



سرشناسه	جلیلی هاشمی، زینب، ۱۳۶۹-
عنوان و نام پدیدآور	آسکی در زنان و زایمان
مشخصات نشر	تهران: کاردیا، ۱۴۰۲.
مشخصات ظاهری	۴۰۴ ص: مصور (رنگی)، جدول (رنگی)، نمودار (رنگی).
شابک	978-622-8243-64-1
وضعیت فهرست نویسی	فیپا
یادداشت	سوالات کتاب حاضر برگرفته از منابع مختلف است.
موضوع	جراحی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها و Surgery -- Examinations, questions, etc
موضوع	پزشکی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها و Medicine -- Examinations, questions, etc
رده بندی کنگره	۲/۳۷RD
رده بندی دیویی	۰۰۷۶/۶۱۷
شماره کتابشناسی ملی	۸۳۰۲۵۱۲
اطلاعات رکورد کتابشناسی	فیپا

آسکی در زنان و زایمان	چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت یار
ترجمه و تلخیص: دکتر زینب جلیلی هاشمی	نوبت چاپ: اول ۱۴۰۲
صفحه آرا: منیرالسادات حسینی	تیراژ: ۳۰ نسخه
طراح و گرافیسیت: رزیدنت یار	شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۸۲۴۳-۶۴-۱
	بهاء: ۷۴۷۰۰۰ تومان

آدرس: تهران میدان انقلاب - کارگرجنوبی - خیابان روانمهر - بن بست دولتشاهی پلاک ۱ واحد ۱۸
شماره تماس: ۰۲۱-۶۶۴۱۹۵۲۰، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۰۸، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۱۶ / www.residenttyar.com

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

آسکی

در زنان و زایمان

ویژه آزمون بورد شفاهی رشته زنان و زایمان

ترجمه و تلخیص

دکتر زینب جلیلی هاشمی

جراح و متخصص زنان و زایمان

رتبه برتر بورد تخصصی ۱۴۰۲

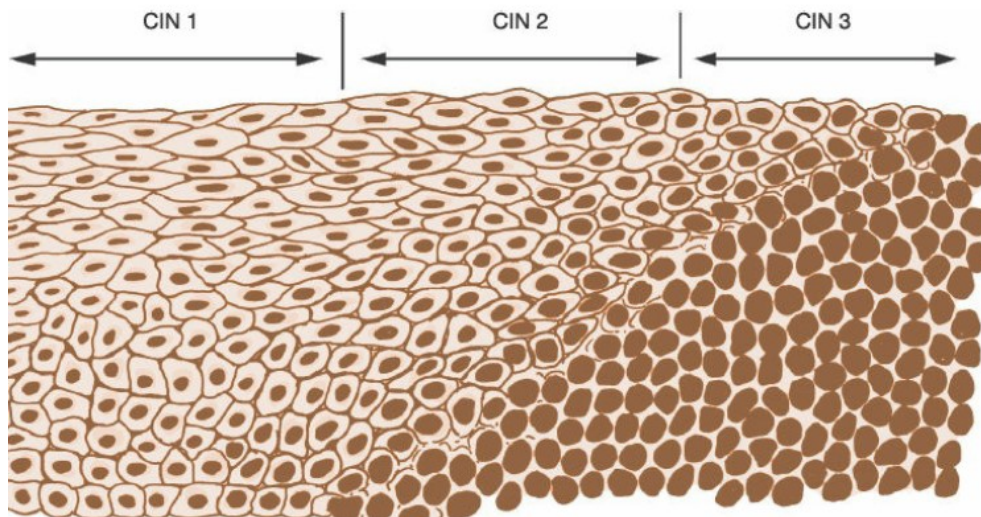


۱۱.....	فصل ۱- آنکولوژی
۱۱.....	ضایعات پیش بدخیم سرویکس
۳۰.....	سرطان سرویکس
۵۶.....	هیپرپلازی اندومتر
۷۰.....	کنسر اندومتر
۸۷.....	سرطان تخمدان
۱۲۷.....	مول
۱۴۵.....	فصل ۲ - پلوپیک
۱۴۵.....	بی اختیاری ادرار
۱۶۸.....	پرولاپس
۱۹۲.....	اپی زیوتومی
۲۰۱.....	فصل ۳ - نازایی
۲۰۱.....	بارداری خارج رحمی EP
۲۱۸.....	برخورد با زوج نازا
۲۴۴.....	OHSS
۲۵۰.....	سقط مکرر
۲۵۹.....	فصل ۴- بارداری
۲۵۹.....	مراقبتهای پره ناتال
۲۶۶.....	پره اکلامپسی
۲۷۹.....	خونریزی پست پارتوم
۳۰۷.....	تصویربرداری
۳۶۱.....	آزمونهای زنان و زایمان

ضایعات پیش بدخیم سرویکس

پاپ اسمیر و ضایعات پیش بدخیم سرویکس

یادآوری: منظور از ضایعات پیش بدخیم در سرویکس ایجاد تغییرات هیپرپلازی و تغییر شکل سلولی در سطح اپی تلیوم بدون درگیری استرومای سرویکس است. درگیری اپی تلیوم اگر در $1/3$ فوقانی باشد CIN1 و اگر در $1/3$ میانی و تحتانی باشد CIN2، 3. نامیده می‌شود. این ضایعات میتوانند به مرور به استرومای سرویکس تهاجم و منجر به سروطان سرویکس شوند





غربالگری سرطان سرویکس:

USPSTE 2017	ACOG 2009	ACS-ASCCP-ASCP 2012	
۲۱	۲۱	۲۱	سن شروع
هر ۳ سال	هر دو سال	سیتولوژی هر ۳ سال	۲۱-۲۹ سالگی
هر ۵ سال هر ۳ سال یا تست HPV هر ۵ سال	هر ۳ سال هر ۳ سال	CO-TEST هر ۵ سال سیتولوژی هر ۳ سال	۳۰-۶۵ سالگی
قطع اگر غربالگری قبلی کافی بوده و بیمار پرخطر نباشد	قطع پس از ۳ نتیجه منفی در ۱۰ سال اخیر	قطع اگر ۳ تست پاپ منفی یا ۲ تست HPV منفی در ۱۰ سال اخیر وجود داشته باشد و آخرین تست مربوط به ۵ سال اخیر باشد	بعد از ۶۵ سالگی

موارد خاص:

- ✓ غربالگری در زنانی که از نظر HIV مثبت هستند: ۲ بار در سال اول و سپس هر سال
- ✓ در بیماران سرکوب سیستم ایمنی / دختران مادران مواجه شده با DES / افراد با سابقه CIN2 یا بالاتر: هر سال تا ۲۰ سال
- ✓ قطع غربالگری در ۶۵-۷۰ سالگی با ارزیابی عوامل خطر به صورت سالانه

غربالگری بر اساس سیستم بتسدای انجام می‌شود و بر این اساس ضایعات به صورت زیر گزارش می‌شود:

(۱) سلول‌های سنگفرشی آتیپیک (ASC) که شامل

a. ASC-US با اهمیت ناشناخته

b. ASC-H

(۲) ضایعات درجه پایین داخل اپی تلیومی سنگفرشی LSIL. شامل

بی اختیاری ادرار

دستگاه ادراری

بیمار معمولاً خانم مسنی است که با شکایت بی اختیاری ادرار مراجعه میکند. در مرحله اول باید با شرح حال نوع بی اختیاری مشخص و ریسک فاکتورهای آن بررسی شود. گاهی با تغییر کوچک در برنامه زندگی مشکل بی اختیاری به طور کامل برطرف می‌شود.

طبقه‌بندی و تعاریف:

بی اختیاری: شکایت از هرگونه نشت غیرارادی بیمار
بی اختیاری ادراری استرسی (SUI): شکایت از نشت غیر ارادی در هنگام تلاش یا فعالیت، یا هنگام عطسه و سرفه

بی اختیاری ادراری فوریتی (UI): نشت غیرارادی ادرار همراه با احساس فوریت دفع ادرار
بی اختیاری مخلوط: دفع غیرارادی ادرار در ارتباط با احساس فوریت و نیز در هنگام تلاش یا فعالیت جریانی و یا در جریان عطسه و سرفه

بی اختیاری ادراری مداوم: شکایت از دفع مداوم غیرارادی ادرار
تکرر ادرار: تعداد دفعات دفع ادرار در یک روز، از هنگام بیدار شدن صبحگاهی تا هنگام خوابیدن شبانه‌گاهی

افزایش دفعات دفع ادرار در طول روز: دفعات دفع ادرار در خلال ساعات بیداری، بیشتر از آن است که زن قبلاً آن را طبیعی تصور میکرد (به طور مرسوم به صورت بیش از ۷ اپیژود تعریف می‌شود)
شب ادراری (NOCTURIA): برخاستن از بستر در هنگام شب، یک یا چند بار، برای دفع ادرار (قبل و بعد از دفع بیمار خواب بوده است)



بی اختیاری شبانه ادرار: دفع غیرارادی ادرار در هنگام خواب احساس فوریت: تمایل ناگهانی و شدید برای دفع ادرار که به تعویق انداختن آن دشوار است بی اختیاری وضعیتی ادرار: دفع غیرارادی ادرار، در ارتباط با تغییرات وضعیت بدن مانند بلند شدن از وضعیت نشسته یا خوابیده

بی اختیاری ادراری نامحسوس: نوعی بی اختیاری ادراری که در آن بیمار از چگونگی وقوع آن بی اطلاع است.

بی اختیاری مرتبط با نزدیکی جنسی: دفع غیرارادی ادرار در هنگام نزدیکی جنسی که بر دو نوع است: نوعی که در هنگام دخول یا وارد کردن اشیای دیگر در واژن رخ میدهد و نوعی که در هنگام ارگاسم اتفاق می‌افتد

سندرم مثانه بیش فعال (OAB): احساس فوریت دفع ادرار که معمولا در همراهی با تکرر ادرار و شب ادراری رخ میدهد (با یا بدون بی اختیاری ادراری فوریتی) و در آن عفونت مجاری ادراری یا سایر علل آشکار وجود ندارد.

در اخذ شرح حال اولیه باید به نوع بی اختیاری و شکایت بیمار توجه شد.

ریسک فاکتورهای بی اختیاری ادرار:

نژاد، سن، پاریته، چاقی، دیابت، سرفه مزمن، COPD، استعمال دخانیات، سابقه جراحی لگن، مصرف داروها و اختلال عملکردی و حرکتی

• داروهایی که ممکن است بر دستگاه ادراری تاثیر بگذارند:

- ۱) سداتیوها مثل بنزودیازپین ها: سبب کنفوزیون و بی اختیاری ثانویه می‌شوند
- ۲) الکل: مشابه بنزودیازپین‌ها و محدودیت تحرک و ایجاد دیورز
- ۳) آنتی کولینرژیک: منجر به اختلال در انقباض دترسور و دشواری در دفع ادرار و بی اختیاری سرریزی می‌شوند (آنتی هیستامین ها/ داروهای ضدافسردگی/ ضدسایکوز/ اوپیوم ها/ ضداسپاسم/ درمان پارکینسون)
- ۴) آگونیست‌های آلفا: مثل فنیل افرین/ افزایش مقاومت مسیر خروجی و دشواری در دفع ادرار
- ۵) آلفا بلاکرها: مثل پرازوسین یا ترازوسین/ کاهش فشار انسدادی پیشابراه و بی اختیاری استرسی

بارداری خارج رحمی EP

انسیدانس بارداری نابجا ۱/۵-۲ درصد از کل بارداری هاست و به صورت پیشرونده ای با سن به میزان ۳-۴ برابر در زنان ۳۵-۴۴ ساله نسبت به زنان ۱۵-۲۴ ساله بیشتر است.

ریسک فاکتورها:

تقریباً نیمی از موارد تشخیص داده شده هیچ عامل خطری ندارند

تاریخچه طبی	سابقه بارداری نابجا STI: گنوره، کلامیدیا توبرکلوز ژنیتال تاریخچه ناباروری
تکاملی	مواجهه با DES در رحم سالپنژیت ایسکمیک ندوزا
محیطی	کشیدن سیگار مصرف الکل بیشتر و مساوی ۱۰ گرم در روز مصرف زودرس هورمون های جلوگیری از بارداری (سن کمتر از ۱۶ سال)
تاریخچه جراحی	جراحی لوله (سالپنگوستومی، فیمبریوپلاستی، کانولاسیون مجدد لوله) بستن لوله چسبندگی بعد از عمل ناشی از جراحی لگنی
ایاتروژنیک	استفاده از وسایل کنتراسپتیو داخل رحمی



نکته: گرچه فرض بر این است که زنان فاقد رحم نمی توانند باردار شوند در یک مرور سیستماتیک ۵۷ مورد بارداری نابجای لوله ای را در زنان هیستریکتومی شده گزارش کرد. بنابراین در حضور علائم بالینی تیپیک حاملگی اکتوپیک تست بارداری در تمام زنان علی رغم هیستریکتومی منطقی است.

نکته: خطر بارداری نابجا در زنان نابارور دو برابر افزایش می یابد و در زنانی که ART می کنند تا دو برابر افزایش می یابد.

نکته: در زنانی که آنتی بادی ضد کلامیدیا دارند خطر بارداری اکتوپیک به دو برابر افزایش می یابد و اکثریت زنان مبتلا به بارداری اکتوپیک سطوح بالای این آنتی بادی را دارند.

پاتوژنز:

لوله فالوپ شایع ترین محل لانه گزینی حاملگی نابه جا است و بیش از ۹۸ درصد تمام بارداری اکتوپیک را شامل می شود. در کل ۷۰٪ در آمپول لوله، ۱۲٪ در ایسم، ۱۱٪ در فیمبریا، و ۲٪ در کورنه آ جایگزین می شوند. مکان های غیر معمول شامل تخمدان، سرویکس، اسکار سزارین و داخل شکم است.

تشخیص:

- در هر خانمی با ریتارد منس، درد شکم و لکه بینی باید به بارداری خارج رحمی شک کرد.
- اقدامات اولیه شامل: **B-Hcg** - به تنهایی کمک کننده نیست-
- تست HCG مثبت کاذب در طول زمان ثابت است و افزایش یا کاهش نمی یابد. وقتی تابلوی بالینی نامشخص و یا با نتیجه تست همخوانی ندارد hcg مثبت حقیقی به سه روش قابل اثبات است:
 - o به دست آوردن نتایج مشابه با استفاده از روشی متفاوت
 - o اندازه گیری hcg ادراری
 - o به دست آوردن نتایج مشابه با استفاده از تست های متوالی استاندارد hcg و سرم بیمار
 - در بیمار تحت نظر یا مشکوک باید دقت شود که غلظت hcg به صورت قابل پیش بینی و به صورت تصاعدی هر ۱/۴ - ۲/۱ روز دو برابر میشود و پیک آن ۵۰۰۰۰-۱۰۰۰۰۰ بین ۸-۱۰ هفته بارداری است.

مراقبت‌های پره ناتال

مشاوره قبل از حاملگی

شاخص‌های سلامت قبل از حاملگی معرف شرایطی است که قبل از بارداری قابل اصلاح یا کنترل است و به کاهش خطرات بارداری کمک میکند.

- (۱) دیابت
- (۲) حاملگی ناخواسته (جهت آموزش روش پیشگیری و بارداری به موقع و انجام مراقبت قبل از بارداری)
- (۳) هیپرتانسیون
- (۴) استعمال دخانیات
- (۵) افسردگی
- (۶) مصرف مولتی ویتامین
- (۷) وزن طبیعی
- (۸) فعالیت فیزیکی
- (۹) جلوگیری موثر حاملگی

جلسه مشاوره

مراجعه بیمار با تست حاملگی منفی زمان خوبی برای مشاوره پیش از بارداری است. توجه به نکات زیر مهم است:

- (۱) بررسی بیماری‌های مقتضی، جراحی‌های قبلی، اختلالات تولید مثلی یا مسائل ژنتیکی



- ۲) ارزیابی ابتدایی شرح حال طبی، زایمانی، اجتماعی و خانوادگی
 - ۳) مطرح کردن سوالات اختصاصی در مورد اجزای شرح حال و سلامت هریک از اجزای خانواده
 - ۴) پرکردن پرسشنامه برای موضوعات مهم
 - ۵) حضور همزمان زن و شوهر
- یکی دیگر از زمانهای مناسب مشاوره بارداری سه ماهه چهارم است (۱۲ هفته اول بعد از زایمان)
- ۱) آموزش روش پیشگیری مناسب
 - ۲) تنظیم حاملگی بعدی
 - ۳) برنامه ریزی سلامت طولانی مدت مادر

شرح حال طبی

توجه ضروری به برخی از اختلالات مهم که ممکن است بر پیامد حاملگی تاثیر نامطلوب بگذارند شامل:

- ۱) سرطان درمان شده یا فعال
- ۲) سابقه کاردیومیوپاتی پری پارتوم
- ۳) آنتی بادی آنتی فسفولیپید
- ۴) لوپوس اریتماتوی سیستمیک
- ۵) بیماری مادرزادی قلب
- ۶) سلامت روانشناختی

• دیابت شیرین:

- بررسی بالینی و آزمایشگاهی از نظر آسیب اعضای انتهایی
- قطع داروهای تراتوژن
- ترغیب زن به کاستن از HBA1C به کمتر از ۷
- کنترل مناسب قند خون

• صرع:

- کنترل درمان بیمار و کم کردن درمان چند دارویی در صورت امکان
- تلاش برای درمان تک دارویی و با خاصیت تراتوژنی کمتر
- قطع دارو در زنان با معیارهای زیر:



مدت آزمون: ۱۲

آزمون ۱ زنان و زایمان

خانم G1 که از سلامت کامل برخوردار است، به دنبال زایمان واژینال دچار خونریزی بیش از معمول می‌شود. علائم حیاتی نرمال و رحم منقبض است. لاسراسیون وسیع مخاط واژن تا سرویکس و پارگی ۳ cm سرویکس وجود دارد که مامای شیفت آن را ترمیم می‌کند. پس از آن خونریزی در حد پست پارتوم عادی است. HR مادر در یک ساعت اول بعد زایمان ۹۰-۱۰۰ و در ساعت دوم ۱۱۰-۱۲۰ و در ساعت سوم به ۱۴۵ در دقیقه و فشار خون به ۶۵/۴۵ رسیده و در دو ساعت اخیر اوت پوت ادرار ۲۰ ml می‌باشد.

در این مرحله از وضعیت بیمار، از بین گزینه‌های زیر اقدام صحیح را انتخاب کنید.

مرگ	عدم انتخاب	نمره انتخاب	بازخورد	گزینه
	۰/۰۰	۲/۰۰		تعبیه دو راه وریدی بزرگ
	۰/۰۰	-۳/۰۰		درخواست دو واحد خون با کراس مچ کامل
	۰/۰۰	۳/۰۰		شروع سرم کریستالوئید و Transfusion 4-4-4
	۰/۰۰	-۳/۰۰		درخواست سونوگرافی پورتابل
	۰/۰۰	-۳/۰۰		درخواست CT اسکن اورژانس شکم و لگن
	۰/۰۰	۴/۰۰		معاینه زیر بیهوشی محل ترمیم لاسراسیون



پزشک مسئول این اقدامات را انجام داده است. برای مادر سونوگرافی و سپس معاینه زیر بیهوشی انجام شده و رحم پست پارتوم با ۱۰۰ ml خون در کاویته اندومترال دیده شده ولی اثری از هماتوم گزارش نشده است. در معاینه زیر بیهوشی، در محل ترمیم لاسراسیون‌های واژن و سرویکس هماتومی وجود ندارد. مادر ۱/۵ لیتر سالیین نرمال گرفته و علائم حیاتی تغییر قابل ملاحظه‌ای نداشته و بیمار همچنان آنوریک است. برای ادامه مدیریت بیمار از بین گزینه‌های زیر اقدام صحیح را انتخاب کنید.

مرگ	عدم انتخاب	نمره انتخاب	بازخورد	گزینه
	۰/۰۰	-۴/۰۰		درخواست MRI
	۰/۰۰	۴/۰۰		لاپاراتومی اورژانسی
	۰/۰۰	-۳/۰۰		مشاوره با سرویس کاردیولوژی
	۰/۰۰	۳/۰۰		درخواست آزمایشات انعقادی

لاپاراتومی انجام شده و مشخص می‌شود هماتومی از حد فوقانی لاسراسیون واژن منشأ گرفته و به فضای رتروپریتون در کولدوساک خلفی و کف لگن و ناودان پاراکولیک تا زیر دیافراگم گسترش یافته است.

از بین گزینه‌های زیر اقدام صحیح را انتخاب کنید.

مرگ	عدم انتخاب	نمره انتخاب	بازخورد	گزینه
	۰/۰۰	۳/۰۰		اکسپوز لاسراسیون واژن و Vault
	۰/۰۰	-۴/۰۰		واژن و برقراری هموستاز
	۰/۰۰	۴/۰۰		هیستریکتومی توتال ابدومینال
	۰/۰۰	۴/۰۰		پک هماتوم وسیع رتروپریتون
	۰/۰۰	-۴/۰۰		باز کردن فضای رتروپریتون برای جستجو و بستن رگ خونریزی دهنده