

پرولاپس (افتادگی) لگن

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |               |                                                               |                    |              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|---------------|---------------------------------------------------------------|--------------------|--------------|
| شماره پرونده:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  | نام خانوادگی: | نام:                                                          | بخش:               | پزشک معالج:  |
| نام پدر:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  | تاریخ تولد:   | جنس: <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> مرد | تشخیص (علت بستری): | تاریخ پذیرش: |
| بیمار محترم ضمن آرزوی سلامتی برای شما شایسته است که پس از ترخیص از بیمارستان موارد زیر را به دقت مطالعه و اقدام نمایید:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |               |                                                               |                    |              |
| مراقبت در منزل:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |               |                                                               |                    |              |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- در روزهای اول بعد از عمل از مصرف مواد غذایی نفاخ پرهیز کرده و رژیم غذایی حاوی پروتئین و ویتامین C (ث) مصرف نمایید.</li> <li>- جهت پیشگیری از یبوست بعد از عمل از سبزیجات، میوه، سالاد، روغن زیتون، برگه آلو، انجیر خیس شده، کمپوت هلو، گلابی، زردآلو، سوپ و غیره در وعده های غذایی استفاده کنید. کاهش وزن در صورت چاقی کمک کننده است.</li> <li>- پس از ۲ الی ۴ هفته با نظر پزشک معالج فعالیت عادی را می توانید شروع نمایید.</li> <li>- از کارهای سنگین مانند بلند کردن اشیاء سنگین، ایستادن به مدت طولانی و تمرینات ورزشی خشن طی ۶ هفته اول بعد از عمل خودداری کنید.</li> <li>- ورزش ناحیه پرینه که به این صورت است را باید در منزل انجام دهید: در هر وضعیت (نشسته، ایستاده، خوابیده) عضلات بین مجرای ادرار و مقعد را منقبض و به سمت داخل بکشید و در این حالت ۳۰ ثانیه بمانید، سپس خود را شل کنید. این ورزش را ۲۰-۱۰ بار در روز انجام دهید.</li> <li>- برای اینکه اثرات ورزش را ببینید این تمرین را ۱۲-۶ هفته انجام دهید.</li> <li>- پس از ترخیص از بیمارستان می توانید حمام کنید.</li> <li>- بخیه ها ۱-۲ هفته طول می کشد تا خوب ترمیم شوند.</li> <li>- در مورد روش پیشگیری از بارداری و شروع فعالیت های جنسی خود حتماً با پزشک مشورت نمایید.</li> <li>- لباس زیر روزانه تعویض شود و از لباس های زیر نخی استفاده شود و از پوشیدن لباس های حاوی الیاف مصنوعی و جوراب شلواری تنگ و پلاستیکی خودداری شود.</li> <li>- جهت پیشگیری از عفونت و فشار بر روی بخیه ها مراقبت از ناحیه عمل و رعایت بهداشت شخصی ضروری است.</li> <li>- تعویض روزانه لباس زیر و در معرض آفتاب قرار دادن آن ها ضروری است.</li> <li>- جهت ضد عفونی محل بخیه ها، در یک لگن تمیز متوسط تا نیمه آب ولرم ریخته و ۳ پیمانه با درب ظرف، بتادین در لگن بریزید (با نظر پزشک) و روزی ۲-۳ بار و هر بار ۱۵ دقیقه در لگن بنشینید.</li> <li>- محل عمل تمیز و خشک باشد و برای خشک نمودن محل عمل می توان از چراغ مطالعه یا سشوار با فاصله ۱۵ سانتی متری استفاده نمود.</li> <li>- در صورتی که نمی توانید ادرار کنید باز کردن شیر آب و دیدن و شنیدن صدای آب یا نوشیدن مایعات در برقراری ادرار کمک می کند و اگر بیش از ۱۲ ساعت قطع ادرار داشتید به اولین مرکز درمانی مراجعه نمایید.</li> </ul> |  |  |               |                                                               |                    |              |
| در صورت مشاهده موارد زیر به بیمارستان و یا پزشک مراجعه کنید                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |               |                                                               |                    |              |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- اگر علی رغم درمان یا ورزش علائم ظرف ۳ ماه بهبود نیابند یا علائم غیرقابل تحمل شوند و جراحی را مدنظر قرار دهید.</li> <li>- اگر در صورت گذاشتن شیف مهبل، موارد زیر رخ دهند: خونریزی غیرطبیعی مهبل، ناراحتی یا اشکال در ادرار کردن.</li> <li>- در زمانی که پزشک برایتان مشخص کرده معمولاً ۷-۱۰ روز بعد از عمل جهت کنترل محل بخیه به پزشک مراجعه کنید.</li> <li>- در صورت درد ناگهانی، افزایش درد و یا خونریزی لازم است بلافاصله به پزشک یا بیمارستان مراجعه کنید.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |               |                                                               |                    |              |