

با نام خدا

طیابت هنر است،

هنر هماهنگی قلب و اندیشه



سرشناسه

عنوان و نام پدیدآور

: پورندیم، مرجان، ۱۳۶۰- فیضی، هومان، ۱۳۵۰

: زنان و زایمان D: مجموعه سوالات سال‌های اخیر آزمون‌های بورد و ارتقا ویژه آمادگی آزمون ۱۴۰۲:

Berek & Novak, s Gynecology Edition 16 2020
Williams Obstetrics /Mc. Graw Hill/ 2022
Speroff's Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility/2020
Te Linde's Operative Gynecology, 12th Edition 2020

مشخصات نشر

مشخصات ظاهری

: تهران : کاردیا، ۱۴۰۲.

: ۲۷۴ص: مصور (بخشی رنگی)، جدول (رنگی)، نمودار (رنگی).

شابک

: ۴۸۴۰۰۰۰ ریال: 978-622-5603-65-3

موضوع

: عوارض مامایی و زنان - مشکلات طبی و جراحی در زنان و زایمان -

موضوع

: ژنیکولوژی عمومی ۱- تلیندز - از تخمدان تا آدرنال - زایمان

وضعیت فهرست نویسی

: فیبا

عنوان کتاب: زنان و زایمان D: مجموعه سوالات سال‌های اخیر آزمون‌های بورد و ارتقا ویژه آمادگی آزمون ۱۴۰۲

چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت یار
نوبت چاپ: اول ۱۴۰۲
شابک: 978-622-5603-65-3
بهاء: ۴۸۴,۰۰۰ تومان

Berek & Novak, s Gynecology Edition 16 2020
Williams Obstetrics /Mc. Graw Hill/ 2022
Speroff's Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility/2020
Te Linde's Operative Gynecology, 12th Edition 2020

ترجمه و تلخیص: رزیدنت یار

ناشر: انتشارات کاردیا

صفحه آرا: سیده زهرا عربی زنجانی

طراح و گرافیست: رزیدنت یار

آدرس: تهران میدان انقلاب - کارگر جنوبی - خیابان روانمهر - بن بست دولتشاهی پلاک ۱ واحد ۱۸

شماره تماس: ۰۲۱ - ۶۶۴۱۹۵۲۰

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

زنان و زایمان D

مجموعه سؤالات

سال‌های اخیر آزمون‌های مورد ارتقا ویژه آمادگی آزمون ۱۴۰۲

Berek & Novak,s Gynecology Edition16 2020

Williams Obstetrics /Mc. Graw Hill/ 2022

**Speroff's Clinical Gynecologic Endocrinology and
Infertility/2020**

Te Linde's Operative Gynecology, 12th Edition 2020

گردآوری

دکتر مرجان پورندیم

دکتر هومان فیضی

سخن ناشر:

مؤسسه 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 ۱۴ 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 شده و با استفاده از مفهومی نمودن مباحث و روان‌سازی توسط مولف از منابع و رفرنس بوده و در روال گذر از گروه کنترل کیفیت موسسه رزیدنت‌یار با جمعی از اساتید رتبه A را به خود اختصاص داده است، امید است با مطالعه این اثر، با یاری خداوند متعال پیروز و پایدار باشید.

با ما در تماس باشید:

۰۲۱ - ۸۸ ۹۴۵ ۲۰۸

۰۲۱ - ۸۸ ۹۴۵ ۲۱۶

آدرس الکترونیک مؤسسه رزیدنت‌یار:

www.residenttyar.com
info@residenttyar.com

در تلگرام با ما همراه باشید:

<https://t.me/residenttyar>

فهرست

۹	.....	Williams 2022	سوالات و پاسخنامه عوارض مایمی و زنان
۲۳	.....	Williams 2022	سوالات و پاسخنامه مشکلات طبی و جراحی در زنان و زایمان
۱۲۳	.....	Berek & Novak's 2020	سوالات و پاسخنامه ژنیکولوژی عمومی ۱
۱۵۹	.....	Te Linde's 2020	سوالات و پاسخنامه تلیندز ۴
۱۷۱	.....	Speroff's 2020	سوالات و پاسخنامه از تخمدان تا آدرنال
۲۰۹	.....	Williams 2022	سوالات و پاسخنامه زایمان



سؤالات و پاسخنامه

عوارض مامایی و زنان

Williams 2022

می‌کنند. هماتوم‌های پاره نشده احتمالاً شایع‌تر از حدی هستند که به صورت بالینی مورد شک قرار می‌گیرند و در موارد سندرم HELLP احتمال وجود آن‌ها بیشتر است. اگرچه هماتوم‌ها زمانی جزو حالات نیازمند جراحی محسوب می‌شدند، در حال حاضر در صورتی که خونریزی جاری وجود نداشته باشد، درمان آن‌ها معمولاً شامل نظارت است.
(فصل ۴۰، سندرم پره اکلامپسی، ویلیامز ۲۰۲۲)

۲. خانمی ۴۲ ساله با حاملگی ۳۱ هفته و شکایت از سردرد و فشار خون ۱۸۰/۱۱۰ مراجعه کرده است. سابقه بیماری قبلی را نمی‌دهد. $FHR=145/min$ ، $PR=98/min$ ، $RR=17/min$. ۱۰ میلی‌گرم نیفدیپین خوراکی تجویز شد. پس از بیست دقیقه فشار خون به ۱۷۵/۱۰۵ رسیده است. مجدداً ۲۰ میلی‌گرم نیفدیپین خوراکی داده شد و فشار خون به ۱۷۰/۱۱۰ رسیده و سردرد کاهش پیدا کرده است. برای ادامه مدیریت فشار خون توصیه دارویی صحیح بعدی کدام است؟ (بورد ۱۴۰۰)

الف) نیفدیپین زیرزبانی

ب) لابتالول

ج) هیدرالازین

د) نیتروگلیسیرین

مدیریت بالینی سندرم پره اکلامپسی

فصل ۴۱

۱. در خانم G3L2 با حاملگی ۳۷ هفته با تشخیص پره اکلامپسی شدید و افزایش آنزیم‌های کبدی ختم بارداری داده شد. دو روز پس از زایمان دچار درد در ناحیه RUQ و تشدید افزایش آنزیم‌های کبدی شده است. علائم حیاتی پایدار است. جهت ارزیابی علت، کدام روش دقت بیشتری دارد؟ (ارتقا ۱۴۰۱)

الف) سونوگرافی کبد و مجاری صفراوی

ب) انجام MRI شکم

ج) رادیوگرافی ایستاده شکم

د) سی تی اسکن ریوی

پاسخ: گزینه ب

یکی از حالات درگیری کبد در پره اکلامپسی، انفارکتوس هموراژیک است که در صورت گسترش سبب تشکیل هماتوم کبدی می‌شود. هماتوم کبدی نیز ممکن است با گسترش خود سبب ایجاد هماتوم زیرکپسولی شود که احتمال پارگی آن وجود دارد. CT اسکن یا MRI، کمک شایان توجهی به تشخیص





TABLE 41-5. Indications for Delivery in Women <34 Weeks' Gestation Managed Expectantly

Prompt Delivery After Maternal Stabilization and After Single-dose Corticosteroid Therapy for Lung Maturation:^a

Uncontrolled severe hypertension
Persistent headaches, refractory to treatment
Persistent epigastric pain
Eclampsia
HELLP syndrome
Pulmonary edema
Placental abruption
Disseminated intravascular coagulation
Stroke
Myocardial infarction
Nonreassuring fetal status
Fetal demise

Delay Delivery 48 hr If Possible to Allow Corticosteroid Therapy for Lung Maturation:

Preterm ruptured membranes or labor
Fetal-growth restriction
Oligohydramnios
Reversed end-diastolic Doppler flow in umbilical artery
Worsening renal dysfunction

^aInitial dose only, do not delay delivery.

HELLP = hemolysis, elevated liver enzyme levels, low platelet count.

From American College of Obstetricians and Gynecologists, 2020b; Society for Maternal-Fetal Medicine, 2011.

پاسخ: ب

نیفدیپین ← داروی خوراکی مهارکننده کانال کلسیم است و در کنترل حاد فشار خون حاملگی جایگاه دارد. دوز اولیه آن ۱۰ میلی‌گرم و به صورت آهسته رهش است. در صورت نیاز پس از ۲۰-۳۰ دقیقه و با دوز ۱۰-۲۰ میلی‌گرم قابل تکرار است. در صورتی که نتیجه مطلوب حاصل نشد، لابتالول تجویز می‌شود. تزریق زیربانی نیفدیپین توصیه نمی‌شود. با توجه به سردرد بیمار هیدرالازین گزینه مناسبی نیست.

۳. خانمی ۱۹ ساله پریمی گراوید با حاملگی ۳۰ هفته و شکایت از سردرد، ایپستاکی و خونریزی از لثه از روز قبل مراجعه کرده است. در بررسی انجام شده: BP=170/110 و FHR=170 و تونیسیته بازال رحم بالاتر از نرمال و خونریزی مختصر واژینال دارد. پرزنتیشن سفالیک است. مناسب‌ترین اقدام کدام است؟ (بورد ۱۴۰۰)

الف) اقدام فوری به سزارین

ب) شروع بتامتازون، ختم پس از stable شدن مادر

ج) سزارین پس از تکمیل شدن کورس بتامتازون

د) ختم واژینال بعد از تکمیل کورس بتامتازون

پاسخ: ب

با توجه به خونریزی واژینال، تونیسیته بالای رحم و تاکی کاردی قلب جنین، دکولمان مطرح است و بر اساس جدول ۵-۴۱، دکولمان جزء مواردی است که باید کورتیکواستروئید برای بلوغ ریه جنین تزریق شود و زایمان پس از تثبیت وضعیت مادر انجام گیرد. سولفات منیزیم نیز برای مادر شروع می‌شود. جدول ۵-۴۱ بسیار مهم می‌باشد.

۴. خانم ۴۰ ساله با سابقه فشار خون مزمن روز قبل زایمان کرده و اکنون از تنگی نفس شاکمی می‌باشد. BP=160/100 و PR=88 و وزن بیمار ۸۵ کیلوگرم می‌باشد. در آخرین مراقبت بارداری، یک هفته قبل، وزن ۸۷ کیلوگرم ثبت شده است. تجویز کدام یک از داروهای زیر مناسب‌تر است؟ (بورد ۱۴۰۰)

الف) متیل دوپا

ب) نیفدیپین

ج) فورسماید

د) لابتالول





پاسخ: ج

پس از زایمان، بسته به وزن نوزاد و جفت و میزان خونریزی انتظار کاهش وزن در حد ۷-۴/۵ کیلوگرم را در مادر داریم، ولی در زنان مبتلا به پره اکلامپسی هم به علت مایع درمانی و هم با توجه به حرکت مایع خارج سلولی و ورود آن به گردش خون این کاهش وزن را نداریم و فشار خون نیز ممکن است در رنج بالا بماند، بنابراین القای دیورز با فورسماید در کنترل فشار خون در این بیماران کمک کننده است. همچنین در کیس مطرح شده در سؤال با توجه به تنگی نفس احتمال ادم ریوی نیز مطرح است. دیورتیک‌ها قبل از زایمان با توجه به اختلال در خونرسانی جفت مصرف نمی‌شوند مگر در موارد ادم ریوی.

۵. خانم G1 با حاملگی ۲۸ هفته، به علت سردرد مراجعه کرده است. در بررسی:

BP: 170/110, AST: 28, Hb: 11.5, Cr: 0.7, Plt: 110,000, severe IUGR, AFI: 10 cm

و سفالیک گزارش شده است. پس از تزریق لابتالول و سولفات منیزیم، فشار خون به ۱۳۰/۹۰ رسیده و سردرد خوب می‌شود. پس از تجویز کورتیکواستروئید، ختم بارداری در چه زمانی مناسب است؟ (ارتقاء ۱۴۰۰)

الف) پس از ۴۸ ساعت

ب) ۳۴ هفتگی

ج) ختم فوری حاملگی

د) پس از تأیید بلوغ ریه

پاسخ: الف

با توجه به Severe IUGR بودن جنین و با توجه به جدول ۵-۴۱، درمان کورتیکواستروئید برای بلوغ ریه جنین صورت می‌گیرد و در صورت امکان زایمان تا ۴۸ ساعت به تأخیر می‌افتد.

TABLE 41-5. Indications for Delivery in Women <34 Weeks' Gestation Managed Expectantly

Prompt Delivery After Maternal Stabilization and After Single-dose Corticosteroid Therapy for Lung Maturation:^a

Uncontrolled severe hypertension
Persistent headaches, refractory to treatment
Persistent epigastric pain
Eclampsia
HELLP syndrome
Pulmonary edema
Placental abruption
Disseminated intravascular coagulation
Stroke
Myocardial infarction
Nonreassuring fetal status
Fetal demise

Delay Delivery 48 hr If Possible to Allow Corticosteroid Therapy for Lung Maturation:

Preterm ruptured membranes or labor
Fetal-growth restriction
Oligohydramnios
Reversed end-diastolic Doppler flow in umbilical artery
Worsening renal dysfunction

^aInitial dose only, do not delay delivery.

HELLP = hemolysis, elevated liver enzyme levels, low platelet count.

From American College of Obstetricians and Gynecologists, 2020b; Society for Maternal-Fetal Medicine, 2011.

۶. خانم ۳۱ ساله، (NVD) G2P1 با بارداری ۳۴ هفته توسط

اورژانس به دلیل تشنجات تیپیک تونیک - کلونیک آورده

شده است، در معاینه کاملاً هوشیار و علائم حیاتی به شرح

زیر است:

BP: 150/90, PR: 90/min, RR: 18/min, FHR: 140 bpm, FH: 3200

دوز اولیه سولفات تزریق و روی دوز نگهدارنده است. پس

از تزریق بتامتازون اقدام مناسب بعدی کدام است؟ (بورد

۹۸)

الف) Brain MRI





بعد از دوز سوم هیدرالازین فشار خون ۱۱۰/۶۰ بوده و سردرد بیمار برطرف گردید. نوار قلب جنین دچار افت‌های پابرجا می‌باشد. اولین اقدام کدام است؟ (مازندران ۹۸)

الف) آمنیوتومی

ب) افدرین

ج) سزارین

د) کریستالوئید

پاسخ: د

هیدرالازین به صورت IV و با دوز ۱۰-۵ میلی‌گرم تجویز می‌شود و بعد از ۲۰-۱۵ دقیقه قابل تکرار است. این دارو در پیشگیری از خونریزی مغزی بسیار مؤثر است که با توجه به غیر قابل پیش‌بینی بودن پاسخ به آن در پارکلند از دوز ۵ میلی‌گرم (به جای ۱۰ میلی‌گرم) در کنترل فشار خون استفاده می‌کنند. گاهی موجب افت شدید و ناگهانی فشار خون می‌شود و افت ضربان قلب رخ می‌دهد و درمان با کریستالوئیدها و کمی افزایش فشار موجب رفع این حالت می‌شود و از سزارین غیرضروری جلوگیری می‌شود.

۸. خانم باردار ۳۵ هفته مبتلا به پره اکلامپسی شدید با BMI > 30 بعد از دریافت loading dose و حین دریافت دوز نگهدارنده سولفات منیزیم تحت اینداکشن لیبر قرار گرفته است که دچار تشنج شد. پس از دریافت دو گرم سولفات منیزیم وریدی تشنج متوقف شد اما مجدداً پس از مدت کوتاهی دچار تشنج شده است، برای توقف تشنج در این مرحله کدام یک از داروهای زیر ارجح است؟ (کرمانشاه ۹۸)

الف) سولفات منیزیم

ب) تزریق آهسته باربیتورات

ج) میدازولام

ب) سزارین اورژانس

ج) ختم بارداری ۴۸ ساعت بعد

د) شروع مداخله جهت زایمان طبیعی

پاسخ: د

با توجه به جدول ۴۱-۵ و الگوریتم ۴۱-۵ القای زایمان باید صورت گیرد. بنابراین پس از تثبیت وضعیت مادر القای زایمان واژینال انجام می‌گیرد.

TABLE 41-5. Indications for Delivery in Women <34 Weeks' Gestation Managed Expectantly

Prompt Delivery After Maternal Stabilization and After Single-dose Corticosteroid Therapy for Lung Maturation:^a

Uncontrolled severe hypertension
Persistent headaches, refractory to treatment
Persistent epigastric pain
Eclampsia
HELLP syndrome
Pulmonary edema
Placental abruption
Disseminated intravascular coagulation
Stroke
Myocardial infarction
Nonreassuring fetal status
Fetal demise

Delay Delivery 48 hr if Possible to Allow Corticosteroid Therapy for Lung Maturation:

Preterm ruptured membranes or labor
Fetal-growth restriction
Oligohydramnios
Reversed end-diastolic Doppler flow in umbilical artery
Worsening renal dysfunction

^aInitial dose only, do not delay delivery.

HELLP = hemolysis, elevated liver enzyme levels, low platelet count.

From American College of Obstetricians and Gynecologists, 2020b; Society for Maternal-Fetal Medicine, 2011.

۷. خانم باردار ۳۵ هفته با سابقه فشار خون مزمن و تحت درمان متیل دوپا، با فشار خون ۲۲۰/۱۲۰ و سردرد بستری گردید.





لازم است. در صورت ایست تنفسی شدید اینتوباسیون و تهویه مکانیکی انجام می‌شود.

۱۰. خانمی با حاملگی ۳۳ هفته و BP: 190/115 ضمن تزریق آمپول هیدرالازین و سولفات منیزیم به مرکز بیمارستانی اعزام می‌شود. در طی انتقال هوشیاری مادر کاهش می‌یابد. به محض رسیدن به مرکز اورژانس مادر به کما می‌رود ولی جنین زنده است. BP: 150/100 بوده و CT اسکن ادم مغزی و هرنیاسیون قریب‌الوقوع ترانس تنتوریال گزارش می‌کند. مناسب‌ترین اقدام کدام است؟ (بورد ۹۷)

الف) افزایش دوز سولفات منیزیم

ب) کرانیوتومی اورژانس

ج) درمان با مانیتول

د) درمان با بتامتازون

پاسخ: ج

وضعیت هوشیاری در ادم مغزی بسته به شدت آن دارد. زنان مبتلا به ادم مغزی مستعد افزایش ناگهانی و شدید فشار خون و در نتیجه وخیم‌تر شدن ادم هستند پس کنترل فشار خون در این موارد اهمیت بالایی دارد. در موارد ادم ژنرالیزه و وقوع هرنیاسیون درمان با مانیتول یا دگزامتازون انجام می‌شود.

۱۱. کدام یک از داروهای استفاده شده در severe hypertension فشار خون را سریع‌تر کاهش می‌دهد؟

(اصفهان ۹۹)

الف) نیفدیپین

ب) لابتالول

ج) هیدرالازین

د) متیل دوپا

د) لورازپام با دوز کم

پاسخ: الف

در صورت وقوع تشنج سولفات منیزیم با دوز معمول loading و سپس نگهدارنده شروع می‌شود. در صورت تکرار تشنج یک دوز ۲ گرمی از سولفات منیزیم در محلول ۲۰ درصد به آهستگی تجویز می‌شود. در افراد لاغر این دوز ۲ گرمی فقط یک بار قابل تزریق است ولی در افراد چاق می‌توان در صورت نیاز این دوز را دو بار تجویز کرد. ۱۵-۱۰ درصد زنان پس از شروع سولفات جهت متوقف کردن تشنج‌های اکلامپسی، مجدداً دچار تشنج می‌شوند.

۹. خانمی با پره اکلامپسی، BP: 150/100 و طبیعی بودن سایر علائم حیاتی و کراتینین ۰/۹، تحت درمان با سولفات منیزیم است. در کنترل سطح سرمی منیزیم، مقدار آن ۱۰ میلی‌اکی‌والان در لیتر است. اقدام شما چیست؟ (تبریز ۹۸)

الف) قطع دوز نگهدارنده سولفات منیزیم

ب) ادامه تجویز دوز نگهدارنده سولفات منیزیم

ج) نصف کردن دوز نگهدارنده سولفات

د) ادامه دوز نگهدارنده سولفات منیزیم همراه با تجویز

گلوکونات کلسیم

پاسخ: الف

منیزیم در سطح ۴-۷ میلی‌اکی‌والان در لیتر (4.8-8.4 mgr/dlit) یا 2-3.5 mmol/lit) از تشنج‌ها جلوگیری می‌کند. در سطح ۱۰ میلی‌اکی‌والان در لیتر (۱۲ mgr/dlit) رفلکس‌های پاتلار ناپدید می‌شوند (نشانه هشدار از وقوع سمیت). سطح بالای ۱۰ میلی‌اکی‌والان در لیتر و بیشتر، فلج تنفسی و ایست تنفسی می‌دهد و درمان با گلوکونات کلسیم (یک گرم) وریدی و قطع سولفات





TABLE 41-5. Indications for Delivery in Women <34 Weeks' Gestation Managed Expectantly

Prompt Delivery After Maternal Stabilization and After Single-dose Corticosteroid Therapy for Lung Maturation:^a

Uncontrolled severe hypertension
Persistent headaches, refractory to treatment
Persistent epigastric pain
Eclampsia
HELLP syndrome
Pulmonary edema
Placental abruption
Disseminated intravascular coagulation
Stroke
Myocardial infarction
Nonreassuring fetal status
Fetal demise

Delay Delivery 48 hr If Possible to Allow Corticosteroid Therapy for Lung Maturation:

Preterm ruptured membranes or labor
Fetal-growth restriction
Oligohydramnios
Reversed end-diastolic Doppler flow in umbilical artery
Worsening renal dysfunction

^aInitial dose only, do not delay delivery.

HELLP = hemolysis, elevated liver enzyme levels, low platelet count.

From American College of Obstetricians and Gynecologists, 2020b; Society for Maternal-Fetal Medicine, 2011.

۲. خانمی ۴۰ ساله، لاغر اندام و با حاملگی ۳۱ هفته و BP=190/115

و سابقه تشنج در منزل توسط EMS آورده شده است. داروی آنتی‌هایپرتنسیو شروع و دوز سولفات لودینگ تزریق شده است. اقدامات لازم را انجام می‌دهید. مادر مجدداً تشنج می‌کند. دو گرم سولفات تزریق می‌شود. تشنج ادامه دارد و ضربان قلب جنین در حد 90/min می‌باشد. اقدام صحیح بعدی کدام است؟

(بورد ۱۴۰۱)

الف) دو گرم سولفات

ب) میدازولام وریدی

ج) انفوزیون فنی توئین

پاسخ: الف

نیفدیپین داروی خوراکی مهارکننده کانال کلسیمی است. دوز زیربانی آن به علت اثر سریع و خطرناک آن توصیه نمی‌شود. در مقایسه با لابتالول هیچ‌کدام برتری بر دیگری نداشته‌اند ولی نیفدیپین فشار خون را سریع‌تر کاهش می‌دهد (در مقایسه لابتالول و هیدرالازین، لابتالول فشار را سریع‌تر کاهش می‌دهد).

درمان خون ریزی زایمان

فصل ۴۴

۱. خانمی PG و ۴۱y با حاملگی ۲۸ w و شکایت از سردرد و درد اپی‌گاستر مراجعه و با BP=180/110 تحت تجویز لابتالول، سولفات و بتامتازون قرار گرفته است. در آزمایشات درخواستی جهت پراکلامپسی PrU=+3 و Cr=1.2 دارد که کراتینین در آزمایش ۶ h بعد ۱/۵ گزارش می‌شود. تصمیم‌گیری صحیح کدام است؟

(بورد ۱۴۰۱)

الف) درمان انتظاری تا ۳۴ w

ب) تأخیر زایمان تا ۴۸ h

ج) شروع اینداکشن زایمانی

د) سزارین اورژانس

پاسخ: گزینه ب

جدول ۴۱-۵

فصل ۴۱ (درمان سندرم پره اکلامپسی) ویلیامز ۲۰۲۲





د) سزارین اورژانس

پاسخ: گزینه ب

تجویز اولین دوز «لودینگ» چهار گرمی سولفات منیزیم، تشنج مادر متوقف می‌شود. در عرض یک یا دو ساعت، بیمار به حدی که آگاهی از مکان و زمان حاصل شود، هوشیاری خود را بازمی‌یابد. هنگامی که سولفات منیزیم به منظور متوقف‌سازی تشنج‌های اکلامپتیک تجویز می‌شود ۱۵-۱۰ درصد زنان دچار تشنج بعدی می‌شوند. در این موارد، یک دوز دو گرمی دیگر از سولفات منیزیم از محلول ۲۰ درصدی، به آهستگی به صورت داخل وریدی تجویز می‌گردد. در زنانی که جثه کوچکی دارند، این دوز دو گرمی اضافی را می‌توان فقط یک بار تجویز کرد، اما در زنان دارای جثه بزرگتر می‌توان در صورت نیاز این دوز را دو بار تجویز کرد. در بیمارستان پارکلند، فقط در ۵ مورد از ۲۴۵ زن مبتلا به اکلامپسی استفاده از دیگر داروهای ضد تشنج برای کنترل تشنج ضرورت پیدا کرده بود. برای این منظور، یکی از باریتورات‌های داخل وریدی به آهستگی تجویز می‌شود. میدازولام یا لورازپام را نیز می‌توان به صورت دوز واحد اندک تجویز کرد، اما باید از مصرف طولانی مدت آن‌ها پرهیز شود چون با افزایش میزان مرگ و میر ناشی از پنومونی آسپیراسیونی همراه هستند.

فصل ۴۱ (مدیریت سندرم پره اکلامپسی) ویلیامز ۲۰۲۲

۳. خانمی ۳۵ ساله G3L2 با حاملگی ترم پس از خروج جنین با کشش بند ناف دچار وارونگی رحم شده است. بلافاصله عوامل کمکی فرا خوانده شده و کاتتر بزرگ انفوزیون داخل وریدی جاگذاری شده و درخواست خون می‌شود. جفت به رحم چسبیده است. توکولیتیک وریدی و هالوژنه استنشاقی تجویز شده ولی سعی در برگرداندن رحم با

شکست مواجه می‌شود. اقدام بعدی کدام است؟ (بورد

۱۴۰۰)

الف) لاپاراتومی و بستن شریان ایلیاک دوطرفه

ب) لاپاراتومی و انجام عمل Huntington

ج) اقدام به جدا کردن جفت جدا شده و سپس هیسترکتومی

واژینال

د) برش Haultain و اصلاح وارونگی فوندوس

پاسخ: ب

در صورت تشخیص وارونگی رحم اقدامات زیر به سرعت و به طور همزمان انجام می‌شود:

۱) درخواست افراد کمکی از گروه مامایی و بیهوشی

۲) درخواست خون

۳) تعبیه ۲ رگ بزرگ

۴) در صورتی که جفت جدا شده و یا رحم وارونه شده، منقبض نشده باشد می‌توان با فشار به فوندوس با فشار دادن کف دست و انگشتان در جهت محور طولی واژن، رحم را به جای خود برگرداند.

۵) در صورتی که جفت هنوز جدا نشده یک داروی توکولیتیک مثل تربوتالین، سولفات منیزیم یا نیتروگلیسرین برای شل کردن رحم و برگرداندن آن به حالت قبلی تجویز می‌شود و پس از جا افتادن رحم اقدام به جداسازی جفت می‌شود.

در صورت شکست این روش‌ها لاپاراتومی الزامی است. از علل شکست خوردن روش دستی، تشکیل حلقه انقباضی پاتولوژیک است، همزمان داروی توکولیتیک تجویز می‌شود و رحم از پایین به سمت بالا هل داده می‌شود و از بالا نیز به سمت بالا کشیده می‌شود. می‌توان کلامپ‌های آتروماتیک در رباط‌های گرد قرار داد و به سمت بالا کشید عمل (Huntington) و یا بخیه کششی در فوندوس وارونه زد و یا فوندوس با فورسپس کشیده شود. در صورتی که با این کارها همچنان حلقه پاتولوژیک از برگشت رحم جلوگیری کند باید برش جراحی طولی در موقعیت خلفی از میان





د) آمبولیزاسیون عروق رحمی

پاسخ: ب

در خونریزی پست پارتوم، بررسی رحم از نظر آتونی، بررسی کانال زایمان و بررسی از نظر پارگی و هماتوم، بررسی جفت و حفره رحم از نظر بقایا انجام می‌گیرد، در صورت کنتراکته بودن رحم، و عدم رؤیت پارگی و لسراسیون کانال و مجرای زایمان ولی تداوم خونریزی بررسی از نظر پارگی رحم با لاپاراتومی الزامی است.

۶. خانمی پس از زایمان از درد شدید و فشار در لگن شاکی است. در معاینه واژینال هماتوم سوپراواتور بزرگ شونده دیده می‌شود. علائم حیاتی stable است. اولین اقدام مناسب کدام است؟ (بورد ۹۹)

الف) بررسی و تخلیه هماتوم و کنترل خونریزی

ب) درناژ هماتوم تحت گاید سونوگرافی

ج) لاپاراتومی اورژانس

د) پیک کردن واژن

پاسخ: الف

هماتوم‌های والوواژینال بسته به اندازه، محل و فاصله‌ی زمانی ایجاد شده و میزان گسترش درمان می‌شوند، اگر خونریزی قطع شده باشد و هماتوم کوچک و متوسط و بدون علامت باشد، می‌توان از درمان انتظاری بهره برد. در صورت درد شدید و یا هماتوم بزرگ شونده روش جراحی تخلیه هماتوم توصیه می‌شود. برش باید در نقطه‌ی حداکثر اتساع داده شود و خون و لخته‌ها خارج شود و نقاط خونریزی دهنده گرفته شود. درمان هماتوم‌های سوپراواتور کمی دشوارتر است و ممکن است در صورت تداوم نیاز به لاپاراتومی یا آمبولیزاسیون نیز داشته باشد.

۷. خانمی به علت خونریزی شدید پس از زایمان، علی‌رغم

درمان حمایتی مناسب و دریافت فراورده خونی دچار

حلقه انقباضی زد تا حلقه آزاد شود و فوندوس نمایان شده را از حالت وارونه خارج کرد (عمل Haultain).

پس از بازگشت رحم، توکولیتیک قطع شده و اکسی توسین و سایر یوتروتونیک‌ها تجویز می‌شوند و انسزیون ترمیم می‌شود.

۴. خانمی ۲۸ ساله G2P1 با سابقه یک بار زایمان واژینال و با سن حاملگی ۲۱ هفته با شکایت خونریزی واژینال مراجعه کرده است. سونوگرافی جفت را پرویا گزارش می‌کند. طی دو روز بستری خونریزی قطع می‌شود. بر اساس پروتکل پارکلند اقدام بعدی چیست؟ (بورد ۱۴۰۰)

الف) بررسی محل جفت ۴ هفته بعد و تصمیم‌گیری بر اساس آن

ب) انجام MRI و تصمیم‌گیری بر اساس آن

ج) بررسی محل جفت در ۲۸ هفتگی

د) تکرار سونوگرافی در ۳۲ هفتگی

پاسخ: د

در پارکلند، زنان مبتلا به پرویا که در هفته‌های ۱۸-۲۲ حاملگی تشخیص داده می‌شوند و دارای سابقه‌ی سزارین هستند در ۲۸ هفتگی مجدداً بررسی می‌شوند. در صورتی که زنان سابقه‌ی سزارین نداشته باشند در ۳۳ هفتگی بررسی مجدد صورت می‌گیرد.

۵. خانم ۳۸ ساله G4L4 به دنبال زایمان ترم دچار خونریزی شدید واژینال شده است. طی چک کانال زایمان پارگی دیده نمی‌شود. رحم کنتراکته است و در بررسی حفره رحم بقایا وجود ندارد. مناسب‌ترین اقدام بعدی چیست؟ (ارتقاء ۱۴۰۰)

الف) تجویز ترانگزامیک اسید

ب) لاپاراتومی فوری

ج) استفاده از بالن بکری





فرد اول اقدام به سونوگرافی شکم می‌کند، فرد دوم بالون را در رحم قرار می‌دهد و آن را نگه می‌دارد و فرد سوم مایع وارد بالون می‌کند. ابتدا ۱۵۰ میلی‌لیتر به سرعت مایع تزریق می‌شود و در طی چند دقیقه بعد بقیه مایع وارد می‌شود تا حجم کلی بالون به ۳۰۰-۵۰۰ میلی‌لیتر برسد و خونریزی قطع شود، بالون پس از قطع خونریزی و پس از ۱۲ ساعت خارج می‌شود.

۹. حین سزارین به دلیل پلاسنتا پرویا، خونریزی متوسط از سگمان تحتانی در جریان است. بهترین اقدام کدام است؟ (بورد ۹۸)

- الف) بستن شریان هایپوگاستریک
- ب) بستن شریان رحمی
- ج) سوچور B-lynch
- د) آمبولیزاسیون شریانی

پاسخ: ب

بستن یک طرفه یا دوطرفه شریان رحمی در موارد پارگی‌های بخش جانبی انسزیون کمک می‌کند ولی در خونریزی‌های آتونی کمتر مفید است.

۱۰. خانمی ۳۰ ساله پریمی گراوید با بارداری دوقلوئی، بعد از زایمان دچار آتونی رحم شده است. بهترین شیوه تجویز کاربوپروست کدام است؟ (تهران ۹۸)

- الف) عضلانی، ماکزیمم ۸ دوز هر ۳۰ دقیقه
- ب) داخل وریدی، تک دوز
- ج) خوراکی، ماکزیمم ۴ نوبت هر ۴ ساعت
- د) داخل میومتر، تک دوز

پاسخ: الف

ترومتامین کاربوپروست (Hemabate) مشتق ۱۵-متیل پروستاگلاندین $F_2\alpha$ است. با دوز ۲۵۰ میکروگرم و به صورت

نکروز کورتیکال حاد کلیوی شده است. محتمل ترین عامل ایجاد این عارضه تجویز کدام یک از موارد زیر بوده است؟ (بورد ۹۹)

- الف) فاکتور ۷
- ب) ترانگزامیک اسید
- ج) میزوپروستول
- د) متیل آرگونووبین

پاسخ: ب

ترانگزامیک اسید یک داروی آنتی فیبرینولیتیک است، لیز لخته را مهار می‌کند و با جلوگیری از تجزیه فیبرین توسط پلاسمین، به توقف خونریزی کمک می‌کند. در خونریزی‌های ناشی از تروما و زایمان استفاده می‌شود و با میزان بالایی از نکروز منتشر کلیه همراه است. استفاده روتین از آن به عنوان پروفیلاکسی از خونریزی توصیه نمی‌شود.

۸. خانم ۲۷ ساله به دنبال زایمان دچار آتونی رحم و خونریزی واژینال شده است که پس از انجام اقدامات اولیه خونریزی کنترل نشده است. جهت کنترل خونریزی سوند بکری گذاشتیم که با ۳۰۰ سی سی پر شده است اما همچنان خونریزی ادامه دارد. اولین اقدام بعدی کدام است؟ (بورد ۹۸)

- الف) بخیه فشاری
- ب) افزایش مایع داخل سوند
- ج) بستن شریان رحمی
- د) بستن شریان هایپوگاستریک

پاسخ: ب

بالون بکری یا BT-Cath برای پر کردن حفره رحم و جلوگیری از خونریزی استفاده می‌شود. برای گذاشتن آن به ۲-۳ نفر نیاز است.





- دیده می‌شود. زمان مناسب جهت ختم بارداری در این بیمار کدام است؟ (زنجان ۹۵)
- الف) ۴۸ ساعت پس از تجویز کورتیکواستروئید
ب) هفته بین ۳۲ تا ۳۳ بارداری
ج) پس از ۳۶ هفته کامل
د) پس از ۳۸ هفته کامل

پاسخ: ج

نشانه‌های آکرتا در سونوگرافی:

- ۱) فاصله سطح مشترک مثانه و سروز رحم با عروق پشت جفت کمتر از ۱ میلی‌متر
۲) وجود لاکونا‌های بزرگ بین جفتی
۳) هایپروسکولاریته سطح مشترک مثانه و سروز رحم یافته‌های MRI:
۱) برآمدگی رحم
۲) Heterogeneous signal intensity
۳) Dark intraplacental band on T2
MRI در مواردی که یافته‌های سونو مشکوک است و یا در صورت پروپای خلفی کمک کننده است.
زمان ختم اکرتا:
پارکلند ← پس از ۳۶ هفته کامل
ACOG ← بعد از ۳۴ هفته کامل
انجمن طب مادری جنینی (MFM) ← ۳۴-۳۷ هفته

۱۳. بیمار اکلامپسی بعد از سزارین در ICU تحت درمان با سولفات منیزیم می‌باشد و دچار خونریزی واژینال شدید ناشی از آتونمی رحم می‌شود و الیگوریک می‌شود. در مدیریت بیمار فوق کدام یک از اقدامات درمانی زیر صحیح است؟ (زنجان ۹۷)
- الف) کاهش دوز سولفات منیزیم

داخل عضلانی تجویز می‌شود. با فواصل ۱۵ تا ۹۰ دقیقه‌ای و حداکثر تا ۸ دوز قابل تکرار است. منع مصرف در افراد مبتلا به آسم و موارد مشکوک به آمبولی مایع آمنیون دارد. کنتراندیکاسیون‌های نسبی آن بیماری کلیوی، کبدی و قلبی است.

۱۱. خانمی به علت آتونمی رحم بعد از زایمان هیستریکتومی شده. حین عمل ۵ واحد packed cell دریافت نموده و در آزمایشات انجام شده، فیبرینوژن ۹۰، PT و PTT غیرطبیعی و پلاکت ۷۰۰۰۰ است. کدام یک از فرآورده‌های ذیل مناسب است؟ (مازندران ۹۶)

- الف) پلاکت
ب) خون کامل
ج) فاکتور ۷ نوترکیب
د) FFP

پاسخ: د

در صورتی که تزریق P.C بیش از ۵ واحد صورت گیرد باید تعداد پلاکت، بررسی انعقادی و فیبرینوژن بررسی شود. در صورت Plt کمتر از ۵۰ هزار عدد تزریق پلاکت صورت می‌گیرد. اگر میزان فیبرینوژن کمتر از ۱۵۰ شود و یا PT و PTT مختل باشد، FFP با دوز ۱۵-۱۰ میلی‌لیتر بر کیلوگرم انجام می‌شود. کرایو در مواردی که فیبرینوژن کاهش شدید یافته یا از محل‌های جراحی تراوش خون وجود دارد، گزینه خوبی است.

۱۲. برای خانم حامله ۳۱ هفته گراوید ۳ با سابقه ۲ بار سزارین در سونوگرافی داپلر انجام شده فاصله بین لایه سروزی مابین دیواره رحم و مثانه و عروق خلف جفتی کمتر از ۱ میلی‌متر و داخل جفت لاکونا‌های بزرگ گزارش شده است. در MRI سیگنال‌های هتروژن و نوارهای تیره درون جفت





پایرجا بودن بررسی مجدد در هفته ۳۲ صورت می‌گیرد. در زنان فاقد سابقه سزارین بررسی مجدد در ۳۲ هفته انجام می‌شود. محدود کردن فعالیت ضروری نیست، مگر اینکه پروپا تا بعد از هفته ۲۸ پایرجا مانده باشد و یا یافته‌های بالینی مانند خونریزی یا انقباضات قبل از زمان مذکور ایجاد شده باشند. اگر در هفته ۳۲ حاملگی لبه جفت کمتر از ۲ سانتی‌متر از سوراخ داخلی فاصله داشته باشد، سونوگرافی ترانس واژینال در هفته ۳۶ تکرار می‌شود. (فصل ۴۳، اختلالات جفتی خون ریزی دهنده، ویلیامز ۲۰۲۲)

۲. خانم ۲۴ ساله حاملگی دوم با سن بارداری تقریبی ۴۰ هفته و ۳ روز بر طبق سونوگرافی که به تازگی انجام داده است $AFI=5\text{ cm}$ و NST ری اکتیو و حرکات جنین نرمال در معاینه سرویکس مولتی پار می‌باشد. اقدام مناسب بعدی کدام است؟ (ارتقا ۱۴۰۱)

الف) AFI و NST روز بعد تکرار شود.

ب) BPP و NST هر دو روز یک بار تکرار شود.

ج) بستری و القاء لیبر

د) stripping و انتظار شروع دردهای خودبه‌خودی

پاسخ: گزینه ج

در زنانی که به عنوان زنان دارای حاملگی پست ترم نامشخص گروه‌بندی می‌شوند، برای اداره حاملگی هفته‌ای یک بار اقدام به تست بدون استرس جنین و بررسی حجم مایع آمنیون می‌شود. در زنانی که AFI آنان مساوی یا کمتر از ۵ سانتی‌متر است و یا کاهش حرکات جنین را گزارش می‌کنند، القای لیبر صورت می‌گیرد.

(فصل ۴۶، حاملگی پست ترم، ویلیامز ۲۰۱۸) براساس ویلیامز ۲۰۲۲ این سوال قابل پاسخ‌گویی نیست.

ب) تجویز آمبول مترژن

ج) لاپاراتومی اورژانس

د) مایع درمانی شدید

پاسخ: د

با طور روتین رینگلاکتات با سرعت ۱۲۵-۶۰ میلی‌لیتر در ساعت تجویز می‌شود، در صورت ائتلاف نامعمول مایع به علت استفراغ، اسهال، تعریق شدید و یا خونریزی شدید و وقوع الیگوری می‌توان از دوز بالاتر استفاده کرد ولی بهتر این است که با سنجش برون ده ادرار و حفظ آن در حد بالای ۳۰ میلی‌لیتر در ساعت، دوزهای بولوس مایع داد، چون در پره اکلامپسی به علت حجم بالای مایع خارج سلولی، در صورت هیدریشن شدید، احتمال ادم ریوی و مغزی وجود دارد.

حاملگی پست ترم

فصل ۴۶

۱. در خانمی G2P1 با سابقه سزارین قبلی که در سونوگرافی ۲۶ هفته پلاستنا پروپا تشخیص داده شده، در سونوگرافی هفته ۳۲ لبه جفت یک سانتی‌متر از دهانه سرویکس فاصله دارد.

مناسب‌ترین اقدام کدام است؟ (ارتقا ۱۴۰۱)

الف) کاهش فواصل مراقبت معمول بارداری

ب) تکرار سونوگرافی دو هفته بعد

ج) تکرار سونوگرافی واژینال در هفته ۳۶

د) MRI

پاسخ: گزینه ج

در صورتی که اندیکاسیون دیگری وجود نداشته باشد، تکرار مکرر سونوگرافی صرفاً برای تأیید موقعیت جفت ضرورت ندارد. در بیمارستان پارکلند، آن دسته از زنان مبتلا به پلاستنا پروپا که در هفته‌های ۲۲-۱۸ حاملگی شناسایی شده‌اند و دارای سابقه زایمان سزارین هستند، مجدداً در هفته ۲۸ بررسی می‌شوند و در صورت





می‌شود. به گفته ACOG آمنیوانفوزیون از آسپیراسیون مکونیوم جلوگیری نمی‌کند ولی رویکردی قابل قبول در افت‌های متغیر تکراری است.

۵. بیمار خانم ۳۵ ساله‌ای با حاملگی ۴۱ هفته بستری و اینداکشن شده است. به علت عدم پاسخ به اینداکشن سزارین شده که حاصل سزارین نوزاد پسر مبتلا به ایکتیوز پوستی است. نقص کدام یک از آنزیم‌های زیر

مطرح است؟ (شیراز ۹۸)

الف) آروماتاز جفتی جنینی

ب) نقص بیوسنتز LDL کلسترول در جنین

ج) سولفاتاز جنینی جفتی

د) α -21 هیدروکسیلاز

پاسخ: ج

عوامل جنینی جفتی دخیل در حاملگی پست ترم: آنانسفالی، هایپوپلازی فوق کلیه، کمبود سولفاتاز جفتی وابسته به X

۶. در حاملگی پست ترم کدام یک از پترن‌های غیرطبیعی در مانیتورینگ قلب جنین دیده نمی‌شود؟ (تهران ۹۴)

الف) severe variable deceleration

ب) late deceleration

ج) prolonged deceleration

د) salutatory baseline FHR

پاسخ: ب

الگوهای مشاهده شده در پست ترم:

(۱) یک یا چند افت طولانی مدت

(۲) افت‌های متغیر تکراری (شایع‌ترین)

(۳) Saltatory baseline FHR

۳. خانم باردار G1، ۴۱ هفته با کاهش حرکت جنین جهت ختم بارداری بستری شده است. در سونوگرافی $AFI=6\text{ cm}$ گزارش شده، در معاینه دیلاتاسیون 2 cm ، افسمان 30% و استیشن ۳- می‌باشد. حین معاینه کیسه آب پاره و حاوی مکونیوم غلیظ است. تراسه جنین reassuring و هر ۷ دقیقه، ۳۰ ثانیه انقباض دارد. اقدام مناسب کدام است؟ (ارتقاء ۱۴۰۰)

الف) القای لیبر

ب) سزارین

ج) آمنیوانفوزیون

د) OCT

پاسخ: ب

احتمال زایمان واژینال موفقیت‌آمیز در زنان نولی پاری که در همان مراحل اول لیبر دچار آغشتگی مایع آمنیون به مکونیوم غلیظ می‌شود، به میزان زیادی، کاهش می‌یابد. پس در صورتی که فاصله‌ی زیادی تا زایمان دارد، توصیه به سزارین می‌شود، به ویژه در موارد شک به CPD یا اختلال هایپوتون یا هایپرتون لیبر.

۴. در سونوگرافی خانمی با حاملگی پست ترم، الیگوهایدرآمنیوس گزارش شده است. انجام

آمنیوانفوزیون در این بیمار چه تأثیری دارد؟ (بورد ۹۸)

الف) مانع از سندرم آسپیراسیون مکونیوم می‌شود.

ب) در صورت افت متغیر مکرر در مان منطق‌ی است.

ج) سیر زایمان را تسریع می‌کند.

د) باعث کاهش مرگ داخل رحمی جنین می‌شود.

پاسخ: ب

مکونیوم غلیظ در آمنیون بسیار خطرناک است. ویسکوزیته‌ی مکونیوم نشان‌دهنده کمبود مایع و الیگوهایدرآمنیوس است و آسپیراسیون این مایع باعث اختلال عملکرد ریوی و مرگ نوزاد





۵) باعث درد، خونریزی واژینال و انقباضات نامنظم در غیاب لیبر می‌شود.

۹. خانم حامله G1 با سن حاملگی ۴۱ هفته برحسب سونو ۱۲ هفتگی مراجعه کرده است. در معاینه دهانه رحم بسته به ابعاد لگنی نرمال و تخمین وزن جنین حدود ۳۰۰۰ گرم است. اقدام مناسب کدام است؟ (مازندران ۹۵)

الف) اینداکشن با اکسی توسین

ب) ختم بارداری به صورت سزارین

ج) سونوگرافی بررسی مایع آمنیوتیک

د) توصیه به مراجعه هفته بعد

پاسخ: ج

ACOG حاملگی‌های پست ترم را بعد از اتمام ۴۲ هفته کامل در نظر می‌گیرد و آغاز نظارت در ۴۱ هفته را توصیه می‌کند. اگر سن حاملگی قطعی نباشد، ACOG توصیه کرده که با استفاده از بهترین برآورد سن حاملگی ختم بارداری در ۴۱ هفته صورت گیرد. در پارکلند حاملگی‌های ۴۱ هفته را در صورت نداشتن عوارض طبیعی در نظر می‌گیرند و در صورت بروز عوارضی مثل فشار خون، کاهش حرکت جنین یا الیگوهیدرآمیوس ختم بارداری می‌دهند و در صورت طبیعی بودن تمام شرایط ختم در ۴۲ هفته انجام می‌گیرد.

زنانی که به عنوان حاملگی پست ترم نامشخص طبقه‌بندی می‌شوند، هفته‌ای یک بار NST و بررسی مایع آمنیون انجام می‌شود، در صورت AFI کمتر از ۵ یا کاهش حرکت جنین ختم بارداری صورت می‌گیرد.

۱۰. خانمی G1 در سن حاملگی ۳۹ هفته جهت تعیین وقت زایمان مراجعه کرده، وی در دوران بارداری مشکلی نداشته است. در سونوگرافی روز گذشته جنین زنده با

۷. خانم مولتی پار با حاملگی ۴۱ هفته به دلیل درد زایمان مراجعه نموده است. نوزاد آغشته به مکنونیوم غلیظ با آپگار ۳ و با دیسترس تنفسی متولد می‌شود. اقدام مناسب کدام است؟ (مازندران ۹۹)

الف) ساکشن اوروفارنکس

ب) ساکشن نازوفارنکس

ج) لوله‌گذاری و ساکشن

د) تهویه با فشار مثبت

پاسخ: ج

ACOG ساکشن روتین حین زایمان را توصیه نمی‌کند، در صورتی که نوزاد دچار دیسترس آغشته به مکنونیوم باشد توصیه به لوله‌گذاری می‌کند.

۸. خانمی گراوید ۲ با سن حاملگی ۴۱ هفته جهت ختم بستری شده است. برای القای زایمان تحت stripping قرار می‌گیرد. کدام یک از موارد زیر صحیح است؟ (زنجان ۹۶)

الف) سبب ایجاد انقباضات نامنظم رحمی و خونریزی واژینال می‌شود.

ب) میزان عفونت مادری و نوزادی افزایش می‌یابد.

ج) باعث کاهش احتمال سزارین می‌شود.

د) نیاز به اکسی توسین کمتر می‌شود.

پاسخ: الف

Stripping:

۱) در هفته‌های ۳۸-۴۰ میزان حاملگی پست ترم را کاهش می‌دهد.

۲) میزان عفونت نوزادی و مادری را زیاد نمی‌کند.

۳) میزان سزارین را تغییر نمی‌دهد.

۴) نیاز به القای لیبر را کمتر نمی‌کند.





پاسخ: د

سرعت افزایش وزن جنین در ۳۷ هفتگی به حداکثر می‌رسد و بعد از آن کاهش می‌یابد ولی همچنان رشد جنین ادامه دارد. ACOG القای زایمان جهت جلوگیری از رشد را توصیه نمی‌کند و در زنان بدون سابقه‌ی دیابت، تا وزن ۵۰۰۰ گرمی جنین زایمان واژینال منعی ندارد.

پرزانتاسیون سفالیک با وزن تخمینی ۴۰۰۰ گرم گزارش شده است و در معاینه سرویکس بسته است. کدام یک از توصیه‌های زیر در این بیمار صحیح است؟ (زنجان ۹۵)
الف) سزارین به دلیل تخمین وزن بالای جنین و سرویکس نامطلوب

ب) القای زایمان به منظور جلوگیری از رشد بیشتر جنین
ج) سونوگرافی مجدد تخمین وزن جنین یک هفته بعد
د) مراقبت روتین بارداری و مراجعه یک هفته بعد





سؤالات و پاسخنامه

مشکلات طبی و جراحی در زنان و زایمان

Williams 2022

HUS به طور تیبیک درگیری کلیه شدیدتر است و تغییرات نورولوژیک کم تعدادتر هستند. ترومبوسیتوپنی معمولاً شدید است، اما خوشبختانه حتی در مقادیر بسیار کم پلاکت‌ها، خونریزی شدید خودبه‌خود ناشیاب است. همولیز میکروآنژیوپاتی، با کم خونی متوسط تا شدید همراه است و اغلب ترانسفوزیون گلبول قرمز ضرورت پیدا می‌کند. ویژگی قابل مشاهده در خون محیطی، قطعه قطعه شدن اریتروسیت‌ها همراه با شیزوسیتوز است. تعداد رتیکولوسیت‌ها و گلبول‌های قرمز هسته‌دار افزایش می‌یابد و میزان لاکتات دهیدروژناز (LDH) افزایش و غلظت هاپتوگلوبین کاهش پیدا می‌کند. کوآگولوپاتی مصرفی با وجود شایع بودن، معمولاً حالت مبهم و ناآشکار دارد و از نظر بالینی فاقد اهمیت است. پلاسمافرز همراه با جایگزینی پلاسما منجمد تازه زیربنای درمان این بیماری است.

۲. خانم بارداری با تشخیص ITP و حاملگی ۳۷ هفته، پلاکت کمتر از سی هزار دارد که به درمان روزانه کورتون و IVIG جواب نداده است. بهترین روش درمانی کدام یک از موارد زیر است؟ (ارتقا ۱۴۰۰)

الف) اسپلنکتومی لاپاروسکوپی
ب) استفاده از داروهای سایتوتوکسیک
ج) سزارین و اسپلنکتومی

هماتولوژیک

فصل ۵۹

۱. خانم باردار ۳۲ هفته با تب و تشنج به اورژانس آورده شده است. علائم حیاتی نرمال و BP=120/70 است. در آزمایشات، ترومبوسیتوپنی، آنمی همولیتیک و افزایش کراتینین داشته و تست‌های کبدی نرمال هستند. کدام گزینه درمانی صحیح است؟ (بورد ۱۴۰۰)
- الف) پلاسمافرز
- ب) پردنیزولون
- ج) تزریق پلاکت و ختم بارداری
- د) سولفات منیزیم و ختم بارداری

پاسخ: الف

ویژگی‌های میکروآنژیوپاتی‌های ترومبوتیک، شامل ترومبوسیتوپنی، همولیز fragmentation (قطعه قطعه شدن) و اختلال عملکرد اعضای مختلف هستند. TTP با مجموعه ویژگی‌های پنج‌گانه ترومبوسیتوپنی، تب، اختلالات نورولوژیک، اختلال عملکرد کلیه و کم خونی همولیتیک مشخص می‌شود. در





د) افزایش دوز IVIG

پاسخ: ج

در افرادی که در آنان تعداد پلاکت کمتر از ۵۰۰۰۰-۳۰۰۰۰ در میکرولیتر است، درمان مد نظر قرار می‌گیرد. درمان اولیه شامل کورتیکواستروئیدها یا گلوبولین ایمیون داخل وریدی (IVIG) است. در آغاز، پردنیزون با دوز ۱ میلی‌گرم بر کیلوگرم در روز، برای سرکوب فعالیت فاگوسیتی سیستم مونوسیت - ماکروفاژ طحال تجویز می‌شود. IVIG نیز با دوز کلی ۲ گرم بر کیلوگرم در طی ۵-۲ روز، معمولاً مؤثر است.

در زنان حامله‌ای که پاسخی به درمان با کورتیکواستروئیدها یا درمان با IVIG نمی‌دهند، ممکن است اسپلنکتومی باز یا لاپاروسکوپی مؤثر باشد. در اواخر حاملگی ممکن است برای در معرض دید قرار گرفتن طحال، زایمان سزارین ضروری باشد. معمولاً در عرض ۳-۱ روز بهبود حاصل می‌شود و تقریباً در روز ۸ به بالاترین حد خود می‌رسد.

۳. خانم باردار ۳۸ هفته مبتلا به ایمون ترومبوسیتوپنیک پورپورا (ITP)، با سطح پلاکت ۲۰۰۰۰ در میکرولیتر مراجعه کرده است. بیمار تحت درمان با پردنیزون و IVIG قرار گرفته است و پاسخ درمانی مشاهده نشده است. اقدام مناسب بعدی کدام است؟ (بورد تخصصی ۱۳۹۹)

الف) تجویز آزاتیوپرین به صورت وریدی

ب) تزریق زیرجلدی Romiplostim

ج) انجام سزارین و سپس اسپلنکتومی

د) اسپلنکتومی و سپس زایمان طبیعی

پاسخ: ج

در موارد ITP وقتی تعداد پلاکت کمتر از ۵۰۰۰۰-۳۰۰۰۰ در میکرولیتر است درمان مدنظر قرار می‌گیرد. درمان اولیه شامل

کورتیکواستروئید یا IVIG است. در زنان حامله‌ای که به کورتیکواستروئید یا IVIG پاسخ نمی‌دهند ممکن است اسپلنکتومی باز یا لاپاراسکوپی مؤثر باشد. در اواخر حاملگی ممکن است برای در معرض دید قرار گرفتن طحال زایمان سزارین ضروری باشد.

۴. در یک خانم باردار که با شکایت از بی اشتهایی مراجعه نموده است در آزمایشات روتین بارداری $Hb=7g/dl$ ، MCV نرمال، ترومبوسیتوپنی و لکوپنی گزارش شده است. در بررسی اسمیر خون محیطی تعدادی ماکروسیت و اریتروسیت‌های هسته دار دیده می‌شود. علاوه بر توصیه به رژیم غذایی مناسب کدام یک از درمان‌های زیر توصیه می‌شود؟ (بورد ۹۶)

الف) روزانه ۴ میلی‌گرم اسید فولیک + Vit B12

ب) روزانه ۱ میلی‌گرم اسید فولیک + آهن

ج) روزانه ۳ قرص فرس سولفات

د) کربوکسی مالتوز فریک وریدی هفتگی

پاسخ: ب

دیابت شیرین

فصل ۶۰

۱. خانم ۳۵ ساله دیابتی ترم که قند خون وی با ۶۰ واحد انسولین در روز کنترل می‌شود، با شروع دردهای زایمانی مراجعه کرده است. در معاینه واژینال دیلاتاسیون ۶ cm دارد. بیمار اظهار می‌کند که انسولین نوبت صبح را تزریق نکرده و اکنون قند خون با گلوکومتر ۹۵ mg/dl می‌باشد. مناسب‌ترین اقدام کدام است؟ (بورد ۱۴۰۰)

الف) شروع سرم نرمال سالین

ب) تجویز انسولین رگولار





پاسخ: ج

طبق جدول ۱۰-۵۷ در خانم‌های حامله دیابتی بعد از آغاز لیبر فعال و یا کاهش گلوکز به کمتر از ۷۰ میلی‌گرم در دسی‌لیتر انفوزیون از سالین به دکستروز ۵٪ تغییر داده می‌شود.

ج) دادن سرم قندی ۵٪

د) چک قند خون در آزمایشگاه

TABLE 60-10. Insulin Management for Labor Induction or Scheduled Cesarean Delivery

Give evening dose insulin.
Withhold morning dose.
Infuse intravenous normal saline at 100–125 mL/hr.
Regular insulin is infused at 1–1.25 units/hr if glucose levels > 100 mg/dL.
Measure glucose levels hourly.
With active labor or if glucose levels are >70 mg/dL, change from intravenous saline to 5% dextrose given at 100–150 mL/hr with a target glucose level of ~100mg/dL.

و احتمالاً به علت بهبود وضعیت کنترل گلوکز، از میزان بروز نفروپاتی در افراد مبتلا به دیابت نوع یک کاسته شده است. به طور کلی چنین به نظر می‌رسد که حاملگی سبب تشدید نفروپاتی دیابتی نمی‌شود.

۳. خانمی با حاملگی ۳۸ هفته و مبتلا به دیابت بارداری جهت سزارین بستری شده است. وی هر روز صبح ۱۶ واحد انسولین NPH و ۸ واحد رگولار و شب ۱۰ واحد NPH و ۶ واحد رگولار مصرف می‌کند. در ارتباط با نحوه مصرف انسولین در صبح روز سزارین کدام صحیح است؟ (ارتقا ۱۴۰۰)

الف) هیچ‌کدام تزریق نشود.

ب) فقط NPH صبح تزریق شود.

ج) فقط رگولار صبح تزریق شود.

د) هر دو تزریق شود.

پاسخ: الف

جدول ۱۰-۶۰: درمان با انسولین در جریان لیبر و زایمان

۲. خانم ۲۵ ساله با دیابت نوع ۱ تحت درمان با انسولین از ۱۰ سال قبل در check up. پروتئین اوری ۲۴ h / ۱۵۰ mg داشته و در ضمن متوجه حاملگی هشت هفته ناخواسته شده است، جهت مشاوره مراجعه کرده است. مناسب‌ترین پیشنهاد کدام است؟ (ارتقا ۱۴۰۰)

الف) با کنترل دقیق قند پروتئین اوری برگشت‌پذیر است، می‌تواند حاملگی را ادامه دهد.

ب) با توجه به اینکه بیمار در معرض خطر نفروپاتی و فشار خون می‌باشد، هیپارین شروع شود.

ج) به منظور پیشگیری از پره اکلامپسی مصرف ویتامین C و E توصیه می‌شود.

د) جهت بررسی وضع کلیه بیوپسی پیشنهاد می‌شود تا در مورد حاملگی تصمیم‌گیری شود.

پاسخ: الف

میزان بروز پروتئینوری آشکار در افراد مبتلا به دیابت نوع یک حدود ۳۰ درصد و در افراد مبتلا به دیابت نوع دو در محدوده ۲۰-۴ درصد است. پسرفت این اختلال به طور شایع دیده می‌شود





پاسخ: ج

در صورتی که تغییرات رژیم غذایی سبب تثبیت پایدار میزان گلوکز ناشتای پلاسما در حد کمتر از 95 mg/dL و یا میزان گلوکز پلاسمای ۲ h بعد از غذا در حد کمتر از 120 mg/dL نشود درمان دارویی توصیه می‌گردد. انسولین درمان استاندارد محسوب می‌شود.

۵. خانم G1 دیابتی با حاملگی ۳۸ هفته که تحت درمان با انسولین NPH و رگولار می‌باشد، با شروع دردهای زایمانی ساعت ۵ صبح به بیمارستان مراجعه کرده است. در معاینه، برای زایمان واژینال مشکلی ندارد و در بررسی آزمایشگاهی $\text{FBS}=120 \text{ mg/dl}$ می‌باشد. غیر از کنترل ساعتی گلوکز کدام اقدام در طول لیبر مناسب است؟ (بورد تخصصی ۱۳۹۹)

- (الف) تجویز انسولین صبحگاهی با دوز قبلی و انفوزیون داخل وریدی نرمال سالیین
- (ب) انفوزیون وریدی نرمال سالیین به همراه انسولین رگولار
- (ج) انفوزیون وریدی دکستروز سالیین به همراه انسولین رگولار
- (د) انفوزیون وریدی سرم رینگر به همراه انسولین متوسط الاثر

پاسخ: ب

جدول ۱۰-۶۰: درمان با انسولین در جریان لیبر و زایمان

- دوز معمول انسولین متوسط اثر در هنگام خواب تجویز می‌شود.
- دوز صبحگاهی انسولین حذف می‌شود.
- انفوزیون داخل وریدی نرمال سالیین آغاز می‌شود.
- پس از آغاز لیبر فعال و یا کاهش میزان گلوکز به کمتر از 70 میلی‌گرم در دسی‌لیتر، انفوزیون از سالیین به دکستروز 5

- دوز معمول انسولین متوسط اثر در هنگام خواب تجویز می‌شود.
- دوز صبحگاهی انسولین حذف می‌شود ← چه رگولار چه NPH
- انفوزیون داخل وریدی نرمال سالیین آغاز می‌شود.
- پس از آغاز لیبر فعال و یا کاهش میزان گلوکز به کمتر از 70 میلی‌گرم در دسی‌لیتر، انفوزیون از سالیین به دکستروز 5 درصد تغییر داده می‌شود و با سرعت $150-100$ میلی‌لیتر در ساعت ($2/5$ میلی‌گرم بر کیلوگرم در دقیقه) تجویز می‌گردد تا میزان گلوکز در حد تقریباً 100 میلی‌گرم در دسی‌لیتر به دست آید.
- میزان گلوکز هر ساعت یک بار با گلوکومتر کنار بستر کنترل می‌شود تا بتوان میزان انفوزیون انسولین یا گلوکز را تنظیم کرد.
- اگر میزان گلوکز بالای 100 میلی‌گرم در دسی‌لیتر باشد، انسولین رگولار (کوتاه اثر) از طریق انفوزیون داخل وریدی با میزان $1/25$ واحد در ساعت تجویز می‌شود.

۴. خانم ۲۶ ساله G1 با سن حاملگی ۲۶ هفته، تست GTT 100 گرمی داده، $\text{FBS}=95$ و قند یک ساعته 200 و دو ساعته 170 و 3 ساعته 145 دارد. پس از 3 هفته رژیم درمانی و فعالیت ورزشی قند ناشتای 98 و 2 ساعت پس از غذای 130 دارد. اقدام ارجح بعدی کدام است؟ (بورد تخصصی ۱۳۹۹)
- (الف) ادامه رژیم درمانی با کربوهیدرات کنترل شده
- (ب) انجام ورزش‌های قدرتی منظم بیشتر
- (ج) شروع انسولین
- (د) تجویز مت‌فورمین





۱. بیمار هیپرتیروئید تحت درمان با داروهای ضدتیروئید از ۶ هفته قبل با علائم تب و گلودرد مراجعه کرده است. اولین اقدام کدام است؟ (بورد ۱۴۰۰)
- الف) تجویز آنتی‌بیوتیک
- ب) قطع داروهای ضدتیروئید
- ج) بررسی مجدد عملکرد تیروئید
- د) تغییر داروهای ضدتیروئید

پاسخ: ب

لکوپنی گذرا تقریباً در ۱۰ درصد زنانی که از داروهای ضدتیروئید استفاده می‌کنند دیده می‌شود، اما در صورت بروز این عارضه نیازی به قطع درمان نیست. با وجود این، تقریباً در ۰/۳ درصد موارد، به طور ناگهانی آگرانولوسیتوز رخ می‌دهد و قطع دارو را الزامی می‌سازد. این وضعیت وابسته به دوز نیست و به علت آغاز حاد آن، شمارش سریال لکوسیت‌ها در مدت درمان مفید واقع نمی‌شود. در نتیجه، اگر تب یا گلودرد ایجاد شود، به بیمار توصیه می‌شود فوراً درمان را قطع و برای انجام شمارش کامل خون (CBC) به پزشک مراجعه کند.

۲. خانمی ۲۸ ساله G2L1 کیس شناخته شده میکروآدنوم هیپوفیز که با مصرف بروموکریپتین حامله شده است با حاملگی ۱۵ هفته مراجعه نموده است. پیگیری بیمار در طول بارداری با کدام یک از اقدامات زیر است؟ (ارتقا ۱۴۰۰)
- الف) ارزیابی منظم از نظر سردرد و علائم بینایی
- ب) تست میدان بینایی هر سه ماه یک بار
- ج) سنجش سریال پرولاکتین سرم
- د) انجام Brain MRI

پاسخ: الف

زنان حامله مبتلا به میکروآدنوم، باید به طور منظم از نظر سردرد و علائم بینایی ارزیابی شوند. زنان مبتلا به ماکروآدنوم، با دقت

درصد تغییر داده می‌شود و با سرعت ۱۵۰-۱۰۰ میلی‌لیتر در ساعت (۲/۵ میلی‌گرم بر کیلوگرم در دقیقه) تجویز می‌گردد تا میزان گلوکز در حد تقریباً ۱۰۰ میلی‌گرم در دسی‌لیتر به دست آید.

• میزان گلوکز هر ساعت یک بار با گلوکومتر کنار بستر کنترل می‌شود تا بتوان میزان انفوزیون انسولین یا گلوکز را تنظیم کرد.

• اگر میزان گلوکز بالای ۱۰۰ میلی‌گرم در دسی‌لیتر باشد، انسولین رگولار (کوتاه اثر) از طریق انفوزیون داخل وریدی با میزان ۱/۲۵ واحد در ساعت تجویز می‌شود.

۶. خانمی باردار با دیابت نوع I به دنبال تزریق کورتیکواستروئید دچار کتواسیدوز شده است. طبق پروتکل ACOG درمان‌های لازم توسط انسولین و مایعات انجام شده است. در حال حاضر سطح گلوکز پلاسما به ۱۴ میلی‌مول در لیتر رسیده است. در ادامه درمان کدام یک از اقدامات زیر باید انجام شود؟ (بورد ۹۶)

- الف) تزریق آمپول بیکربنات
- ب) شروع محلول دکستروز ۵ درصد نرمال سالین
- ج) شروع محلول $\frac{1}{3}$ و $\frac{2}{3}$ به میزان 10ml در ساعت
- د) در صورت وجود پتاسیم نرمال، انفوزیون پتاسیم با سرعت 50mEq در ساعت

پاسخ: ب

اختلال آندوکراین

فصل ۶۱





- آزمایش خون جنین هیپوتیروئیدی تأیید شده است. انجام کدام یک از اقدامات زیر مناسب است؟ (بورد ۹۶)
- الف) کاهش دوز دارو
ب) قطع دارو + تزریق لووتیروکسین درون کیسه آمنیون
ج) ادامه دارو + تزریق لووتیروکسین درون کیسه آمنیون
د) تغییر دارو

پاسخ: ب

اختلالات بافت همبند

فصل ۶۲

۱. خانمی مبتلا به بیماری گرانولوماتوز با پلی آنژیئیت، باردار شده است و قرار است به زودی زایمان کند. کدام یک از موارد زیر باید در نظر گرفته شود؟ (بورد ۱۴۰۰)
- الف) مشاوره بیهوشی از نظر تنگی ساب گلوئیک
ب) مراقبت دقیق از نظر پارگی رحم حین زایمان
ج) درخواست اکوکاردیوگرافی
د) مشاوره هماتولوژی

پاسخ: الف

گرانولوماتوز همراه با پلی آنژیئیت این حالت که قبلاً گرانولوماتوز وگنر نامیده می‌شد، نوعی واسکولیت گرانولوماتوی نکرروزان عروق کوچک است که دستگاه تنفسی فوقانی و تحتانی و کلیه‌ها را درگیر می‌کند. حداقل در ۹۰ درصد بیماران، پلی آنژیئیت وجود دارد. این بیماری ناشایع است و معمولاً پس از ۵۰ سالگی دیده می‌شود. حاملگی تأثیری بر فعالیت بیماری نداشته است. چون تنگی زیر گلوئ تقریباً در یک چهارم موارد وجود دارد، حالت ایده‌آل این است که قبل از زایمان، با تیم بیهوشی مشاوره شود.

بیشتری تحت نظر گرفته می‌شوند و در آنان در هر سه ماهه حاملگی تست میدان بینایی انجام می‌گیرد. انجام CT یا MRI در دوران حاملگی، فقط در صورت بروز علائم توصیه می‌شود. سنجش سریال میزان پرولاکتین سرم کارایی ناچیزی دارد، چون در دوران حاملگی میزان پرولاکتین به طور طبیعی افزایش پیدا می‌کند. بزرگ شدن علامتدار تومور باید به سرعت با داروهای آنتاگونیست دوپامین درمان شود.

۳. خانم باردار ۳۲ ساله G1P0 در هفته ۲۲ بارداری مراجعه و از تداوم استفراغ‌های بارداری و تپش قلب و عدم وزن‌گیری شکای است. در آزمایشات انجام شده Thyroid stimulating Ab. بالاتر از حد نرمال و TSH پایین گزارش شده است. او نگران رشد جنین خود می‌باشد. اولین اقدام مناسب کدام است؟ (بورد تخصصی ۱۳۹۹)
- الف) بررسی تیروئید جنین با سونوگرافی
ب) تزریق لووتیروکسین داخل مایع آمنیوتیک
ج) نمونه‌گیری خون بند ناف و اندازه‌گیری آنتی‌بادی جنینی
د) آمنیوسنتز و اندازه‌گیری آنتی‌بادی Thyroid stimulating

پاسخ: الف

در هیپرتیروئیدی روش ارزیابی عملکرد تیروئید جنین تا حدودی مورد اختلاف نظر است. اگرچه می‌توان با سونوگرافی حجم تیروئید جنین را در زنان مصرف‌کننده داروهای تیونامیدی و یا زنان دارای آنتی‌بادی‌های محرک تیروئید اندازه‌گیری کرد. نمونه‌گیری از خون بند ناف و بررسی آنتی‌بادی جنین فقط در صورتی توصیه می‌شود که مادر قبلاً تحت تخریب تیروئید با ید رادیواکتیو قرار گرفته باشد.

۴. در سونوگرافی جنین مادری که به دلیل بیماری گریوز تحت درمان با PTU می‌باشد. گواتر تشخیص داده شده و در





پاسخ: ج

استاتین‌ها با توجه به اثر محافظتی خود بر روی اندوتلیوم مورد بررسی قرار گرفته‌اند. در یک کارآزمایی کوچک بر روی ۲۱ خانم مبتلا به APS که دچار محدودیت رشد جنین یا پره اکلامپسی شده بودند افزودن پرواستاتین به دوز کم آسپرین و LMHW سبب افزایش جریان خون جفتی، بهبود ویژگی‌های پره اکلامپسی و بهبود پیامدهای حاملگی شده بود.

بیماری‌های نورولوژیک

فصل ۶۳

۱. خانمی مبتلا به مالتیپل اسکلروز می‌باشد و یک هفته قبل زایمان نموده است جهت پیشگیری از عود بیماری در ایشان تجویز کدام یک از موارد زیر مناسب است؟ (بورد ۱۴۰۰)

الف) پالس متیل پردنیزولون

ب) Fingolimod

ج) اینترفرون

د) IVIG

پاسخ: د

برای پیشگیری از عود مالتیپل اسکلروز در دوران پس از زایمان، درمان با ایمونوگلوبولین داخل وریدی (IVIG) با دوز ۰/۴ گرم بر کیلوگرم در روز به مدت ۵ روز در هفته‌های ۱، ۶ و ۱۲ صورت می‌گیرد.

۲. خانم ۲۶ ساله G2P1L1 باردار ۱۱ هفته با سابقه میگرن که طی بارداری نیز سردردهای وی با شدت قبلی ادامه دارد، با حمله حاد میگرن از صبح امروز مراجعه کرده است. درمان مناسب کدام است؟ (ارتقا ۱۴۰۰)

الف) IMITREX

ب) Mg sulfate

۲. در خانم حامله ۱۲ هفته G3 مبتلا به SLE با آنتی‌بادی SSA/Ro مثبت و سابقه بلوک قلبی جنین در بارداری قبلی درمان مناسب برای پیشگیری از تکرار عارضه فوق چیست؟ (بورد ۱۴۰۰)

الف) هیدروکسی کلروکین

ب) دگزامتازون

ج) تربوتالین

د) Flecainide

پاسخ: الف

تجویز کورتیکواستروئید به مادر، تعویض پلاسمای مادر یا تجویز ایمونوگلوبولین داخل وریدی به مادر، خطر بلوک مادرزادی قلب را کاهش نمی‌دهد. تجویز کورتیکواستروئید به مادر برای درمان بلوک مادرزادی قلب، مورد اختلاف نظر است و در حال حاضر توصیه نمی‌شود. درمان مادر با هیدروکسی کلروکین (Plaquenil) با کاهش میزان بروز بلوک قلب جنین همراه است. تحقیق در این زمینه ادامه دارد.

۳. خانم G3 Ab2 با سن بارداری ۳۰ هفته و تشخیص سندرم آنتی فسفولیپید اولیه (primary)، به دلیل وجود شواهد اختلال رشد داخل رحمی جنین (FGR) مراجعه کرده است. ایشان از ابتدای بارداری تحت درمان با ۸۰ mg آسپیرین و ۴۰ mg انوکسپارین بوده است. بر اساس مطالعه (Small trial) فعلی جهت بهبود outcome بارداری کدام یک از اقدامات زیر می‌تواند کمک کننده باشد؟ (بورد تخصصی ۱۳۹۹)

الف) قطع آسپیرین و ادامه انوکسپارین همراه با آزاتیوپرین
ب) قطع آسپیرین و شروع پردنیزون با حداقل دوز

ج) افزودن استاتین‌ها به داروهای قبلی

د) افزایش دوز انوکسپارین





۸۰ درصد زنان حامله مبتلا به میاستنی گراو دارای آنتی‌بادی‌های IgG علیه گیرنده استیل کولین هستند. این آنتی‌بادی‌ها و همچنین آنتی‌بادی‌های ضد Musk از طریق جفت انتقال پیدا می‌کنند و ممکن است سبب ابتلای جنین شوند. مشکلات بلع در نوزاد ممکن است سبب هیدرآمینوس شود. موارد شدید بیماری با شیوع مساوی در هر سه ماهه حاملگی رخ می‌دهد.

۴. درمان مناسب جهت پیشگیری از عود مولتیپل اسکلروزیس در پست پارتوم کدام است؟ (بورد ۹۶)

الف) Plasma Exchange

ب) Baclofen

ج) IVIG

د) Methyl Prednisolon

پاسخ: ج

بیماری‌های روانی

فصل ۶۴

۱. خانم بارداری به دلیل افسردگی شدید تحت درمان با فلوکسیتین قرار گرفته اما پس از مدتی علی‌رغم مصرف منظم دارو علائم بیمار عود کرده است. اولین اقدام مناسب بعدی کدام است؟ (بورد ۱۴۰۰)

الف) افزایش دوز فلوکسیتین

ب) درمان با شوک الکتریکی

ج) قطع فلوکسیتین و تجویز ایمی پرامین

د) جایگزینی با یکی دیگر از انواع SSRI

پاسخ: د

در درمان افسردگی در بارداری داروهای SSRI خط اول درمان می‌باشند. اگر پاسخ کمتر از حد بهینه باشد و یا عود رخ بدهد،

ج) Ergotamine

د) Midrin

پاسخ: د

داده‌های محدودی در مورد درمان‌های غیردارویی میگرن در دوران حاملگی مانند تکنیک‌های بیوفیدبک، طب سوزنی و تحریک مغناطیسی ترانس کرانیال وجود دارند. یکی از مداخلات دارویی مؤثر، تجویز داروهای ضدالتهاپی غیراستروئیدی (NSAID) است و اکثر سردردهای میگرنی به آنالژیک‌های ساده مانند ایبوپروفن، استامینوفن یا میدرین (به ویژه در صورت تجویز زودهنگام) پاسخ می‌دهند.

۳. در مورد خانم باردار مبتلا به میاستنی گراو کدام مورد صحیح است؟ (بورد تخصصی ۱۳۹۹)

الف) با توجه به درگیری عضلات صاف توصیه به ختم بارداری به روش سزارین می‌شود.

ب) در صورت ابتلا به PIH، سولفات منیزیم با کریز میاستنیک شدید همراه خواهد بود.

ج) جنین‌های تحت تأثیر آنتی‌بادی IgG مادری دچار اولیگوهایدرآمینوس خواهند شد.

د) تشدید میاستنی گراو در نیمی از موارد در ۳ ماهه اول بارداری دیده می‌شود.

پاسخ: ب

میاستنی گراو عضلات صاف را تحت تأثیر قرار نمی‌دهد اکثر زنان به لیبر طبیعی دست می‌یابند. اکسی توسین با اندیکاسیون‌های معمول تجویز می‌شود و زایمان سزارین صرفاً بر اساس اندیکاسیون‌های مامایی انجام می‌شود. سولفات منیزیم ممکن است کریز میاستنیک شدید را تسریع کند.

