوامل غیراختصاصی هستند و مقدار اندک در سقط نرمال یافت می‌شود.
 ۱ خونریزی
 ۲ درد لگنی
 ۳ تب
 ۴ و تندرns رحمی

خونریزی

بیماران بعد از سقط به طور نرمال، مقداری خونریزی دارند ← تشخیص با خونریزی سخت است.
 احتمال بقایای بالاتر در موارد } دفع لخته که به مرور کمتر نمی‌شود یا به صورت طولانی مدت (> ۳W)
نکته: میزان خونریزی نرمال بعد از سقط (در یک مطالعه آینده‌نگر)

متوسط ۸-۱۱d
 اغلب ادامه تا $\geq 2w$
 به دنبال درمان دارویی ← روز ۹-۱۲ بیشترین مقدار
 به دنبال D&C ← طول مدت خونریزی کمتر

تب و درد

در RPOC نکروزه
 علائم: تب و خونریزی غیرنرمال، درد کرامپی زیر شکم، تندرns رحم
نکته: هیچ‌وقت تب به دنبال تخلیه، نرمال نیست ولی ممکن است.
 موارد نرمال بعد از سقط ← درد کرامپی برای چند ساعت یا چند روز که به مسکن NSAID پاسخ دهد.

تب
 دردی که با مسکن کنترل نمی‌شود.
 موارد غیرطبیعی
 در صورت D&C وجود تب و درد که مسکن پاسخ ندهد ← R/O سوراخی رحم
 در موارد درد شکم دارد و بروز تاکی کاردی و لکوسیتوز

R/O سندرم شوک توکسیک کلستریدیومی
 احتمال وجود سقط^۲ T_۱ و سقط دارویی
 اغلب بدون تب

^۱ Retained Products of Conception

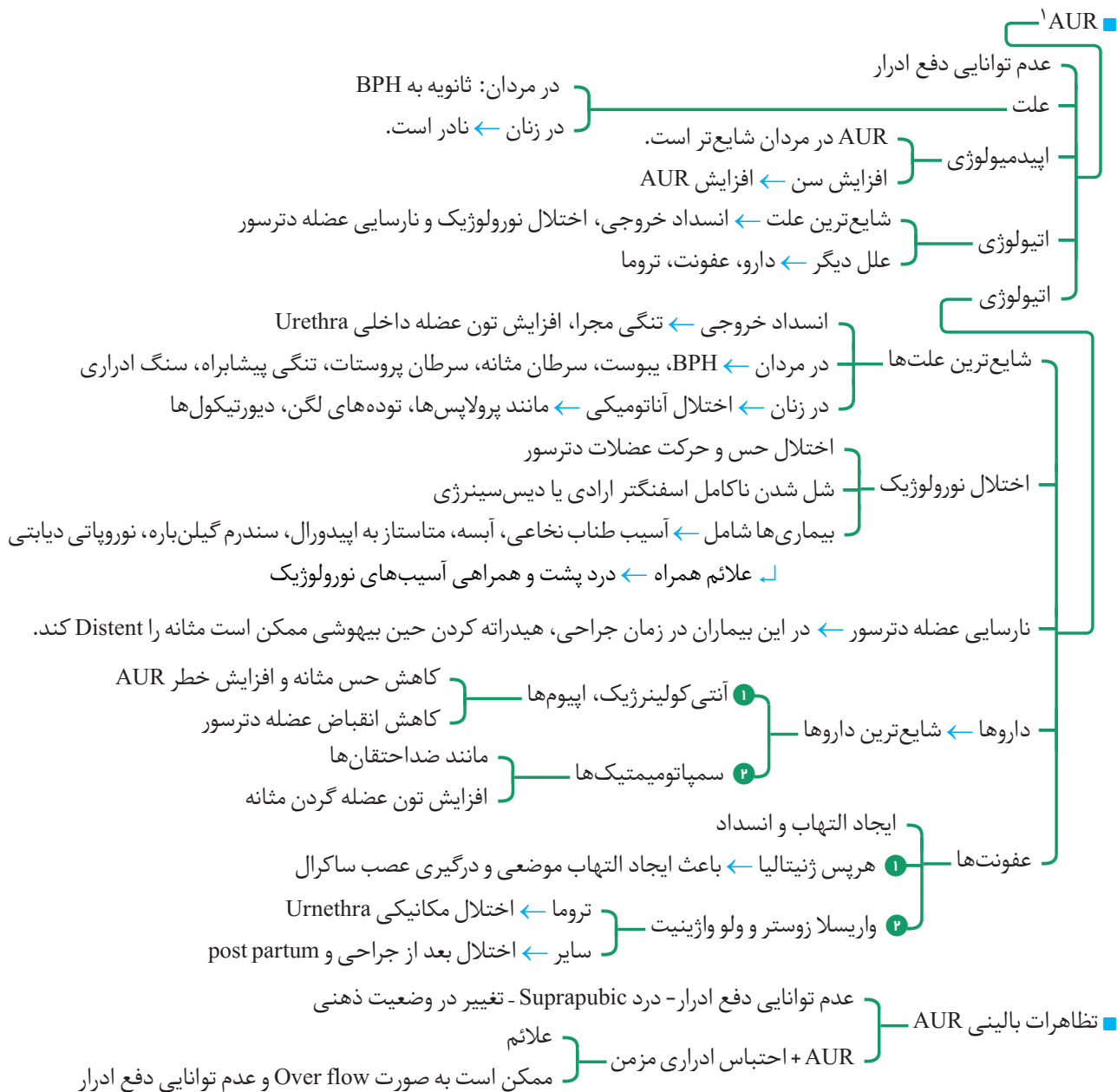
^۲ First Trimester



واکسیناسیون HPV



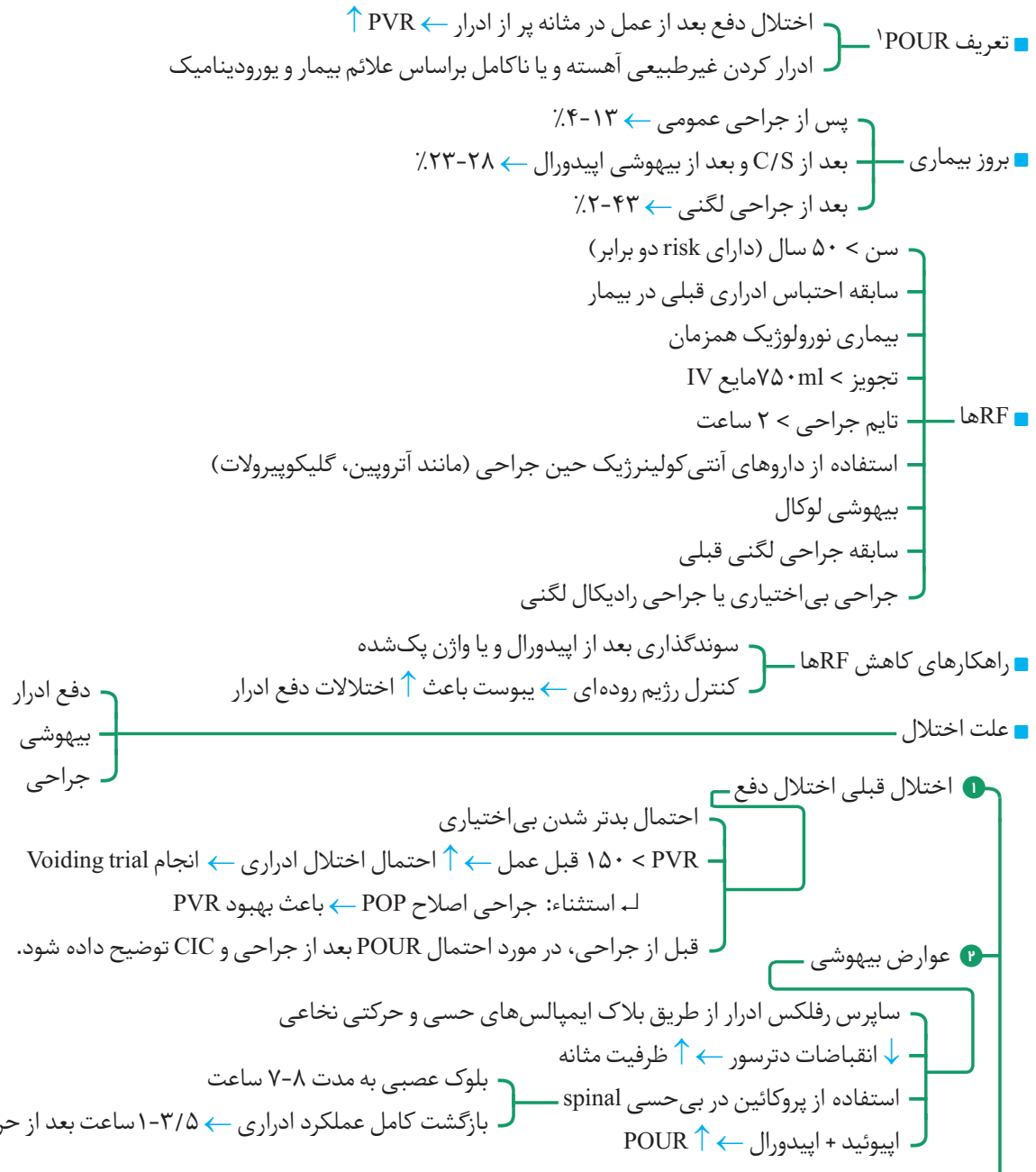
¹ Cervix



¹ Acute Urinary retention

Y

احتباس ادراری بعد از عمل در زنان (POUR) (up to date)

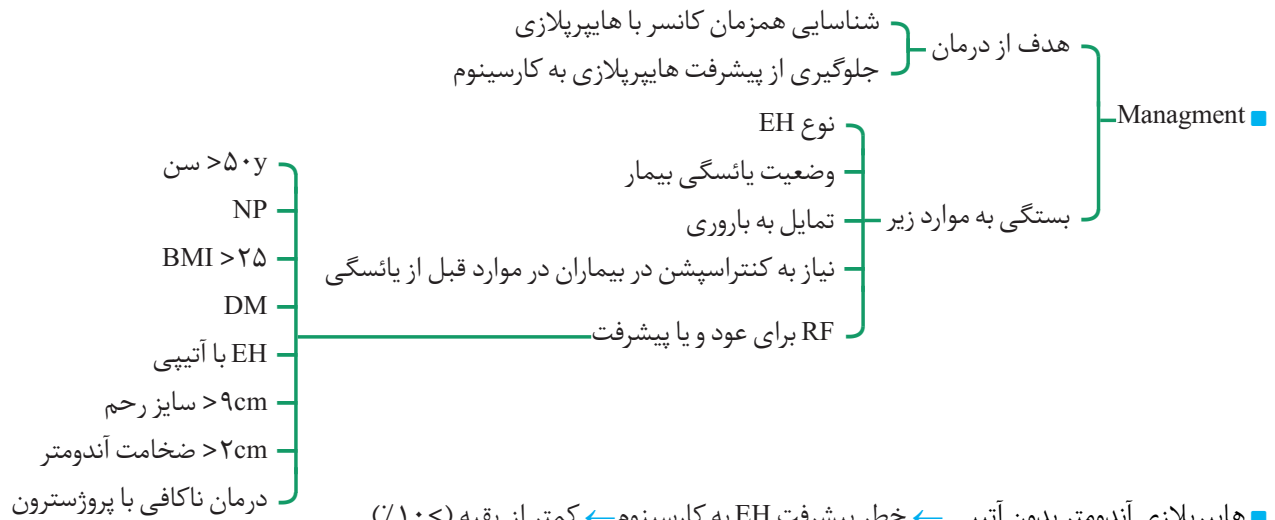


¹ Postoperative Retention in Females



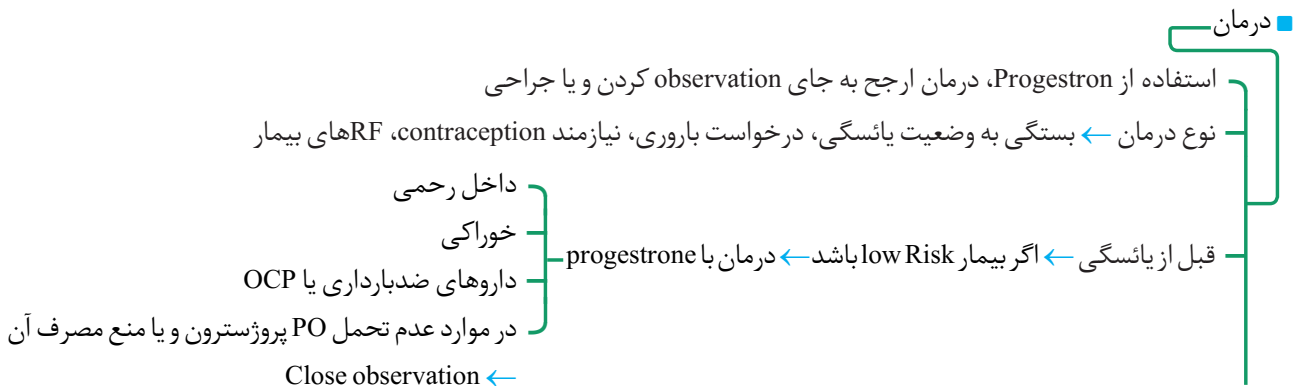
هایپرپلازی آندومتر (EH) (up to date)

■ هایپرپلازی آندومتر (EH) — بدون آتیپی ۱
 با آتیپی ونئوپلاستیک: احتمال تبدیل به کانسر آندومتر و یا همراهی با کارسینوم (EIN) ← تشخیص ۲
 صحیح و به موقع ← جلوگیری از تبدیل آن به کانسر



■ مطالعات

- ۷۴٪ موارد، دارای بهبود خودبه‌خودی، ۱۷٪ موارد پایدار، ۹٪ موارد تبدیل به هایپرپلازی آتیپیک، ۲/۹ درصد تبدیل به کارسینوم
- بیماران با EH ساده و complex بدون آتیپی ← و عدم درمان با پروژسترون ← ۱/۶ موارد تبدیل به کارسینوم آندومتر
- در بیماران EH بدون آتیپی و عدم دریافت progesteron ← میزان پیشرفت به کارسینوم آندومتر ← ۱۰٪



early term ← ۳۷+ تا ۳۸w+۶d بارداری

Full term ← ۴۰w+۶d تا ۳۹w

Late term ← ۴۱+۶d تا ۴۱+۰

Post term ← ۴۲w+od ≥ یا ۲۹۴d ≥ از LMP، ۱۴d ≥ از زمان تخمین زایمان (یا ۴۰w از لقاح → طبق نظر ACOG)

نکته از ویلیامز

ACOG ← سونوگرافی ۳ ماهه اول، دقیق‌ترین روش برای تعیین سن بارداری است.

ارزیابی سونوگرافی اوایل حاملگی ← کاهش شیوع post term در مقایسه با LMP

افزایش افراد PG^۱ها ← افزایش Post term (منحنی را به سمت راست می‌برد)

شیوع بالای PTL

عوارض بارداری منجر به PTL

C/S الکتیو

القای زایمان در ۳۹w ≥

RFها و عوامل مؤثر در بارداری Post term

عوامل کاهش post term

اکثرأ علت شناخته شده وجود ندارد.

۱/۴ > موارد عامل ژنتیکی مادر یا جنین، تغییرات اپی ژنتیک

۱ نقص تولید هورمون‌های جنینی القا زایمان مثال: کمبود سولفاتاز جفتی (اکتیوز وابسته به x) ←
کاهش استریول و ↑ یک هفته در میانگین مدت بارداری
اکثر این جنین‌ها قبل از ۴۲w زایمان می‌کنند.

۲ انسفالی: نقص در هیپوتالاموس و هیپوفیز و آدرنال ← منجر به post term، حتی در موارد عدم وجود پلی‌هیدرآمنیوس، post term هستند.

بیشترین خطر نسبی (۲≤) ← در سابقه حاملگی post term

NP، جنین پسر، چاقی

دیگر عوامل (۲≥) سن بالای مادر، سابقه شخصی post term (که در مادران این اثر بیشتر است).

نژاد یا قومیت مادر: زنان سفیدپوست غیراسپانیایی بیشتر از زنان آفریقایی آمریکایی و آسیایی در معرض هستند.

دقیق‌ترین تشخیص پزشک از تاریخ زایمان بیمار (EDD)

برچه اساسی حساب می‌شود؟ ← سونوگرافی قبل از ۲۲w

اگر بین EDD حساب شده با سونو و LMP، ۷d-۵ > اختلاف داشته باشد ← از LMP به عنوان تخمین

EDD استفاده می‌شود.

¹ Primigravida