



دبیرخانه تدوین و بازنگری بسته بیمه پایه خدمات

شناسنامه و استاندارد خرید راهبردی بیمه ای

اکوکار دیوگرانی از راه مری

تدوین کنندگان:

دفتر ارزیابی فن آوری، تدوین استاندارد و تعرفه سلامت

با همکاری:

سازمان بیمه تأمین اجتماعی، کمیته امداد امام خمینی (ره)، نیروهای مسلح و بیمه سلامت
ایران

مهر ۱۳۹۷

بسمه تعالی

مقدمه:

اکوکاردیوگرافی مری نوعی تصویر برداری اولتراسونیک است که در آن پروب اکوکاردیوگرافی از راه مری در پشت قلب قرار گرفته و تصویر بسیار خوبی بویژه از قسمتهای خلفی قلب و عروق بزرگ و آئورت نزولی ایجاد می نماید و به منظور تشخیص در بسیاری بیماریها یا گایدلینگ حین پروسیجر های ایترونشن یا جراحی قلب استفاده می شود.

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

کد بین المللی (CPT)	خدمت	کد ملی	خدمت
۹۳۳۱۸	(TEE) Transesophageal Echocardiography	۹۰۰۷۹۰	اکوکاردیوگرافی از طریق مری در بیماران عادی به همراه تفسیر و گزارش
۹۳۳۱۴	Congenital TEE	۹۰۰۷۹۵	اکوکاردیوگرافی از طریق مری در بیماران مادرزادی به همراه تفسیر و گزارش
۹۳۳۱۳	Intra Operative Transesophageal Echocardiography	+ ۹۰۰۷۳۵	اکوکاردیوگرافی مری حین پروسیجر دیگر
۹۳۳۱۲	(TOE) Transoesophageal Echocardiography	۹۰۰۷۹۰	اکوکاردیوگرافی از طریق مری در بیماران عادی به همراه تفسیر و گزارش

ب) تعریف و تشریح خدمت مورد بررسی :

اکوکاردیوگرافی از راه مری، مدالیتیه ای نیمه تهاجمی و بسیار مهم در تصویربرداری قلب و عروق است. مجاورت مری با قسمت عمده قلب و عروق بزرگ، مری را به یک window اولتراسونیک عالی تبدیل کرده بطوریکه در برخی بیماران، اطلاعات اضافه و دقیقتری در مقایسه با اکوی ترانس توراسیک می دهد. عملا بافت کمی بین پروب و قلب قرار دارد که بخواهد روی کیفیت تصویر اثر بگذارد. با توجه به مجاورت پروب با قلب نیازی به اشعه با Penetration بالا نیست.

بر این اساس در اکوی مری، از پروب با فرکانس بالا (معمولا 5-7.5 MHZ) استفاده می شود تا تصویری با رزولوشن فضایی بالاتر بدست آید. همان تکنولوژی های مورد استفاده در اکوی ترانس توراسیک (مانند Two dimentional، Color Doppler، Spectral Doppler، Tissue Doppler، Three Dimensional) در اکوی مری هم قابل استفاده است. اکوی مری در اقدامات مداخله ای غیر کرونری پرکوتانه جایگاه ویژه و رو به رشدی در تصویربرداری پیدا کرده است.

ت) موارد ضروری انجام مداخله تشخیصی (اندیکاسیون ها)

۱. ارزیابی ساختمان و عملکرد عروق بزرگ در شرایطی که یافته ها در تصمیم گیری بیمار تأثیر گذار است و اکوی ترانس توراسیک غیر تشخیصی است یا در کل بدلیلی (مانند باز بودن مدیاستن) انجام نمی شود.

۲. ارزیابی بیماریهای دریچه ای Native شامل تنگی ها و یا نارسایی های دریچه میترال، آئورت، پولمونر و تری کوسپید اعم از بیماریهای مادرزادی یا اکتسابی، فانکشنال یا استراکچرال، بررسی مکانیسم بیماری، عوارض، قابلیت مداخله و یا جراحی و غیره.
۳. ارزیابی های بیماریهای آئورت شامل آنوریسم، دیسکشن و غیره.
۴. ارزیابی اندوکاردیت دریچه ای Native یا پروستتیک، آبسه ها، پسودوآنوریسم ها، وژتاسیون و غیره.
۵. ارزیابی بیماریهای دریچه های پروستتیک شامل مالفانکشن، پاراولولر، لخته و سایر عوارض در کلیه دریچه های میترال، آئورت، تری کوسپید و پولمونر.
۶. ارزیابی اختلالات در ساختمانهای که در Far-Field (قسمت پوسترئور قلب) قرار می گیرند مانند: گوشک دهلیز چپ، وریدهای پولمونر، آئورت نزولی و غیره.
۷. ارزیابی بیماران با آسیب و ترومای قفسه سینه مشکوک به آسیب قلب، پریکارد و عروق بزرگ باشد.
۸. ارزیابی بیماران زیر ونتیلاتور که بیماری قلبی دارند یا مشکوک به وجود آن هستند.
۹. ارزیابی بیماران با جثه خاص که مانع تصویربرداری اکوی ترانس توراسیک می شود یا که نمی توانند در وضعیت خوابیده به پهلو دراز بکشند.
۱۰. ارزیابی تومورهای قلب (اعم از تومورهای اولیه و متاستاتیک) در مواردی از Molignamcy ها که شک به extension قلبی وجود دارد مانند هیپرنفروما، لیومیوماتوز رحم و غیره.
۱۱. کلیه کسانی که دارای device هستند مانند: ICD ، Pacemaker ، Port، Permcath و غیره و بررسی توده ای بروی این device ها یا بررسی دقیق محل آنها مد نظر است.
۱۲. در تمام مواردی که بیمار کاندید کاردیوورژن در آریتمی های فوق بطنی است یا مواردی از ablation که پروسیجر روی دهلیزها انجام می شود یا در برخی موارد مشکوک به وجود لخته بطنی، برای دیدن لخته در گوشک دهلیزها و خود دهلیز اکوی مری قبل از پروسیجر لازم است.
۱۳. در تمام بیماران با آمبولی سنترال یا پریفرال.
۱۴. بیماران unstable آمبولی ریه که امکان انجام روشهای دیگر مانند سی تی آنژیو را ندارند یا بیماران Stable که در مرکز بدون امکانات CT آنژیو هستند یا در موارد شک به Emboli in Transit یا در مواردی که شک به PFO مهم وجود دارد.
۱۵. در تمام موارد بیماریهای پریکارد که بررسی TTE امکانپذیر نمی باشد.
۱۶. در تمام موارد مشکوک به وجود کیست یا توده در داخل قلب یا اطراف قلب.
۱۷. بیماران با شک به بیماری مادرزادی که TTE ، nondiagnostic بوده است.
۱۸. در بیمارانی که Assisted LV device شامل ECMO و سایر موارد دارند و نیاز به بررسی عملکرد یا عوارض آن وجود دارد.
۱۹. بیماران پس از پیوند ریه (در موارد لزوم بررسی آناستومور وریدهای پولمونر) و نیز در موارد پیوند قلب که اطلاعات TTE کافی نمی باشد.

۲۰. بررسی بافل های داخل یا خارج قلبی در بیماران مادرزادی.
 ۲۱. بررسی بیماریهای آئورت و میترال در بیماری مارفان.
 ۲۲. بررسی شانت های داخل و خارج قلبی شامل ASD ، VSD ، PDA ، AVSD و غیره (شانت های جراحی).
 ۲۳. بررسی کوارکتاسیون.
 ۲۴. بررسی بیماران سیانوتیک.
 ۲۵. بررسی همه بیماران Congenital و / یا دریچه ای که قرار است تحت جراحی قلبی یا اینترونشن قلبی قرار بگیرند.
 ۲۶. بررسی تنگی های ساب والور یا سوپراوالور آئورت و پولمونر.
 ۲۷. بررسی انواع فیستول ها، آنوریسم ها، پسودوآنوریسم ها.
 ۲۸. بررسی انواع کاردیومیوپاتی بویژه نوع هیپرتروفیک و نیز دیلاته ورستریکتیو و غیره.
 ۲۹. بررسی بیماران با فشار پولمونری (PAH) افزایش یافته.
 ۳۰. بررسی آئورت در بیمارانی که دچار Peripheral arterial disease هستند.
 ۳۱. بیماران ایسکمی قلبی که دچار عوارضی مانند اختلال همودینامیک ، VSD ، MR ، پسودوآنوریسم و غیره شده اند.
 ۳۲. بررسی قلب در تمام بیمارانی که Critically ill هستند یا در موارد اختلال همودینامیک با علت نامشخص که TTE کافی نبوده باشد.
 ۳۳. بیماران با Poor Echo window در اکوی TTE که پیش بینی می شود اطلاعات اکوی مری در تصمیم گیری موثر است.
 ۳۴. بیمارانی با مدیاستن باز که نیاز به اکو دارند.
- *موارد ضروری: در تمام موارد به استثنای مواردی که فرم قفسه سینه یا باز بودن قفسه سینه اجازه اکوی ترانس توراسیک را نمی دهد ، قبل از انجام اکوی مری انجام TTE یا TDI ضروری است.
- ج (تواتر ارائه خدمت (تعداد دفعات مورد نیاز و فواصل انجام)**
- انجام اکوی مری یک بار برای تشخیص قطعی در موارد فوق ضرورت دارد اما پس از آن تواتر خاصی وجود ندارد ممکن است نیاز به بررسی مجدد نباشد یا برای فالوآپ بسته به درخواست پزشک معالج تکرار نیاز باشد.
- بعنوان مثال در شک به اندوکاردیت حتی اگر TEE بار اول منفی باشد تکرار ۷-۱۰ روز بعد نیاز است یا بیماری که دارای لخته در قلب بوده و روی درمان آنتی کوآگولان قرار گرفته ۴ هفته بعد نیاز به تکرار دارد. بیمار اندوکاردیت بسته به نظر پزشک معالج به تواتر نیاز به تکرار خواهد داشت. اساساً تکرار بر اساس نظر پزشک معالج و طبق درخواست ایشان خواهد بود.
- ممکن است بیمار در یک روز اکوی مری شده پس از آن با توجه به تشخیص به عنوان مثال یک تومور ریه یا تنگی میترال و لخته و غیره به اتاق عمل منتقل شود و مجدداً در اتاق عمل تحت اکوی مری در همان روز قرار بگیرد.
 - در برخی موارد مانند بررسی دریچه میترال، گوشک، بررسی آئورت، تری کوسپید ASD ، شانت های دیگر و غیره و نیز در موارد اکوی مری قبل از اینترونشن ممکن است اکوی مری بصورت 3D انجام شود.
- اندیکاسیون اکوی مری در اتاق عمل :

۱- اکوی مری در تمامی موارد جراحی قلب باز می شود.

- ۲- در برخی موارد CABG مانند: High risk CABG ، مواردی که نیاز به device کمکی مانند IABP باشد، موارد همراه با نارسایی میترا، بیماریهای آئورت ، اختلالات همودینامیک ، بروز عوارض.
- ۳- در بیماران در اتاق عمل که از پمپ OFF نمی شوند.
- ۴- در جراحیهای پیوند قلب (ممکن است هم برای دهنده و هم گیرنده لازم باشد).
- ۵- جراحی غیر قلبی در مواردی که بیمار پاتولوژی قلب دارد یا شک به آن وجود دارد و بر روی پیش آگهی بیمار تأثیرگذار است مانند جراحی عروق بزرگ، جراحی ستون فقرات و جراحیهای که احتمال اختلال همودینامیک دارند.
- اندیکاسیون گایدینگ مداخلات قلبی:

- ۱- در تمام مداخلات قلبی Catheter – based غیر کرونری مانند بالون والولوپلاستی ، بستن گوشک، بستن VSD، بستن ASD، ترانس کاتتر پروسیجرال دریچه‌ای مانند TAVI ، پاراولولریک، میتراکلیپ، Valve in value
- ۲- گایدینگ سیتوستومی
- ۳- گایدینگ پروسیجرهای الکتروفیزیولوژی پیچیده مانند 3D Map Guided Ablation
- در تمام موارد اکوی داخل اتاق عمل و کت لب در صورت در دسترس بودن اکوی سه بعدی در مرکز این نوع اکو بصورت 3D انجام می‌شود.
 - مجدداً متذکر می‌گردد در شرایط خاص ممکن است در یک روز اکوی مری مجدد انجام شود یا با فاصله بسیار نزدیک در روزهای متوالی تکرار شود. بعنوان مثال بیمار در اتاق عمل اکوی مری شده است و شب در ICU دچار اختلال همودینامیک شده و نیاز به اکوی مری دارد.

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

۱. متخصص قلب و عروق شامل کلیه رشته‌های فلوشیپ یا جنرال
۲. فوق تخصص جراحی قلب
۳. فوق تخصص قلب کودکان
۴. فوق تخصص جراحی عروق
۵. متخصص نورولوژی
۶. متخصص بیماریهای عفونی
۷. متخصص داخلی و کلیه فوق تخصص های مربوطه
۸. متخصصین مسئول ICU (فوق تخصص ICU، متخصص بیهوشی، فلوشیپ بیهوشی قلب).
۹. فوق تخصص جراحی پیوند کبد، ریه

هـ) ارائه کننده اصلی صاحب صلاحیت جهت ارائه خدمت مربوطه:

- ۱- فلوشیپ اکوکاردیوگرافی
- ۲- فلوشیپ بیهوشی قلب که پس از اتمام یا در حین دوره بیهوشی قلب، دوره اکوکاردیوگرافی را در مرکز آموزشی اکوکاردیوگرافی گذارنده باشد؛ یعنی انجام ۱۵۰ مورد اکوی مری با امضای مسئول بخش اکوکاردیوگرافی مرکز را منحصراً

جهت انجام اکوی مری حین عمل را داشته باشد. مجدداً تصریح می‌گردد انجام اکوی مری تشخیصی، اکوی مری حین پروسیجر یا فالوآپ در حیطه کاری ایشان نمی‌گنجد.

۳- فلوشیپ بیماریهای مادرزادی قلب که در Logbook دوره تحصیل انجام ۱۵۰ مورد اکوی مری در دوران تحصیل ثبت کرده است و یک مرکز تربیت فلوشیپ اکوکاردیوگرافی این Certificate را دارا می باشد می تواند اکوی مری بیماریهای مادرزادی ساده شامل ASD ، VSD ، PDA ، PS و امثال آنها را انجام دهد.

(و 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	بیهوشی	یک مورد	تکنیسین یا متخصص بیهوشی	اصول معمول در ارتباط با Sedation یا بیهوشی کامل بیمار با در نظر داشتن احتیاطهای لازم بسته به مورد (ارزیابی شرایط طبی بیمار و در نظر گرفتن آن در موقع انتخاب داروی سداتیو یا تعیین دوز تجویزی، تعبیه پروب مری در بیمار انتوبه و...)	بر حسب ضرورت
۲	پرستار	یک مورد	کارشناس پرستاری	سابقه کار در واحدهای مرتبط با اورژانسهای قلب (ترجیحاً بخش مراقبتهای ویژه)، آشنا به گرفتن و تفسیر ECG واریتمی ها، تجربه در زمینه اقدامات و اصول احیای قلب و عروق.	*در پایین جدول
۳	کمک بهیار	یک مورد	...	کمک به پرستار جهت آماده کردن بیمار و وسایل مورد نیاز برای انجام اکو، شست و شوی پروب	در صورت نیاز
۴	منشی	یک مورد	آشنا به تایپ فارسی و انگلیسی و لغات رایج پزشکی	جهت تایپ گزارشات	

* نقش بیهوشی در ارائه خدمت:

در مواردیکه ضرورت انجام اکوی مری وجود دارد ولی بیمار همکاری مناسب ندارد یا در کل، ضرورت تجویز ترکیباتی مانند Propofol برای Sedation وجود دارد نیاز به حضور همکار بیهوشی دهنده می باشد. لازم به ذکر است در برخی از پروسیجرهای اینترونشنال طولانی مانند MitraClip باید از آنستزی جنرال و انتوباسیون نای استفاده کرد. لذا برای ارائه خدمات موثر، نیاز به دسترسی و ارتباط و همکاری مستمر با گروه بیهوشی می باشد و فرایند مربوطه باید به طور کامل برای آن واحد تعریف شود.

* نقش پرستاری در ارائه خدمت:

۱. گفتگو با بیمار و ثبت هویت ایشان، همکاری در اخذ رضایت به انجام اکوی داخل مری از بیمار.
۲. آماده کردن بیمار برای انجام اکوی مری (گرفتن IV line، اندازه گیری فشار خون به طور پایه و کنترل آن هر ۵-۱۵ دقیقه، کنترل درصد اشباع اکسیژن شریانی بطور پایه، تجویز بی حس کننده های موضعی و Sedation وریدی

۳. در طول تست ، پشت بیمار یا سر تخت بایستد، به بیمار اطمینان دهد ، سر بیمار را نگه داشته محافظ دهانی را کنترل کند که از بین دندان ها جابجا نشود.

۴. اعلام هرگونه تغییر در وضعیت همودینامیک یا درصد اشباع اکسیژن شریانی به پزشک

۵. کنترل ترشحات دهان و انجام ساکشن در صورت نیاز

۶. کنترل علائم حیاتی بیمار بعد از انجام اکوی مری تا زمان بر طرف شدن کامل Sedation

ز) استانداردهای فضای فیزیکی و مکان ارائه خدمت:

۱) ۱۲ متر مربع به ازای هر Unit اکوکاردیوگرافی مری که البته شامل فضای شستشوی پروب نمی باشد و این فضا به مساحت حداقل ۲ متر مربع باید در کنار آن باشد.

گنجایش برای تخت بیمار، دستگاه اکوکاردیوگرافی، مونیتور، فضای مورد نیاز برای حضور پرسنل، دستگاه ساکشن، منبع اکسیژن، ترالی اورژانس (حاوی لوله تراشه، لارنکوسکوپ و داروهای مورد نیاز در اقدامات احیای قلبی عروقی و DC Shock) و نیز فضای مناسب برای شست و شو و ضدعفونی پروب وجود داشته باشد.

۲) مکان ارائه خدمت

* در درجه اول بیمارستان های تخصصی

* درمانگاه های تخصصی و کلینیک ویژه دانشگاه ها که دارای امکانات احیا و CPR باشند.

ح) تجهیزات پزشکی سرمایه ای به ازای هر خدمت:

ردیف	عنوان تجهیزات	تعداد
۱	دستگاه اکوکاردیوگرافی پیشرفته مجهز به پروب اکوی ترانس توراسیک و مری	یک دستگاه
۲	پالس اکسی متر	حداقل یک دستگاه
۳	تخت ریکاوری	حداقل یک دستگاه
۴	تخت اکوی مری	حداقل یک دستگاه
۵	ترالی اورژانس	یک واحد
۶	دستگاه ساکشن	یک واحد
۷	دستگاه الکتروشوک	یک دستگاه
۸	تجهیزات شستشوی پروب	حداقل یک واحد
۹	اکسیژن سانترال (اکپسول)	حداقل یک واحد

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

ردیف	اقدام مصرفی مورد نیاز	میزان مصرف (تعداد یا نسبت)
۱	ژل لیدوکائین کلرهگزیدین	gel,topical 2% ,12.5gr
۲	اسپری لیدوکائین	Topical, aerosol 10mg/dose

5mg/ml	میدازولام	۳
10mg/2ml	دiazپام	۴
10mg/ml	متیلن بلو	۵
Inj 50mg/ml	پتیدین	۶
Inj 0.5mg/ml	فلومازنیل	۷
Inj. 10mg/ml	پروپوفل	۸
Inj 0.4mg/ml	نالوکسان	۹
Inj 0.5mg/10cc	فتنانیل	۱۰
100mg	هیدروکورتیزون وریدی	۱۱
یک ویال	اسپری سالبوتامول	۱۲
10mg یک ویال	متوکلپرامید وریدی	۱۳
4mg یک ویال	اندانسترون وریدی	۱۴
دو جفت برای هر بیمار	دستکش	۱۵
یک عدد برای هر بیمار	روکش تخت	۱۶
یک عدد برای هر بیمار	شان	۱۷
یک عدد برای هر بیمار	گان یک بار مصرف	۱۸
یک عدد	کاور پروب اکوی مری • به ویژه در بیماران High risk مبتلا به هپاتیت، بیماریهای ویروسی مزمن، IV drug abuse و غیره	۱۹
یک عدد برای هر بیمار	کلاه مخصوص بیمار	۲۰
۱۰ بیمار	فیلم سونوگرافی	۲۱
دو عدد برای هر بیمار	سرنگ 5 و 10cc	۲۲
یک عدد برای هر بیمار	سه راهی	۲۳
یک عدد برای هر بیمار	آنژیوکت	۲۴
یک عدد برای هر بیمار	محلولهای شستشوی پروب	۲۵
یک عدد برای هر بیمار	بایت گارد	۲۶

(ظ) اقدامات پاراکلینیکی، تصویربرداری و دارویی مورد نیاز قبل از ارائه خدمت:

- ۱- حتماً قبل از انجام TEE به جز مواردی که مדיاستن باز است یا ترومای شدید سینه وجود داشته است یا اکوی مری در اتاق عمل در حال انجام است و سایر مواردی که امکان انجام بعلت poor window در تمام window ها وجود دارد، لازم است بیماران دارای یک ترانس توراسیک یا TDI باشند.
- ۲- در صورت مصرف وارفارین انجام آزمایش PT، INR قبل از اکوی مری لازم است.

- ۳- در تمام بیماران بستری انجام آزمایش الکترولیت ها، CBC ، INR ، PT و PTT قبل از اکوی مری لازم است.
- ۴- در بیماران سرپایی که شک به دیاتزهای خونریزی دهنده وجود دارد انجام PTT ، PT و پلاکت لازم است.
- ۵- در تمام موارد بیماران highrisk (خالکوبی، معتادان تزریقی و ...) بررسی آنتی ژنها مانند HBS ، HIV ، HCV لازم است.
- ۶- چنانچه بیمار ECG ، هولتر یا تصویر برداری دیگری دارد بهتر است به همراه خود داشته باشد اما انجام آن ضروری نمی باشد.
- ۷- اقدام دارویی خاصی نیاز نمی باشد گاهی اگر INR بالا باشد ممکن است نیاز به کاهش دوز یا قطع موقت باشد.
- ۸- قبل از انجام TEE در حال آماده سازی بیمار نیاز به استفاده از اسپری های لوکال بیحسی یا سداتیوهای وریدی مانند میدازولام و غیره می باشد.

ی) استانداردهای گزارش :

گزارش اکوی مری بیشتر بصورت کیفی است و در آن گاهی اندازه گیری های کمی صورت می پذیرد. گزارش اکوی TTE یا TDI شامل تمام اندازه گیری های ضروری خواهد بود. در اکوی مری وضعیت سایز و عملکرد LV ، گوشک دهلیز چپ ، هر چهار دریچه قلب ، آنورت صعودی و نزولی، PV ها ، سپتوم بین دهلیزی بصورت کیفی گزارش می شود. گاه سرعت حرکت خون در گوشک دهلیز چپ یا وریدهای پولمونر بصورت کمی قید می گردد یا سایز تومور یا توده های داخل قلب یا اندازه سطح دریچه ها به صورت کمی قید می گردد.

* در برخی موارد بیمار خودش پروب را بصورت زودرس خارج می کند یا پزشک با توجه به شرایط بیمار مجبور به خاتمه زودرس مطالعه می باشد که در این موارد اکوی مری فقط problem oriented گزارش می شود.

گ) شواهد علمی در خصوص کنتراندیکاسیون های دقیق خدمت:

- موارد منع مطلق
 - ۱- عدم رضایت بیمار
 - ۲- اختلالات بلع شامل دیسفاژی که بررسی نشده است.
 - ۳- پارگی احشاء داخلی شکم
 - ۴- تنگی مری
 - ۵- تومور مری
 - ۶- پرفوراسیون یا لاسراسیون مری
 - ۷- دیورتیکول مری
 - ۸- خونریزی فعال از قسمت فوقانی گوارش
 - ۹- آنوریسم آنورت با اثر فشاری بر روی مری
- موارد منع نسبی
 - ۱- سابقه رادیاسیون به گردن یا مدیاستن

۲- سابقه جراحی بر روی دستگاه گوارش فوقانی

۳- خونریزی اخیر از قسمت فوقانی گوارش

۴- مری Barret

۵- سابقه دیسفاژی

۶- محدودیت در حرکت گردن (آرتریت شدید گردن، اختلالات ها، مفصل Atlanto-axial)

۷- هرنی هیاتال علامت دار

۸- واریس مری

۹- ترمبوستیوپنی اختلالات انعقادی پلاکت $< 50/000$

۱۰- افزایش غیر تراپوتیک INR ، PTT ($INR > 4$)

در موارد اختلالات دندانی (لق بودن دندان ها) یا دیسفاژی پس از مشورت با دندانپزشک یا متخصص گوارش اکوی مری می تواند انجام شود.

(ل) مدت زمان ارائه هر واحد خدمت:

اقدامات مربوط به پس از ارائه خدمت و برخی از موارد قبل از ارائه خدمت می تواند توسط پرستار انجام شود و در صورت لزوم پزشک در بالین خواهد بود.

قبل از ارائه خدمت : ۱۰-۱۵ دقیقه

حین خدمت: به طور متوسط ۱۰-۲۰ دقیقه.

* در مواردیکه این خدمت برای گاید اقدامات اینترنشنال استفاده می شود، مدت زمان اکو متناسب با طول مدت Procedure خواهد بود.

بعد از ارائه خدمت: نیمساعت تا ۴۵ دقیقه در ریکاوری و تهیه گزارش

(ف) موارد ضروری جهت آموزش به بیمار :

برگه رضایت آگاهانه که شامل توضیحات راجب انجام مزایا و عوارض اکوی مری باشد. در صورت امکان تهیه پمفلت آموزش یا

CD

منابع:

۱- اکوکاردیوگرافی از راه مری به سفارش : اداره استاندارد سازی و تدوین راهنماهای بالینی دفتر ارزیابی فناوری، استاندارد

سازی و تعرفه سلامت ، ۱۳۹۴

2- Brunwald's Text book of Heart Disease 2015

3- ASE Guidlines for performing a Comprehensive Transesophageal Echocardiography Examinatim, 2013

4- European Recommendations For Tranesophageal Echocardiography: Update 2010

5- Transesophageal Echocardiography Indications , Camplications and normal Views Uptodate

6- Catherine Otto.The practice of clinical echocardiography,4th Edition.Imprint: Elsevier Saunders.May 2012.

- 7- Paul Leenon, Daniel Augustin, Andrew R.J.Mitchell, Herald Becher. Echocardiography. Oxford University Press. Second Edition. 2012.
- 8- ACCF/ASE/AHA/ASNC/HFSA/HRS/SCAI/SCCM/SCCT/SCMR 2011 Appropriate Use Criteria for Echocardiography. A report of the American college of cardiology foundation appropriate use criteria task force, American society of echocardiography, American heart association, American society of nuclear cardiology, Heart failure society of America, Heart rhythm society, Society for cardiovascular angiography and interventions, Society of critical care medicine, Society of cardiovascular tomography, Society for cardiovascular magnetic resonance American college of chest physicians. J Am Soc Echocardiogr. 2011;24:229-67.

۹- کوریکولوم آموزشی دوره فلوشیپ اکوکاردیوگرافی

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

معاونت درمان



بسمه تعالی

فرم ندوین راهنمای تجویز

مدت زمان ارائه	تواتر خدمتی (تعداد دفعات و فواصل انجام)	محل ارائه خدمت	شرط تجویز		ارائه کنندگان اصلی صاحب صلاحیت	افراد صاحب صلاحیت جهت تجویز	کاربرد خدمت	کد RVU	عنوان استاندارد
			کنترل اندیکاسیون	اندیکاسیون					
بطور متوسط ۴۰ دقیقه	انجام اکوی مری یک بار برای تشخیص قطعی در اندیکاسیون ها ضرورت دارد اما پس از آن تواتر خاصی وجود ندارد ممکن است نیاز به بررسی مجدد نباشد یا برای فالوآپ بسته به درخواست پزشک معالج تکرار نیاز باشد. در شک به اندوکاردیت حتی اگر TEE بار اول منفی باشد تکرار ۷-۱۰ روز بعد نیاز است یا بیماری که دارای لخته در قلب بوده و روی درمان آنتی کواگولان قرار گرفته ۴ هفته بعد نیاز به تکرار دارد. بیمار اندوکاردیت	۱. در درجه اول بیمارستانهای تخصصی ۲. درمانگاه تخصصی و کلینیک ویژه دانشگاه ها که دارای امکانات احیا و CPR باشند.	- موارد منع مطلق - عدم رضایت بیمار - اختلالات بلع شامل دیسفاژی که بررسی نشده است. - پارگی احشاء داخلی شکم - تنگی مری - تومور مری - پر فوراسیون یا لاسراسیون مری - دیورتیکول مری - خونریزی فعال از قسمت فوقانی گوارش - آنوریزم آئورت با اثر فشاری بر روی مری - موارد منع نسبی	* ارزیابی ساختمان و عملکرد عروق بزرگ در شرایطی که یافته ها در تصمیم گیری بیمار تأثیر گذار است و اکوی ترانس توراسیک غیر تشخیصی است یا در کل بدلیلی (مانند باز بودن مدیاستن) انجام نمی شود. * ارزیابی بیماریهای دریچه ای Native شامل تنگی ها و یا نارسایی های دریچه میترال، آئورت، پولمونر و تری کوسپید اعم از بیماریهای مادرزادی یا اکتسابی، فانکشنال یا استراکچرال، بررسی مکانیسم بیماری، عوارض، قابلیت مداخله و یا جراحی و غیره. * ارزیابی های بیماریهای آئورت شامل آنوریزم، دیسکشن و غیره. * ارزیابی اندوکاردیت دریچه ای Native یا پروستتیک، آبسه ها، پسودوآنوریزم ها، وژتاسیون و غیره. * ارزیابی بیماریهای دریچه های پروستتیک شامل مال فانکشن، پاراولولر، لخته و سایر عوارض در کلیه دریچه های میترال، آئورت، تری کوسپید و پولمونر. * ارزیابی اختلالات در ساختمانهایی که در Far-Field (قسمت پوسترور قلب) قرار می گیرند مانند: گوشک دهلیز چپ، وریدهای پولمونر، آئورت نزولی و غیره. * ارزیابی بیماران با آسیب و ترومای قفسه سینه مشکوک به آسیب قلب، پریکارد و عروق بزرگ باشد. * ارزیابی بیماران زیر ونتیلاتور که بیماری قلبی دارند یا مشکوک به وجود آن هستند. * ارزیابی بیماران با جثه خاص که مانع تصویربرداری اکوی ترانس توراسیک می شود یا که	۱. فلوشیپ اکوکاردیوگرافی ۲. فلوشیپ بیهوشی قلب که پس از اتمام یا جنرال در حین دوره بیهوشی قلب، دوره اکوکاردیوگرافی را در مرکز آموزشی اکوکاردیوگرافی گذارنده باشد؛ یعنی انجام ۱۵۰ مورد اکوی مری با امضای مسئول	۱. متخصص قلب و عروق شامل کلیه رشته های فلوشیپ یا جنرال ۲. فوق تخصص جراحی قلب ۳. فوق تخصص قلب کودکان ۴. فوق تخصص جراحی عروق ۵. متخصص نورولوژی ۶. متخصص بیماریهای عفونی	بستری و سرپایی	۹۰۰۷۹۰	اکوکاردیوگرافی از طریق مری در بیماران عادی به همراه تفسیر و گزارش
								۹۰۰۷۹۵	اکوکاردیوگرافی از طریق مری در بیماران مادرزادی به همراه تفسیر و گزارش
								۹۰۰۷۳۵	اکوکاردیوگرافی مری حین پروسیجر دیگر

			۷. متخصص داخلی و کلیه فوق تخصص های مربوطه ۸. متخصصین مسئول ICU (فوق تخصص ICU، بیهوشی، فلوشیپ بیهوشی قلب). ۹. فوق تخصص جراحی پیوند کبد، ریه	بخش اکوکاردیوگرافی مرکـــز را منحصراًجهت <u>انجام/کوی مری حین عمل</u> را داشته باشد. مجدداً تصریح می گردد انجام اکوی مری تشخیصی، اکوی مری حین پروسیجر یا فالوآپ در حیطه کاری ایشان نمی گنجد. ۳. فلوشیپ بیماریهای مادرزادی قلب کـــه در Logbook دوره تحصیل انجام ۱۵۰ مورد اکوی مری در دوران تحصیل ثبت کرده است و یک مرکز تربیت فلوشیپ اکوکاردیوگرافی ایــــن Certificate را	نمی توانند در وضعیت خوابیده به پهلو دراز بکشند. * ارزیابی تومورهای قلب (اعم از تومورهای اولیه و متاستاتیک) در مواردی از Malignancy ها که شک به extension قلبی وجود دارد مانند هیپرنفروما ، لیومیوماتوز رحم و غیره. * کلیه کسانی که دارای device هستند مانند: ICD, Pacemaker, Port, Permcath و غیره و بررسی توده ای برروی این device ها یا بررسی دقیق محل آنها مد نظر است. * در تمام مواردی که بیمار کاندید کاردیوورژن در آریتمی های فوق بطنی است یا مواردی از ablation که پروسیجر روی دهلیزها انجام می شود یا در برخی موارد مشکوک به وجود لخته بطنی ، برای دیدن لخته در گوشک دهلیزها و خود دهلیز اکوی مری قبل از پروسیجر لازم است. * در تمام بیماران با آمبولی سنترال یا پریفرال. * بیماران unstable آمبولی ریه که امکان انجام روشهای دیگر مانند سی تی آنژیو را ندارند یا بیماران Stable که در مرکز بدون امکانات CT آنژیو هستند یا در موارد شک به Emboli in Transit یا در مواردی که شک به PFO مهم وجود دارد. * در تمام موارد بیماریهای پریکارد که بررسی TTE امکانپذیر نمی باشد. * در تمام موارد مشکوک به وجود کیست یا توده در داخل قلب یا اطراف قلب. * بیماران با شک بر بیماری مادرزادی که TTE, nondiagnostic بوده است. * در بیمارانی که Assisted LV device شامل ECMO و سایر موارد دارند و نیاز به بررسی عملکرد یا عوارض آن وجود دارد. * بیماران پس از پیوند ریه (در موارد لزوم بررسی آناستومور وریدهای پولمونر) و نیز در موارد پیوند قلب که اطلاعات TTE کافی نمی باشد. * بررسی بافل های داخل یا خارج قلبی در بیماران مادرزادی. * بررسی بیماریهای آئورت و میترال در بیماری مارفان. * بررسی شانت های داخل و خارج قلبی شامل ASD ، VSD ، PDA ، AVSD و غیره (شانت های جراحی). * بررسی کوارکتاسیون. * بررسی بیماران سیانوتیک. * بررسی همه بیماران Congenital و / یا دریچه ای که قرار است تحت جراحی قلبی یا اینترونشن قلبی قرار بگیرند. * بررسی تنگی های ساب والولر یا سوپراوالولر آئورت و پولمونر. * بررسی انواع فیستول ها، آنوریسم ها، پسودوآنوریسم ها. * بررسی انواع کاردیومیوپاتی بویژه نوع هیپرتروفیک و نیز دیلاته ورستریکتیو و غیره. * بررسی بیماران با فشار پولمونری (PAH) افزایش یافته.	– سابقه رادیاسیون به گردن یا مדיاستن – سابقه جراحی برروی دستگاه گوارش فوقانی – خونریزی اخیر از قسمت فوقانی گوارش – مری Barret – سابقه دیسفاژی – محدودیت در حرکت گردن (آرتريت شديد گردن، اختلالات ها، مفصل Atlanto-axial) – هرنی هیاتال علامت دار – واریس مری – ترمبوسیتوپنی اختلالات انعقادی پلاکت < 50/000 – افزایش غیر تراپوتیک INR ، PTT (INR > 4) – در موارد اختلالات دندانی (لق بودن دندان ها) یا دیسفاژی پس از مشورت با دندانپزشک یا متخصص گوارش اکوی مری می تواند انجام شود.	بسته به نظر پزشک معالج به تواتر نیاز به تکرار خواهد داشت. اساساً تکرار بر اساس نظر پزشک معالج و طبق درخواست ایشان خواهد بود. • ممکن است بیمار در یک روز اکوی مری شده پس از آن با توجه به تشخیص به عنوان مثال یک تومور ریه یا تنگی میترال و لخته و غیره به اتاق عمل منتقل شود و مجدداً در اتاق عمل تحت اکوی مری در همان روز قرار بگیرد. • در برخی موارد مانند بررسی دریچه میترال، گوشک، بررسی آئورت، تری کوسپید ASD ، شانت های دیگر و غیره و نیز در موارد اکوی مری قبل از اینترونشن ممکن است اکوی مری بصورت 3D انجام شود. • در تمام موارد اکوی داخل اتاق عمل و کت لب درصورت در دسترس بودن اکوی سه بعدی در مرکز این نوع اکو بصورت 3D انجام می شود. • مجدداً متذکر می گردد در شرایط خاص ممکن است در
--	--	--	---	--	---	---	--

				* بررسی آئورت در بیمارانی که دچار Petipheral arterial disease هستند. * بیماران ایسکمی قلبی که دچار عوارضی مانند اختلال همودینامیک، VSD ، MR ، پسودوآنوریسم و غیره شده اند. * بررسی قلب در تمام بیمارانی که Critically ill هستند یا در موارد اختلال همودینامیک با علت نامشخص که TTE کافی نبوده باشد. * بیماران با Poor Echo window در اکوی TTE که پیش بینی می شود اطلاعات اکوی مری در تصمیم گیری موثر است. * بیمارانی با مدیاستن باز که نیاز به اکو دارند. * موارد ضروری: در تمام موارد به استثنای مواردی که فرم قفسه سینه یا باز بودن قفسه سینه اجازه اکوی ترانس توراسیک را نمی دهد، قبل از انجام اکوی مری انجام TTE یا TDI ضروری است. اندیکاسیون اکوی مری در اتاق عمل : ۱. اکوی مری در تمامی موارد جراحی قلب باز می شود. ۲. در برخی موارد CABG مانند High risk CABG ، مواردی که نیاز به device کمکی مانند IABP باشد، موارد همراه با نارسایی میترا ل ، بیماریهای آئورت ، اختلالات همودینامیک ، بروز عوارض. ۳. در بیماران در اتاق عمل که از پمپ OFF نمی شوند. ۴. در جراحیهای پیوند قلب (ممکن است هم برای دهنده و هم گیرنده لازم باشد). ۵. جراحی غیر قلبی در مواردی که بیمار پاتولوژی قلب دارد یا شک به آن وجود دارد و بر روی پیش آگهی بیمار تأثیرگذار است مانند جراحی عروق بزرگ، جراحی ستون فقرات و جراحیهای که احتمال اختلال همودینامیک دارند. اندیکاسیون گایدینگ مداخلات قلبی: ۱. در تمام مداخلات قلبی Catheter – based غیر کرونری مانند بالون والولوپلاستی، بستن گوشک، بستن VSD، بستن ASD، ترانس کاتتر پروسیجرال دریچه ای مانند TAVI ، پاراوالولر، میتراکلیپ، Valve in value ۲. گایدینگ سپتوستومی ۳. گایدینگ پروسیجرهای الکتروفیزیولوژی پیچیده مانند 3D Map Guided Ablation	دارا می باشد می تواند اکوی مری بیماریهای مادرزادی ساده شامل ASD ، VSD ، PDA ، PS و امثال آنها را انجام دهد.
--	--	--	--	---	---

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