

دبیرخانه شورای راهبردی تدوین راهنماهای سلامت

شناسنامه و استاندارد خدمت

ترمیم پاراواژینال از راه شکم و روش جراحی سنگمی اصلاح بی اختیاری استرسی ادرار

(یورتروپکسی رتروپویک یا بروج یا فاشیال اسلینگ)

تنظیم و تدوین:

خانم دکتر اشرف آل یاسین دبیر بورد تخصصی زنان و زایمان
خانم دکتر اعظم السادات موسوی رئیس انجمن زنان و مامایی ایران
خانم دکتر زینت قنبری متخصص زنان، فلوشیپ پلویک فلور
خانم دکتر مریم دلدار پسیخانی متخصص زنان، فلوشیپ پلویک فلور
خانم دکتر نسرین چنگیزی، متخصص زنان فلوشیپ پلویک فلور
خانم دکتر طاهره افتخار، متخصص زنان، فلوشیپ پلویک فلور
خانم دکتر سکینه حاج ابراهیمی، متخصص اورولوژی فلوشیپ اورولوژی زنان
خانم دکتر پروین باستانی متخصص زنان، فلوشیپ اورولوژی زنان و اعمال جراحی ترمیمی لگن
خانم دکتر فاطمه ملاح متخصص زنان، فلوشیپ اختلال کف لگن
با تشکر از:

خانم دکتر سودابه درویش نارنج بن متخصص زنان، فلوشیپ پلویک فلور
خانم دکتر لیلا پور علی متخصص زنان، فلوشیپ پلویک فلور
خانم دکتر الناز آیتی افین متخصص زنان، فلوشیپ پلویک فلور
خانم دکتر حمیرا علمداری فلوشیپ اورولوژی زنان
خانم دکتر الهام جهانتابی متخصص اورولوژی زنان
خانم دکتر مریم مکانیک عضو انجمن زنان و مامایی ایران

تحت نظارت فنی:

گروه استانداردسازی و تدوین راهنماهای سلامت
دفتر ارزیابی فن آوری، استانداردسازی و تعرفه سلامت
دکتر عبدالخالق کشاورزی، دکتر مریم خیری ،
فرانک ندرخانی ، مرجان مستشار نظامی

الف) عنوان دقیق خدمت مورد بررسی (فارسی و لاتین) به همراه کد ملی:

ترمیم پاراواژینال از راه شکم و روش جراحی شکمی اصلاح بی اختیاری استرسی ادرار (یورتروپکسی رتروپوبیک یا برچ یا فاشیال اسلینگ)

Abdominal anti incontinence procedure (Bladder neck fascial sling or burch or retropubic urethropexy) or Abdominal paravaginal defect

کد ملی: ۵۰۱۶۶۰

ب) تعریف و تشریح خدمت مورد بررسی:

- یکی از روشهای جراحی بی اختیاری استرسی ادرار همراه با هیپرموبیلیتی مجرا می باشد که در این روش فاسیای پارا یورترال در اطراف گردن مثانه به لیگامان کوپر وصل می شود.

- تعلیق گردن مثانه عبارتست از درمان جراحی بی اختیاری استرسی ادرار به روش آویزان کردن گردن مثانه و مجرای ادرار به دیواره شکم به کمک یک نوار تهیه شده از فاشیا

- ترمیم نقص پاراواژینال از راه شکم، اتصال دوباره فاشیا پوبوسرویکال به صورت دوطرفه به وایت لاین ها می باشد.

در ابتدا باید مشخص شود که بی اختیاری استرسی از نوع پیچیده است یا ساده

تعریف بی اختیاری استرسی ساده: بیماران بدون سابقه جراحی لگنی، عدم مشکلات نورولوژیک، عدم پرولاپس علامت دار و افرادی که قصد حاملگی در آینده را ندارند. (EAU 2018)

تعریف بی اختیاری پیچیده: بیمارانی که اختلال ادراری نورولوژیک دارند، بی اختیاری ادراری مردان، پرولاپس لگنی، بیش فعالی دترسور و مثانه با کمپلینس پایین.

توده لگنی، بی اختیاری مدفوعی همزمان PBS (سندروم درد مثانه) همآچوری، عفونت ادراری عود کننده، سابقه فیستول ادراری، سابقه جراحی لگنی برای پرولاپس، بی اختیاری ادراری یا کانسر های لگنی، سابقه رادیو تراپی (EAU2018, NICE2019)

ج) اقدامات یا پروسیجرهای ضروری جهت درمان بیماری:

• ارزیابی قبل از انجام پروسیجر

دستورات قبل از عمل (Pre operative orders):

- پذیرش: پذیرش بخش تاریخ ساعت تخت
- پر کردن فرم رضایت نامه توسط بیمار
- تشخیص: stress urinary incontinence
- وضعیت بالینی: خوب یا خطر کم، خطر متوسط، خطر زیاد (Good or Low Risk – Moderate Risk – High Risk):
- حساسیت دارویی: ذکر حساسیت ها شامل دارویی و غیر دارویی (لیست آلرژی ها)
- علایم حیاتی: کنترل علائم حیاتی (BP,PR,RR,BT) هر ۱۲ ساعت و یادداشت آن

- فعالیت: حرکت آزاد (در شرایط خاص مثل خونریزی غیر طبیعی و ... استراحت نسبی در بستر)
- دستورات پرستاری: آمادگی قبل از عمل (آمادگی روده قبل از جراحی زنان همیشه لازم نیست)
- برای بیمارانی که احتمال آسیب روده وجود دارد آمادگی کامل مکانیکی روده + آنتی بیوتیک روده (طبق کد ۵۰۱۸۴۵)
- تغذیه: NPO حداقل ۶ ساعت قبل از عمل (از ساعت ۱۲ شب)
- تزریق سرم یا خون بر حسب شرایط و نیاز بیمار
- درمان دارویی: آنتی بیوتیک پروفیلاکتیک در عرض ۲ ساعت (۳۰ دقیقه بهتر است) از عمل جراحی IV و ادامه به مدت ۲۴ ساعت بر حسب BMI (یکی از موارد زیر انتخاب شود) (کمپل ۲۰۱۶ و Up to date 2019)
- سفازولین ۲ گرم IV (۲ گرم برای وزن کمتر از ۱۲۰ Kg و ۳ گرم برای بیشتر یا مساوی 120kg)
- سفوکستین ۲ گرم IV
- سفوتتان ۲ گرم IV
- آمپی سیلین سولباکتام ۳ گرم IV
- در بیماران حساس به پنی سیلین و سفالوسپرین ها :
- ۱. کلیندامایسین ۹۰۰-۶۰۰ میلی گرم IV یا
- وانکومایسین ۱۵ / kg میلی گرم IV (بیشتر از ۲ گرم نباشد) به همراه یکی از دارو های زیر :
- سیپروفلوکساسین ۴۰۰ میلی گرم IV یا
- لووفلاکساسین ۵۰۰ میلی گرم IV یا
- آزترونام ۲ گرم IV یا
- جنتامایسین ۵ mg/kg به صورت وریدی
- ۲. مترونیدازول ۵۰۰ mg IV به همراه یکی از داروهای زیر
- فلورواکینولون ها
- اگر از وانکومایسین و یا یک فلورواکینولون بعنوان پروفیلاکسی قبل از عمل استفاده می شود انفوزیون بایستی در مدت ۹۰-۶۰ دقیقه داده شود و انفوزیون ۱۲۰-۶۰ دقیقه قبل از جراحی شروع شود.
- برای پروفیلاکسی اگر جراحی بیشتر از ۳ ساعت بطول انجامد و یا اگر خونریزی بیشتر از ۱/۵ لیتر باشد، یک دوز دیگر آنتی بیوتیک تزریق می شود.
- در بیماران با واژینوز باکتریال، مترونیدازول خوراکی ۵۰۰ mg هر ۱۲ ساعت روز دوم بعد عمل شروع و تا روز هفتم بعد عمل ادامه می یابد. (اسکرین برای بیماران با تعیین pH واژن قبل عمل انجام شود) یا یک دوز مترونیدازول وریدی ۵۰۰ mg/IV قبل عمل به بیمار داده شود.

- در بیماران با واژینوز باکتریال، مترونیدازول خوراکی ۵۰۰ mg هر ۱۲ ساعت روز دوم بعد عمل شروع و تا روز هفتم بعد عمل ادامه می یابد. (اسکرین برای بیماران با تعیین pH واژن قبل عمل انجام شود) یا یک دوز مترونیدازول وریدی ۵۰۰ mg/IV قبل عمل به بیمار داده شود.

✓ پروفیلاکسی ترومبوآمبولی بر اساس:

✓ طبقه بندی ریسک:

- ۱- ریسک پایین: جراحی ماینور یا لاپاراسکپی ، سن کمتر از ۴۰ سال، جراحی با طول مدت کمتر از ۳۰ دقیقه، بدون ریسک فاکتور
- ۲- ریسک متوسط: جراحی ماژور ، جراحی مینور یا لاپاراسکپی با ریسک افزوده مانند (چاقی) نمایه توده بدنی بیشتر یا مساوی ۳۰ ، (ترومبوفیلی اکتسابی ،بیماری اتوایمیون ، استروژن درمانی ، HIV)
- ۳- ریسک بالا: سن بالاتر از ۶۰ سال با بدخیمی یا سابقه ترومبوآمبولی وریدی ، سنین ۶۰-۴۰ سال با بدخیمی ، جراحی ماژور با ریسک افزوده مانند (چاقی) نمایه توده بدنی بیشتر یا مساوی ۳۰ ، (ترومبوفیلی اکتسابی ،بیماری اتوایمیون ، استروژن درمانی HIV،
- ۴- بالاترین ریسک: ریسک فاکتورهای متعدد

✓ درمان بر اساس طبقه بندی ریسک:

- در بیماران با ریسک پایین تحرک سریع پیشنهاد می گردد.
- در بیماران با ریسک متوسط و بالا ترومبوپروفیلاکسی پیشنهاد می شود :
- انوکساپارین 40 mg زیر جلدی ۲ ساعت قبل از عمل و روزانه تا زمان ترخیص
- هپارین 5000 Iu زیر جلدی ۲ ساعت قبل از عمل و هر ۱۲ ساعت بعد از عمل تا ترخیص
- زمان شروع پس از جراحی به شرط فقدان خطر خونریزی، ۲-۷۲ ساعت بعد از عمل (شروع پروفیلاکسی به محض حصول هموستاز کامل) است و در صورت بی حسی نورآکسیال ، حداقل از ۱۲ ساعت بعد از جراحی شروع می شود.
- در مواردی که بیمار ریسک خونریزی بالایی داشته باشد، استفاده از روشهای پروفیلاکسی مکانیکال بایستی مد نظر قرار گیرد.
- پروفیلاکسی دارویی تا زمان تحرک کامل بیمار ادامه می یابد .
- در اعمال جراحی ماژور با ریسک فاکتورهای اضافه، ترومبوپروفیلاکسی حداقل ۷-۱۰ روز ادامه می یابد.
- نکته:** از داروهای ضدپلاکت برای بی دردی در این بیماران خودداری فرمایید .

آزمایشات مورد نیاز :

- a-1: آزمایشات روتین شامل: BhCG در سنین باروری ، UREA, UA ,UC , BG, RH, CBC diff ,در افراد مسن Cr , FBS در بیماران با سابقه مشکلات ارولوژیک و یا احتمال آسیب حالب

b-1: آزمایشات تکمیلی در افراد با تاریخچه خونریزی غیر عادی و بیماریهای خاص از قبیل پروفیل انعقادی مختل ، بیماران با مشکل زمینه ای داخلی، بیماران با سابقه فامیلی خطر بالا برای عوارض پری اوپراتیو، و آزمایشات ضروری دیگر بر حسب نیاز.

۲- الکترو کاردیوگرام (ECG) برای افراد:

- بالای ۴۰ سال و سابقه بیماری قلبی عروقی
- در افراد دیابتی بالای ۳۵ سال
- تحت شیمی درمانی
- تحت درمان با دیورتیک ها
- پروسیجرهای تهاجمی با ریسک بالا(در صورت تخمین حجم خونریزی بیش از ۵۰۰ سی سی و در بیماران نیاز به آمادگی روده ای قبل عمل)

۳- رادیوگرافی قفسه سینه (CXR)

- در افراد با مشکلات ریوی

دستورات خاص (Special Orders):

۱. ویزیت بیمار و یا حمایت کننده های بیمار قبل از عمل و دادن اطمینان در مورد مراقبت کامل از او در طی جراحی با صحبت های آرام کننده
 ۲. مشاوره بیهوشی (سابقه شخصی و فامیلی عوارض مربوط به بیهوشی)
 ۳. مشاوره قلب : براساس functional capacity - ریسک فاکتور های قلبی و ریسک فاکتور های وابسته به عمل
 ۴. گرفتن حمام قبل از عمل
 ۵. shave محل عمل درست قبل از عمل در اتاق عمل با clip الکتریکی یا قیچی. اگر از Shaving استفاده می شود بایستی درست قبل از عمل و در اتاق عمل انجام گیرد.
 ۶. اخذ رضایت آگاهانه
- مشاوره: خطرات ، منافع و روش های جایگزین درمان فعلی با بیمار و همراه بیمار صحبت شود و مکتوب گردد.
۷. معاینه قبل از عمل و تکرار آن پس از بیهوشی
 ۸. عدم پوشیدن جواهرات فلزی (روز قبل از عمل بهتر است درآورده شوند)
 ۹. عدم استفاده از مواد آرایشی هنگام ورود به اتاق عمل
 ۱۰. قبل از شروع عمل لازم است چک لیست ایمنی بیمار تکمیل شود.
 ۱۱. جهت تایید وجود بی اختیاری ادراری (آشکار یا مخفی) همزمان ابتدا در معاینه بالینی از بیمار cough test گرفته می شود و سپس FVC chart توسط بیمار پر شود. UDS در uncomplicated SUI لازم نیست . در موارد زیر UDS پیشنهاد می شود:

در بیماران با سابقه عمل Anti incontinence یا جراحی reconstructive یا رادیوتراپی لگن، IV و Stage III پرولاپس،
علائم Complicated SUI، بی اختیاری ادراری Mixed، احتباس ادراری، علل نوروژنیک

۱۲. Bladder symptom: علائم مخصوص مثانه یا مواردی که مربوط به بی اختیاری نمی باشد نظیر هماچوری، دردمثانه و
احتمال وجود آسیب یا جسم خارجی در جراحی قبلی باید سیستوسکوپی قبل از عمل انجام شود.

۱۳. خروج پساری: پساری ۱-۲ هفته قبل از جراحی خارج و یک اپلیکاتور ژل مترونیدازول واژینال روزانه به مدت ۵ روز قبل عمل
استفاده شود.

۱۴. استروژن واژینال: در بیماران منوپوز ۴-۶ هفته قبل از عمل هفته ای ۲ بار کرم واژینال استروژن 1gr استفاده شود.

۱۵. سونوگرافی کلیه و چک BUN, Cr در بیماران با stage 3 و stage 4 پرولاپس

۱۶. توقف smoking ۸ هفته قبل از عمل

• ارزیابی حین انجام پروسیجر

✓ تکنیک عمل burch:

قرارگیری بیمار:

۱- supine low lithotomy

۲- خوابیده به پشت supine در حالیکه ساق پا با به خارج abduct شده است.

نوع برش:

پوست: برش جراحی روی شکم بر اساس پروسه بیماری، سهولت انجام پروسیجر، Body habitus، operative exposure، وجود
اسکار قبلی، رعایت زیبایی، پاتولوژی زمینه ای، BMI بیمار، نیاز به ورود سریع به داخل شکم و بر اساس تجربه جراح برای تکنیک های
مختلف و شرایط خاص می تواند بصورت برش های طولی (LML و پارامدیان، انسزیون J و...) و یا برش های عرضی از قبیل
Phannenstiel (برش یک سانت بالای حاشیه فوقانی سمفیزیس پوبیس) و Cherney (برش عضله رکتوس از محل اتصالش به
سمفیزیس پوبیس) باشد.

➤ برش پوست با Scalpel blades

➤ زیر پوست: بهتر است لایه زیر پوست با بیستوری یا الکتروکوتر باز شود.

➤ استفاده از چاقوهای جداگانه برای برش پوست و لایه های عمیق تر پیشنهاد نمی شود این کار باعث کاهش عفونت زخم نمی
شود.

➤ فاشیا: برش جراحی کوچک با چاقوی جراحی انجام شود و سپس دو طرف با قیچی باز شود. دو طرف فاشیا را می توان با انگشت نیز به آرامی باز کرد.

اگر هیستریکتومی یا کولدوپلاستی یا دیگر اعمال جراحی داخل شکمی برای بیمار لازم است، ابتدا اعمال جراحی داخل شکمی انجام می شود و سپس پریتوان جداری بسته و وارد فضای رتروپوبیک یا retzius می شویم. کاتتر فولی در شرایط استریل برای بیمار گذاشته شود.

ورود به فضای رتروپوبیک :

با کنار زدن ملایم مثانه از پشت ولاترال سمفیز به دیواره جانبی لگن به فاسیای آندوپلوویک دسترسی پیدا می کنیم. در صورت جراحی قبلی در این محل از قیچی (sharp dissection) برای جدا کردن عضله رکتوس از بافت روی پریتوان و مثانه استفاده می کنیم (انحنای قیچی به سمت پوبیک قرار بگیرد). مثانه به کمک سه اسفنج ۴*۴ سانتی متری که با رینگ فورسپس گرفته شده به سمت بالا و مدیال کنار زده می شود، تا به محل گردن مثانه برسیم ، (گردن مثانه با لمس بالون کاتتر فولی پیدا می شود) در این موقع توشه واژینال توسط دست غیر غالب جراح یا توسط کمک جراح انجام می شود و انگشتان در فورنیکس جانبی واژن در اطراف گردن مثانه قرار گرفته تا با بالا راندن این منطقه بهتر بتوانیم بافت های اطراف گردن مثانه را در فضای رتروپوبیک به سمت مدیال کنار بزنیم و به فاسیای سفید رنگ پوبو سرویکال یا لایه فیبری عضلانی واژن برسیم.

(گاهی اوقات در هنگام دیسکسیون خونریزی وریدی به علت آسیب به وریدهای واژن ایجاد می شود که با سوچور لیگاتور یا پک می شوند)

سپس بین ۲ تا ۴ سوچور صفر غیر قابل جذب یا دیر جذب در هر طرف گردن مثانه به داخل فاسیای آندوپلوویک که توسط

دست جراح یا کمک جراح بالا آورده شده زده می شود (به طوریکه تمام ضخامت گرفته نشود).

سوچور پروگزیمال در ۲ سانتی متری لاترال مجرای ادرار در محاذات گردن مثانه زده می شود و سوچور دیستال با فاصله یک سانتی متری از سوچور پروگزیمال در محاذات میانه مجرای ادرار زده می شود.

فاصله سوچور بین فاشیای آندوپلوویک و لیگامان کوپر حداقل حدود ۲ تا ۳ سانتی متر باشد.

- در پایان عمل، سیستم اسکوپ می شود (طبق کد ۵۰۱۸۴۵) که از آسیب مثانه، باز بودن حالب ها و عدم عبور نخ از مثانه مطمئن شویم.

✓ تکنیک جراحی ترمیم نقص پارا واژینال از راه شکم:

ورود به فضای رتروپوبیک، از طریق برش عرضی صورت می پذیرد. برای مشاهده فضای رتروپوبیک لاترال، شامل عضلات لواتور و ابتراتور داخلی و باندل های عصبی عروقی ابتراتور، باید مثانه و واژن ابتدا به پایین و مدیال کشیده شوند دایسکسیون blunt را در این منطقه تا خار ایسکیال انجام می دهیم. دست غیر غالب جراح وارد واژن می شود و درحالی که واژن و مثانه به سمت مدیال کشیده می شود، جراح شیار انترولترال واژن را بلند می کند.

در ابتدا یک سوچور با عبور از تمام ضخامت واژن (به غیر از مخاط واژن) و سپس عمیق به داخل فاشیا ابتراتور داخلی یا ATRP در ۱-۲ سانتی متری قدام به مبدا آن در سطح خار ایسکیال زده می شود. پس از گره کردن آن ۳-۵ سوچور به فاصله حدود ۱ سانتی متر از هم به

سمت راموس پوبیس زده می شود. معمولا از نخ بخیه صفر یا دوصفر غیر قابل جذب استفاده می شود. (گایدلاین های اخیر توصیه نشده است)

✓ Bladder neck fascial sling placement:

جهت تهیه اسلینگ از بافت های مختلف مثل فاسیای رکتوس، فاسیالاتا، به ندرت دیواره واژن، عضله گراسیلیس، لیگامان های گرد، عضله پیرامیدالیس، عضله رکتوس استفاده می شود. ولی اغلب از فاسیای رکتوس جهت تهیه اسلینگ استفاده می شود. بیمار در وضعیت dorsal lithotomy قرار می گیرد بطوریکه دسترسی به واژن و پایین شکم به راحتی مقدور باشد. کاتتر مثانه تعبیه شده و تا آخر عمل نگه داشته می شود.

ابتدا برشی عرضی به طول ۶-۷ سانتی متر در ناحیه سوپراپوبیک (به فاصله ۲ سانتی متر از سمفیز پوبیس) روی پوست داده می شود و تا سطح فاسیای رکتوس ادامه می یابد. سپس یک مستطیل به ابعاد ۲ در ۱۰ سانتی متر روی فاسیای رکتوس علامت گذاری شده و ۴ گوشه آن با آیس، بلند شده و از فاسیای رکتوس جدا می شود. لبه های فاسیا با نخ دیر جذب بصورت Tension-free به هم دوخته می شود. سپس چربی اضافی پشت نوار گرفته شده و در سرم سالین نرمال یا محلول حاوی آنتی بیوتیک نگه داری می شود. البته در دو انتهای نوار، نخ غیرقابل جذب رد شده، گره شده و بلند نگه داشته می شود.

با کشش ملایم بر کاتتر فولی محل اتصال یورتروویکال تعیین شده و برشی عمودی (inverted T or inverted U) روی مخاط ناحیه داده می شود. با دیسکسیون sharp یا blunt تونل پری یورترال و رتروپوبیک ایجاد شده فاسیای اندوپلوئیک سوراخ می شود. در حالی که جهت انگشت جراح به طرف شانه همان طرف بیمار می باشد وارد فضای رتزیوس شده و مثانه را به آرامی به سمت داخل جارو می کند تا احتمال پرفوراسیون کاهش یابد. سپس یک عدد پنس بلند انتخاب شده و فاسیای رکتوس به فاصله ۲ سانتی متر از خط وسط در پشت پوبیس، سوراخ شده و با هدایت انگشت از سوراخ واژن خارج می شود یک انتهای نوار را گرفته، بالا کشیده و از سوراخ فاسیای رکتوس بیرون آورده می شود. این مراحل در طرف دیگر نیز تکرار شده و انتهای دیگر نوار نیز از فاسیای رکتوس خارج می شود. اسلینگ روی بافت اطراف گردن مثانه و یورترای پروگزیمال با چند بخیه قابل جذب fix می شود. سپس درحالیکه یک پنس زیر مجرای ادرار قرار گرفته ۲ انتهای نوار با کمک نخ های متصل شده به آن روی عضله رکتوس به هم گره زده می شود بطوریکه انگشت سبابه زیر گره آزادانه حرکت کند.

برخی از جراحان انتهای اسلینگ را به فاسیای رکتوس همان طرف می دوزند.

• ارزیابی بعد از انجام پروسیجر

- شستشوی محل عمل پس از برداشتن dressing با کلرگزیدین گلوکونات ۰.۴٪ یا بتادین بلافاصله بعد از اتمام عمل
- گرم نگه داشتن بیمار در جریان انتقال بیمار به ریکاوری
- مراقبتهای بیهوشی حین و پس از انجام پروسیجر از جمله کنترل out put ادرار در تمام مدت آماده ساختن بیمار برای انتقال به ریکاوری
- مراقبت در ریکاوری
- مراقبتهای بیهوشی

- علائم حیاتی، حجم ادرار و خونریزی هر یک ربع در ساعت اول کنترل شود و یا در صورت نیاز، مانیتورینگ مداوم لازم است.
- تجویز مسکن

➤ ثبت دستورات پس از عمل جراحی اسلینگ ترانس ایتوراتور (Post operative orders)

اقدامات مورد نیاز در بخش:

- پذیرش بخش تاریخ تخت ساعت
- بی اختیاری استرسی ادرار
- ثبت وضعیت بیمار (خوب، پایدار، خطر بالا، بحرانی)
- ذکر حساسیت ها شامل دارویی و غیر دارویی (لیست آلرژی ها)
- کنترل علائم حیاتی (BP,PR,RR,BT) و درد هر ربع ساعت تا ۲ ساعت، سپس هر نیم ساعت تا ۴ ساعت و بعد هر ۴ ساعت تا ۲۴ ساعت و یادداشت آن (در صورت $160/100 < BP < 90/60$ و $120 < PR < 60$ و $30 < RR < 12$, $BT > 38$ اطلاع داده شود).
- استراحت در بستر، به محض توانایی، پاها را حرکت دهد (در شرایط کم خطر ۸ ساعت پس از عمل میتواند بنشیند و یا در کنار تخت بایستد).
- کنترل خونریزی واژینال و اطلاع در صورت وجود آن
- تحریک تنفس پس از بیداری کامل و تشویق بیمار به سرفه و تنفس عمیق، O₂ (PRN یا برحسب نیاز)
- کنترل I/O با کاتتر فولی (حداقل میزان ادرار $ml/kg/h$ ۰/۵ است)
- در صورت وجود ادرار کمتر از ۱۰۰ سی سی در ۴ ساعت اطلاع داده شود.
- خروج کاتتر و Voiding trial تحت نظر پزشک معالج (طبق کد ۵۰۱۸۴۵) صبح روز بعد از عمل کاتتر خارج شود و بعد از ادرار کردن و PVR پایین بیمار مرخص شود).
- تا بیداری و هوشیاری کامل، NPO و سپس شروع رژیم مایعات در صورت نداشتن تهوع و استفراغ
- شروع رژیم جامد پس از برگشت اشتها را (بر حسب میزان دستکاری ضمن عمل)
- سرم ۳۰۰۰-۲۵۰۰ میلی لیتر در ۲۴ ساعت ($30ml/kg/24h$ یا $1-1/5 ml/kg/h$)
- در صورت تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکتیک آنتی بیوتیک اضافی تجویز نمی شود مگر در مواردی که اندیکاسیون داشته باشد (سفازولین IV 2g) (افزایش دوز بر اساس BMI).
- عمل اسلینگ برای جلوگیری از عفونت ادراری نیتروفوران توین 100mg روزی ۲ بار توصیه می شود .
- در صورت حساسیت به پنی سیلین و سفالوسپورین ها از کلیندامایسین، مترونیدازول و جتتامایسین شبیه شرایط قبل از جراحی میتوان تجویز نمود.
- مسکن:

- آمپول Ketorolac IV /IM ۳۰ میلی گرم هر ۶ ساعت و حداکثر ۱۲۰ میلی گرم و تا سقف ۴ دوز یا (در صورت عملکرد نرمال کلیه) و در صورت سن بالای ۶۵ سال دوز نصف می شود.
- استامینوفن وریدی ۱ گرم هر ۶ ساعت یا (ماکزیمم ۳ گرم روزانه)
- پتیدین ۲۵-۵۰ میلی گرم عضلانی یا
- شیاف دیکلوفناک ۱۰۰ mg رکتال و در صورت نیاز حداکثر یک بار قابل تکرار است (در بیماران با بیماری قلبی، آسم، زخم معده، حساسیت به دارو، بیماری کبدی، بیماری کلیوی، چربی خون بالا، دیابت، سیگاری و احتباس مایعات استفاده نشود).
- در صورت تهوع پرومتازین یا ۱۲/۵-۲۵ میلی گرم هر ۴ ساعت IM و یا هر ۶ ساعت IV بر اساس نیاز
- مسکن موقع ترخیص: دوز ترخیص ایبوپروفن ۴۰۰ mg هر ۶ ساعت با غذا و استامینوفن ۱g (حداکثر) هر ۸ ساعت پس از بهبود درد بروفن PRN (معمولا ۲ الی ۵ روز پس از عمل). در صورت عدم بهبود، پس از بررسی کامل بیمار می توان از ترامادول استفاده کرد.
- همتوکریت بر حسب شرایط بیمار پس از عمل جراحی و صبح روز پس از عمل و انجام سایر آزمایشات از قبیل اوره، کراتینین، سدیم و پتاسیم و بر حسب نیاز (روتین توصیه نمی شود)
- شروع مجدد استروژن: ۲ بار در هفته پس از عمل (۰/۵ گرم ۲ بار در هفته یا یک قرص ۲ بار در هفته) در صورت استفاده از رینگ استروژن، باید ۶ هفته پس از عمل شروع شود.
- ترخیص: ترخیص از بیمارستان پس از تحرک کامل و تحمل رژیم معمول (معمولا ۱ الی ۲ روز پس از عمل)
- محدودیت حرکتی: هر زمان که تحمل داشته باشد به فعالیت روزانه برگردد و فعالیت هایی که به پرینه فشار می آورد نظیر اسب سواری و موتور سیکلت و اینتر کورس تا ۶ هفته باید به تاخیر بیافتند. رانندگی تا موقعی که از ضد درد مخدر استفاده می کند ممنوع است.
- Follow up: جهت جلوگیری از یبوست مصرف مکمل های فیبر و در صورت نیاز MOM تجویز شود. روز دوم یا سوم بعد از عمل بیماران با مرکز درمانی تماس بگیرند (در مورد حرکات روده و اضافه کردن laxative مصرف شیاف در صورت ترمیم رکتوسل منعی ندارد. در صورت عدم وجود حرکات روده ای تا ۷ روز بعد از عمل احتمال disimpaction وجود دارد. در صورت عدم وجود flatus یا وجود تهوع و استفراغ همراه با یبوست باید از نظر ایلئوس یا انسداد بررسی شود
- ویزیت حضوری ۱۰ روز بعد از عمل و سپس ۴ تا ۶ هفته بعد جراحی، معاینه بخیه ها، عوارض زخم، Q-POP و در صورت نیاز، PVR اروزبون مش چک شود.

• کنترل عوارض جانبی انجام پروسیجر:

- خطرات شایع جراحی شامل عفونت، خونریزی، آسیب به عروق و آسیب های عصبی واحشاء (مثانه، حالب و روده) و آمبولی، عدم توانایی در ادرار کردن و نیاز به کاتتر متناوب جهت تخلیه ادرار، mesh exposure، ماهیت دائمی مش، درد کشاله ران، درد سوپراپوبیک و عوارض غیر قابل پیش بینی
- در صورت انجام اعمال جراحی همزمان لگنی ممکن است عوارض بیشتر شود. (Strong)

- عود بی اختیاری ادراری یا پایدار ماندن علائم قبلی
- بدتر شدن علائم بی اختیاری ادرار و یا ایجاد بی اختیاری ادراری جدید (denova) که ممکن است نیاز به درمان دارویی یا جراحی داشته باشد
- ایجاد مشکلات sexual نظیر دیس پارونی یا بدتر شدن آنها (Weak)
- در کل بهتر است اعمال جراحی پلویک پس از تکمیل خانواده انجام شود.
- انتخاب نوع زایمان پس از اعمال جراحی reconstructive پلویک با پزشک و بیمار تصمیم گیری می شود.
- کنترل احتمال آسیب ارگان های حیاتی و در صورت وجود مشاوره های لازم
- کنترل علائم حیاتی پس از عمل و در صورت عدم ثبات و افت هموگلوبین بررسی از نظر خونریزی از محل عمل یا جدار
- Vascular injury : بندرت اتفاق می افتد. اغلب آسیب وریدی ایجاد می شود که با پک کردن دور مجرا و ناحیه رتزیوس کنترل می گردد. در صورت unstable شدن بیمار باید به آسیب شریانی شک نمود. که سونوگرافی و CT scan کمک کننده خواهد بود. که بسته به شرایط بیمار ترانسفوزیون خون، لاپاراتومی و یا آمبولیزاسیون شریانی انجام خواهد گرفت.
- Bladder injury :

اسلینگ فاشیا: در صورت پرفوراسیون Dome و دیواره قدامی مثانه محل اسلینگ جابجا شده و درناژ مثانه با کاتتر بمدت یک روز انجام گرفته و سپس کاتتر خارج می گردد. در صورت پرفوراسیون دیواره خلفی مثانه و اطراف تریگون یا مجرای ادرار، پس از جایگذاری اسلینگ کاتتر مثانه به مدت ۷ تا ۱۴ روز می ماند در روز آخر سیستموگرام جهت بررسی تمامیت دیواره مثانه انجام می شود. (در صورت آسیب مجرای ادرار کنترل با سیستموگرافی نیاز نمی باشد.

برج - پاراواژینال: در صورت عبور نخ از مثانه سوچور باز شده و در محل دیگر سوچور مجدد زده می شود.

➤ Urinary retention and voiding dysfunction :

- جهت اداره بیماران با عدم توانایی تخلیه ادرار ۲ روش پیشنهاد شده است :
- (۱) کاتتر مثانه تعبیه شده و هر ۳ تا ۴ روز باقی مانده ادرار گرفته می شود. در صورتی که کمتر از ۱۵۰ میلی لیتر شد کاتتر خارج می شود.
 - (۲) در صورتی که رتانسیون ادراری بیش از چند روز طول بکشد بهتر است CIC انجام شود تا از عفونت ادراری جلوگیری گردد. بعد از هربار ادرار کردن بیمار با کاتتر مثانه باقی مانده ادرار را می گیرد کمتر از ۱۵۰ میلی لیتر شد کاتتریزاسیون متوقف می شود.

(د) توان ارائه خدمت:

ندارد

(ه) افراد صاحب صلاحیت جهت تجویز (Order) خدمت مربوطه و استاندارد تجویز:

متخصص زنان و زایمان، متخصص ارولوژی، فلوشیپ اختلالات کف لگن، فلوشیپ اورولوژی زنان

(و) ارائه کننده اصلی صاحب صلاحیت جهت ارائه خدمت مربوطه:

متخصص ارولوژی، فلوشیپ اختلالات کف لگن، فلوشیپ اورولوژی زنان

(ز) عنوان و سطح تخصص های مورد نیاز (استاندارد) برای سایر اعضای تیم ارائه کننده خدمت:

ردیف	عنوان تخصص	تعداد مورد نیاز به طور استاندارد به ازای ارائه هر خدمت	میزان تحصیلات مورد نیاز	سابقه کار و یا دوره آموزشی مصوب در صورت لزوم	نقش در فرایند ارائه خدمت
۱	متخصص بیهوشی	به ازای هر دو بیمار ۱ نفر	متخصص	--	مراقبت های تخصصی بیهوشی حین و بعد از عمل جراحی
۲	سایر تخصص ها بر اساس وضعیت بیمار و تشخیص جراح	متخصص قلب، داخلی، ارولوژی، جراح عمومی	بسته به شرایط بیمار	مشاوره به متخصصین اصلی بسته به شرایط بیمار	سایر تخصص ها بر اساس وضعیت بیمار و تشخیص جراح
۳	پرستار / تکنسین اتاق عمل (نرس سیرکولر و اسکراب)	۲ نفر	کاردان به بالا	حداقل ۲ سال	آماده سازی بیمار، مراقبتهای حین عمل
۴	هوشبری	۱ نفر	کاردان به بالا	حداقل ۲ سال	مانیتورینگ مداوم و مراقبت های قبل، حین و بعد از عمل جراحی
۵	پرستاربخش	۱ نفر	لیسانس	حداقل ۲ سال	انجام دستورات قبل و پس از عمل، مراقبت های قبل و بعد از عمل، مانیتورینگ مداوم بعد از عمل جراحی
۶	کمک بهیار و خدمات	۲ نفر	دیپلم	حداقل ۲ سال	کمک به مراقبت های قبل و بعد از عمل توسط پرستار

(ح) استانداردهای فضای فیزیکی و مکان ارائه خدمت:

اتاق عمل دارای تهویه و نور کافی و درجه حرارت مناسب و بر حسب استانداردهای ابلاغی وزارت بهداشت

(ط) تجهیزات پزشکی سرمایه ای به ازای هر خدمت:

تخت اتاق عمل با ملحقات، دستگاه بیهوشی، پالس اکسی متر وسایل سیستم اسکوپ

ی) داروها، مواد و لوازم مصرفی پزشکی جهت ارائه هر خدمت:

ردیف	اقلام مصرفی مورد نیاز	میزان مصرف (تعداد یا نسبت)
۱	داروی ضروری برای بیهوشی عمومی و اپیدورال و اسپینال (مارکائین، لیدوکائین ، پروپوفول، پتیدین و....)	بر حسب نوع بیهوشی
۲	ست اپیدورال	۱ عدد
۳	ست اسپینال	۱ عدد
۴	لوله تراشه	۱ عدد
۵	دستکش استریل	۱۰-۱۴ جفت
۶	دستکش پرپ	۲ عدد
۷	بتادین	۴۰ سی سی
۸	کلر هگزیدین	۴۰ سی سی
۹	سرنگ در سایز های مختلف	۱۰ عدد
۱۰	سر سوزن	۲ عدد
۱۱	آنژیوکت	۴ عدد
۱۲	تیغ بیستوری	۲ عدد
۱۳	نخ ویکریل یک یا صفر	۱۲ عدد
۱۴	نایلون ۲ صفر کات جهت پوست	۱ عدد
۱۵	نخ نایلون لوپ	۲ عدد
۱۶	نخ غیرقابل جذب	۶ عدد
۱۷	نخ ویکریل ۲ صفر و یا ۳ صفر	۲ عدد
۱۸	نخ کروم ۲ صفر	۲ عدد
۱۹	نخ کروم یک یا صفر	۲ عدد
۲۰	ژل لیدوکائین ۰.۲٪	۲ سی سی
۲۱	لنگاز	۱۰-۱۲ عدد
۲۲	گاز خط دار	۲۰ عدد
۲۳	گاز ساده	۱۰ عدد

۱ عدد	سر کوتر	۲۴
۱ عدد	درن	۲۵
۱ ست کامل	پک عمل	۲۶
۴ عدد	گان اضافی عمل	۲۷
۱ متر	چسب پانسمان	۲۸
۴ عدد	چسب آنژیوکت	۲۹
۱ عدد	کاتتر فولی	۳۰
۱ عدد	ماسک اکسیژن	۳۱
۲ عدد	کاتتر نلاتون	۳۲
۱ عدد	کیسه ادرار	۳۳
۱ عدد	ست پانسمان (رسیور، پنس، و پنبه و گاز)	۳۴
۲ عدد	ست سرم	۳۵
۲ عدد	آب مقطر	۳۶
۲۰۰۰ سی سی	سرم نرمال سالین	۳۷
۳۰۰۰ سی سی	سرم رینگر لاکتات	۳۸
۳۰۰ سی سی	سرم سالین جهت شستشوی شکم	۳۹
۱۰۰۰ سی سی	سرم دکستروز ۵ درصد	۴۰
۱ عدد	پروپ پالس اکسی متر	۴۱
۲ عدد	لوله ساکشن	۴۲
۳ عدد	چست لید	۴۳
۱ عدد	گان بیمار	۴۴
۱ عدد	کلاه بیمار	۴۵
۲ عدد	کلاه پزشک (با توجه به تعداد جراح)	۴۶
۵ عدد	ماسک سه لایه بند دار (با توجه به تعداد جراح)	۴۷
۱ عدد	سفازولین یک گرم و یا مترونیدازول ۵۰۰ میلی گرم	۴۸
۱ عدد	تب سنج	۴۹
به تعداد مورد نیاز	دروشیت	۵۰
به تعداد مورد نیاز	لباس یکبار مصرف، ست سرم و آنژیوکت، دستکش یکبار مصرف	۵۱

۵ عدد	پیناد	۵۲
-------	-------	----

ک) استانداردهای ثبت

- Pre-op Diagnosis : تشخیص قبل از عمل بی اختیاری استرسی ادرار و نقص پاراواژینال: جراحی
- Post-op Diagnosis : تشخیص بعد از عمل نوع عمل بی اختیاری استرسی ادرار و نقص پاراواژینال: جراحی
Abdominal anti incontinence procedure (Bladder neck fascial sling or burch or retropubic urethropexy) or Abdominal paravaginal defect
- نمونه برداشته شده: بلی خیر تعداد.....
- شرح عمل و مشاهدات
- شمارش گازها و لوازم قبل از عمل و بعد از آن منطبق می باشد. بلی خیر
- نمونه جهت آزمایش فرستاده شده است؟ بلی خیر
- امضاء پرستار اتاق عمل - مهر و امضاء جراح

ل) اندیکاسیون های دقیق جهت تجویز خدمت:

- برج : بیمار به هر علتی تحت لاپاراتومی قرار گرفته و نیاز به درمان یا پیشگیری از بی اختیاری استرسی ادرار ناشی از هیپر موبیلیتی مجرا دارد.
- ترمیم نقص پاراواژینال از راه شکم : در صورت انجام لاپاراتومی و وجود پرولاپس علامت دار کمپارتمان قدامی واژن با stage ≥ 2 ، عدم تمایل و یا عدم موفقیت درمان محافظتی (پساری)
- فاشیال اسلینگ:
- بی اختیاری استرسی ادرار علامت دار در زمینه ضعف اسفنکتر داخلی مجرای ادرار Interincic sphincter deficiency
- عود بی اختیاری استرسی ادرار بدنبال درمان جراحی
- بی اختیاری استرسی ادرار همراه با دیورتیکول مجرای ادرار
- بی اختیاری استرسی ادرار همراه با آسیب مجرای ادرار
- بی اختیاری استرسی ادرار همراه با مشکلات نوروژنیک

م) شواهد علمی در خصوص کنتراندیکاسیون های دقیق خدمت:

کنتراندیکاسیون های مشترک: عفونت ادراری اخیر، حاملگی اخیر، استفاده از داروهای ضد انعقادی، باقی مانده ادرار با حجم بالا و عدم شکایت بالینی

کنتراندیکاسیون های اختصاصی:

✓ برج :

- بی اختیاری استرسی ادرار در غیاب هیپر موبیلیتی مجرا
- اختلال عملکرد اسفنکتر داخلی مجرا
- ✓ ترمیم نقص پاراواژینال از راه شکم :
- عدم وجود پرولاپس واضح در معاینه ($2 < \text{stage}$)

ن) مدت زمان ارائه هر واحد خدمت:

ردیف	عنوان تخصص	میزان تحصیلات	مدت زمان مشارکت در فرایند ارائه خدمت	نوع مشارکت در قبل، حین و بعد از ارائه خدمت
۱	یورولوژیست و اورولوژیست و فلوشیپ ارولوژی زنان	متخصص و فلوشیپ	بین ۲-۴ ساعت بر حسب مورد	جراح کمک جراح (بسته به نظر جراح)
۲	بیهوشی	متخصص	حداقل ۴ ساعت و با توجه به شرایط بیمار و نوع هیستریکتومی رادیکال	اقدام جهت بیهوشی بیمار
۳	هوشبری	کاردان به بالا	حداقل ۴ ساعت و به طور متوسط ۳ ساعت با توجه به شرایط بیمار و اندیکاسیون هیستریکتومی	کمک در انجام بیهوشی
۴	اتاق عمل	کاردان به بالا	حداقل ۴ ساعت و با توجه به شرایط بیمار و نوع هیستریکتومی رادیکال	اسکراپ و سیرکولر
۵	سایر تخصص ها بر اساس وضعیت بیمار	متخصص قلب، داخلی، جراح عمومی	بسته به شرایط بیمار	مشاوره به متخصصین اصلی بسته به شرایط بیمار

س) مدت اقامت در بخش های مختلف بستری جهت ارائه هر بار خدمت مربوطه:

زمان ترخیص در بیماران حداقل ۴۸ ساعت پس از جراحی و به طور متوسط ۴-۳ روز می باشد. در صورت وجود مشکل و بستری در ICU و نیاز به مراقبت های ویژه زمان ترخیص با نظر پزشک متخصص ICU است. (در زمان بستری در ICU متخصص زنان لازم است مراقبت از بیمار را ادامه دهد).

ع) موارد ضروری جهت آموزش به بیمار:

- توصیه های پس از ترخیص و آموزش مراقبت از خود پس از عمل جراحی
- زمان مراجعه بیمار جهت کشیدن بخیه ها به بیمار اعلام گردد. (۷-۱۴ روز پس از عمل بر حسب نوع عمل)
- هر روز حمام کند و زخم را با گاز استریل تمیز کند.
- بیمار زخم خود را هر روز نگاه کند نباید قرمزی، تورم، ترشح داشته باشد. در غیر اینصورت با پزشک خود تماس بگیرد.

- اگر شکم بیمار چاق است و روی زخم می افتد یک گاز خشک بین زخم و شکم قرار بدهد تا مانع ترشح شود.
- جسم سنگین تر از ۱۳ پوند (۵/۷ کیلوگرم) در ۶ هفته اول بعد از عمل بلند نکنند.
- رخت شویی نکند ، جارو برقی نکشد.
- می تواند از پله ها بالا برود .
- آرام و با کمک می تواند خود را روی تخت جابجا کند.
- ۴ هفته بعد از عمل می تواند ورزش های شکمی بکند.
- ۳ هفته بعد از عمل می تواند در وان حمام کند. (اگر بخیه ها جوش خورده اند)
- بهتر است رژیم غذایی شامل پروتئین زیاد، آهن، فیبر باشد تا هم روده ها عملکرد خوبی داشته باشند و هم زخم ترمیم شود از قبیل گوشت قرمز، سبزیجات برگ سبز ، جگر سیاه، میوه تازه ، ماهی، غلات). (مصرف مایعات ۸-۱۰ لیوان در روز شامل آب، آب میوه، شیر-از افزایش مقدار قهوه یا چای پرهیزد).
- آموزش اینکه بیمار چه داروهایی را بعد از عمل می تواند مصرف کند (مسکن و آهن، آنتی ترومبوآمبولیک تزریقی یا جوراب، آنتی بیوتیک در مواقع ضروری).
- از توالف فرنگی استفاده کند.
- ۶ هفته پس از جراحی نزدیکی جنسی نداشته باشد.
- تاریخی که لازم است برای ویزیت بعدی مراجعه کند (۷-۱۰ روز ویزیت اول و ۶ هفته پس از جراحی).
- وقتی مشکلی پیش آمد چگونه پزشک را خبر کند (شماره تماس و یا آدرس محل مراجعه را به بیمار داده شود).
- چه مقدار فعالیت کند و چه موقع سر کار برود. (در سطح صاف راه برود تا کارکرد روده ها و گردش خون بهتر شود. آزادانه به بیرون برود و از هوای تازه استفاده کند. تا ۲-۳ هفته بعد از عمل رانندگی نکند. بعد از ۴ الی ۶ هفته بعد از عمل بیمار می تواند سرکار برود. برای استراحت وقت کافی اختصاص دهد یا طی روز یک خواب کوتاه مدت داشته باشد.

منابع:

1. Urogynecology And Reconstructive Pelvic Surgery (Mickey M Karram 2015)
2. 2015 کتاب تیلند
3. UP TO DATE ۲۰۱۹
4. CAMPBELL UROLOGY ۲۰۱۶
5. NICE 2019
6. AUA 2016
7. EAU 2018

- تاریخ اعتبار این راهنما از زمان ابلاغ به مدت ۲ سال می باشد و بعد از اتمام مهلت زمانی میبایست ویرایش صورت پذیرد.

بسمه تعالی

فرم تدوین راهنمای تجویز

مدت زمان ارائه	محل ارائه خدمت	شرط تجویز		ارائه کنندگان اصلی صاحب صلاحیت	افراد صاحب صلاحیت جهت تجویز	کاربرد خدمت		کد RVU	عنوان استاندارد
		کنترل اندیکاسیون	اندیکاسیون			سرپایی	بستری		
۲ تا ۴ ساعت	بیمارستان	<p>کنترل اندیکاسیونهای مشترک : عفونت ادراری اخیر، حاملگی اخیر، استفاده از داروهای ضد انعقادی، باقی مانده ادرار با حجم بالا و عدم شکایت بالینی</p> <p>کنترل اندیکاسیون های اختصاصی: *برج :</p> <p>- بی اختیاری استرسی ادرار در غیاب هیپر موبیلیتی مجرا</p> <p>- اختلال عملکرد اسفنکتر داخلی مجرا</p> <p>*ترمیم نقص پاراواژینال از راه شکم :</p> <p>- عدم وجود پرولاپس واضح در معاینه (stage<2)</p>	<p>*برج : بیمار به هر علتی تحت لاپاراتومی قرار گرفته و نیاز به درمان یا پیشگیری از بی اختیاری استرسی ادرار ناشی از هیپر موبیلیتی مجرا دارد.</p> <p>*ترمیم نقص پاراواژینال از راه شکم : در صورت انجام لاپاراتومی و وجود پرولاپس علامت دار کمپارتمان قدامی واژن با $stage \geq 2$، عدم تمایل و یا عدم موفقیت درمان محافظتی (پساری)</p> <p>*فاشیال اسلینگ:</p> <p>-بی اختیاری استرسی ادرار علامت دار در زمینه ضعف اسفنکتر داخلی</p> <p>مجرای ادرار Interincic sphincter deficiency - عود بی اختیاری استرسی ادرار بدنبال درمان جراحی</p> <p>-بی اختیاری استرسی ادرار همراه با دیورتیکول مجرای ادرار</p>	متخصص ارولوژی ، فلوشیپ اختلالات کف لگن، فلوشیپ اورولوژی زنان	متخصص زنان و زایمان، متخصص ارولوژی، فلوشیپ اختلالات کف لگن، فلوشیپ اورولوژی زنان		*	۵۰۱۶۶۰	ترمیم پاراواژینال از راه شکم و روش جراحی شکمی اصلاح بی اختیاری استرسی ادرار (یورتروپکسی رتروپوبیک یا برج یا فاشیال اسلینگ)

			-بی اختیاری استرسی ادرار همراه با آسیب مجرای ادرار -بی اختیاری استرسی ادرار همراه با مشکلات نوروژنیک						
--	--	--	---	--	--	--	--	--	--

- تاریخ اعتبار این راهنما از زمان ابلاغ به مدت ۲ سال می باشد و بعد از اتمام مهلت زمانی میبایست ویرایش صورت پذیرد.