



سرشناسه	حسینی، سحر، ۱۳۶۸ / حاج محمدحسینی، زهرا، ۱۳۷۲
عنوان و نام پدیدآور	Up To Date 2023
مشخصات نشر	تهران: کاردیا، ۱۴۰۳.
مشخصات ظاهری	۱۵۴ ص.: جدول (بخشی رنگی)، نمودار (رنگی).
شابک	978-622-8243-94-8
وضعیت فهرست نویسی	فیپا
موضوع	آبستنی و زایمان -- راهنمای آموزشی (Study and teaching) -- Obstetrics -- آبستنی و زایمان -- جراحی -- راهنمای آموزشی (Study and teaching) -- Obstetrics -- Surgery -- آبستنی و زایمان -- جراحی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها. (Examinations, questions, etc.) -- Obstetrics -- Surgery -- آبستنی و زایمان -- آزمون‌ها و تمرین‌ها. (Examinations, questions, etc.) -- Obstetrics -- زنان -- جراحی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها. (Examinations, questions, etc.) -- Women -- Surgery --
رده بندی کنگره	۵۲۴RG
رده بندی دیویی	۲/۶۱۸
شماره کتابشناسی ملی	۹۱۵۰۲۰۵
اطلاعات رکورد کتابشناسی	فیپا

Up To Date 2023	چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت یار
ترجمه و تلخیص: دکتر سحر حسینی - دکتر زهرا حاج محمد حسینی	نوبت چاپ: اول ۱۴۰۳
صفحه آرا: منیرالسادات حسینی	تیراژ: ۵۰ نسخه
طراح و گرافیکست: رزیدنت یار	شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۸۲۴۳-۹۴-۸
انتشارات: کاردیا	بهاء: ۴۴۰۰۰۰ تومان

آدرس: تهران میدان انقلاب - کارگر جنوبی - 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.

Up To Date 2023

آخرین رفرنس اعلامی رشته زنان و زایمان
از سوی سازمان سنجش آموزش پزشکی کشور ویژه آزمون‌های ۱۴۰۳ زنان و زایمان

ترجمه و تلخیص:

دکتر سحر حسینی

رتبه سوم بورد تخصصی ۱۴۰۲ زنان و زایمان
عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

دکتر زهرا حاج محمد حسینی

رتبه ۵٪ بورد تخصصی سال ۱۴۰۲ زنان و زایمان
عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اراک



فصل ۱ - Cervical cytology: evaluation of atypical and malignant glandular cells	۹
فصل ۲ - Cervical cancer screening: the cytology and HPV	۲۵
فصل ۳ - Sudden cardiac arrest in pregnancy	۴۵
فصل ۴ - Management of pregnancy in patient with advanced age	۷۵
فصل ۵ - Fecal and anal incontinence associated with pregnancy	۸۵
فصل ۶ - Decreased fetal movement	۱۱۵
فصل ۷ - Management of hematomas incurred as a result of obstetric delivery	۱۲۹
سؤالات و پاسخنامه	۱۴۵

فصل ۱

Up to date: section 1

Cervical cytology: evaluation of atypical and malignant glandular cells

مقدمه

سلول‌های غده‌ای آتیپیک (AGC) در سیتولوژی دهانه رحم معمولاً از اپیتلیوم غددی آندوسرویکس یا آندومتر منشأ می‌گیرند. این یافته نسبت به سلول‌های سنگفرشی غیر طبیعی کمتر شایع هستند. بیماران مبتلا به AGC نیاز به ارزیابی بیشتر برای بررسی شرایط پیش بدخیم دهانه رحم، رحم، و به ندرت تخمدان و لوله فالوپ دارند.

ارزیابی بیمارانی که سیتولوژی دهانه رحم سلول‌های غدد آتیپیک و بدخیم در این مبحث بررسی می‌شوند. استراتژی‌ها و تکنیک‌های غربالگری سرطان دهانه رحم، تفسیر نتایج سیتولوژی دهانه رحم، پیگیری سایر نتایج سیتولوژی غیر طبیعی، و مدیریت نئوپلازی دهانه رحم به طور جداگانه مورد بحث قرار می‌گیرند.

اصطلاحات

اصطلاحات برای گزارش سیتولوژی دهانه رحم توسط سیستم Bethesda در سال ۱۹۸۸ استانداردسازی شد. این سیستم چندین بار تجدید نظر شده است (جدول ۱)



Bethesda 2014 classification system for cervical cytology

Specimen type
Indicate conventional smear (Pap smear), liquid-based preparation (Pap test), versus other
Specimen adequacy
<ul style="list-style-type: none"> Satisfactory for evaluation (describe presence or absence of endocervical/transformation zone component and any other quality indicators, eg, partially obscuring blood, inflammation, etc) Unsatisfactory for evaluation (specify reason) <ul style="list-style-type: none"> Specimen rejected/not processed (specify reason) Specimen processed and examined, but unsatisfactory for evaluation of epithelial abnormality because of (specify reason)
General categorization (optional)
<ul style="list-style-type: none"> Negative for intraepithelial lesion or malignancy Other: see "Interpretation/results" (eg, endometrial cells in a woman older than 45 years) Epithelial cell abnormality: see "Interpretation/results" (specify "squamous" or "glandular," as appropriate)
Interpretation/results
Negative for intraepithelial lesion or malignancy
(When there is no cellular evidence of neoplasia, state this in the "General categorization" above and/or in the "Interpretation/results" section of the report—whether there are organisms or other non-neoplastic findings)
Non-neoplastic findings (optional to report)
<ul style="list-style-type: none"> Non-neoplastic cellular variations: <ul style="list-style-type: none"> Squamous metaplasia Keratin changes Tubal metaplasia Atrophy Pregnancy-associated changes Reactive cellular changes associated with: <ul style="list-style-type: none"> Inflammation (includes typical repair) <ul style="list-style-type: none"> Lymphocytic (follicular) cervicitis Radiation Intrauterine contraceptive device (IUD) Glandular cells status posthysterectomy
Organisms
<ul style="list-style-type: none"> Trichomonas vaginalis Fungal organisms morphologically consistent with <i>Candida</i> spp Shift in flora suggestive of bacterial vaginosis Bacteria morphologically consistent with <i>Actinomyces</i> spp Cellular changes consistent with herpes simplex virus Cellular changes consistent with cytomegalovirus
Other
<ul style="list-style-type: none"> Endometrial cells (in a woman older than 45 years) (also specify if "negative for squamous intraepithelial lesion")
Epithelial cell abnormalities
<ul style="list-style-type: none"> Squamous cell <ul style="list-style-type: none"> Atypical squamous cells <ul style="list-style-type: none"> Of undetermined significance (ASC-US) Cannot exclude HSIL (ASC-H) Low-grade squamous intraepithelial lesion (LSIL) (encompassing: HPV/mild dysplasia/CIN-1) High-grade squamous intraepithelial lesion (HSIL) (encompassing: moderate and severe dysplasia, CIN-2 and CIN-3) <ul style="list-style-type: none"> With features suspicious for invasion (<i>If invasion is suspected</i>) Squamous cell carcinoma Glandular cell <ul style="list-style-type: none"> Atypical <ul style="list-style-type: none"> Endocervical cells (NOS or specify in comments) Endometrial cells (NOS or specify in comments) Glandular cells (NOS or specify in comments) Atypical <ul style="list-style-type: none"> Endocervical cells, favor neoplastic Glandular cells, favor neoplastic Endocervical adenocarcinoma in situ Adenocarcinoma <ul style="list-style-type: none"> Endocervical Endometrial Extrauterine Not otherwise specified (NOS)
Other malignant neoplasms (specify)
Adjunctive testing
Provide a brief description of the test method(s) and report the result so that it is easily understood by the clinician
Computer-assisted interpretation of cervical cytology
If case examined by an automated device, specify the device and result
Educational notes and comments appended to cytology reports (optional)
Suggestions should be concise and consistent with clinical follow-up guidelines published by professional organizations (references to relevant publications may be included)

Pap: Papanicolaou; HPV: human papillomavirus; CIN: cervical intraepithelial neoplasia; CIS: carcinoma in situ.

From: Nayar R, Wilbur DC. The Pap Test and Bethesda 2014: "The reports of my demise have been greatly exaggerated." (after a quotation from Mark Twain). *J Low Genit Tract Dis* 2015; 19:175. DOI: 10.1097/LGT.0000000000000116. Copyright © 2015 American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, The International Society for the Study of Vulvovaginal Disease, and The International Federation of Cervical Pathology and Colposcopy. Reproduced with permission from Lippincott Williams & Wilkins. Unauthorized reproduction of this material is prohibited.

Graphic 102346 Version 4.0

جدول ۱

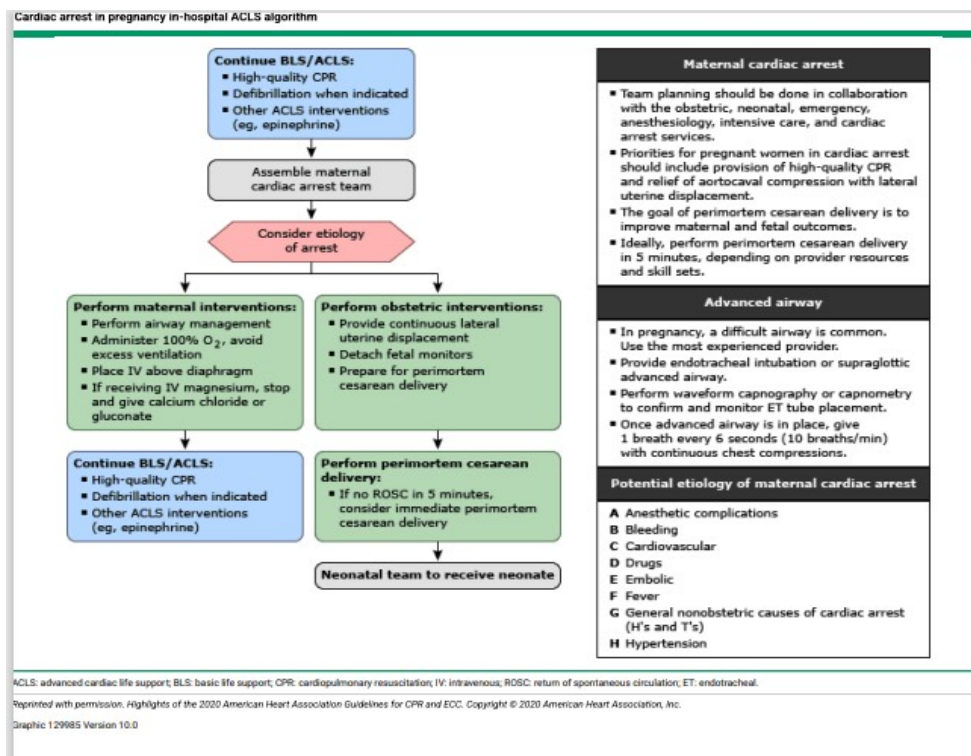
فصل ۳

Up to date: section 3

Sudden cardiac arrest in pregnancy

مقدمه

ایست قلبی ناگهانی (sudden cardiac arrest (SCA)) در بارداری دو بیمار را تحت تاثیر قرار می دهد: مادر و جنین. بسته به در دسترس بودن، مدیریت این بیماران نیازمند یک رویکرد چند رشته ای سریع از جمله بیهوشی، قلب و عروق، زنان و زایمان، نوزادان و گاهی اوقات جراح کاردیو و توراسیک است. الگوریتم های پایه و پیشرفته ساپورت قلبی باید پیاده سازی شوند. با این حال، تغییرات فیزیولوژیک و آناتومیک بارداری نیاز به برخی اصلاحات در این پروتکل ها دارد (الگوریتم ۱)



الگوریتم ۱



کارآزمایی‌های تصادفی شده از رویکردهای مدیریت بیماران باردار مبتلا به SCA وجود ندارد. بنابراین، توصیه‌ها برای این اصلاحات بر اساس نظرات متخصص و داده‌های حاصل از مجموعه‌های موردی کوچک و مطالعات کوهورت کوچک شامل بیماران مبتلا به SCA در طول زایمان سزارین است. این موضوع بر مدیریت SCA در دوران بارداری متمرکز خواهد بود.

اصطلاح

ایست قلبی ناگهانی (SCA) به "قطع ناگهانی فعالیت قلبی سازمان یافته به طوری که قربانی بدون تنفس طبیعی و بدون هیچ نشانه‌ای از گردش خون" اشاره دارد. اگر یک مداخله (به عنوان مثال، دفیبریلاسیون) یا برگشت خود به خودی؛ گردش خون را بازیابی کند، این رویداد به عنوان SCA نامیده می‌شود. در صورت مرگ بیمار، این رویداد مرگ ناگهانی قلبی نامیده می‌شود. اصطلاح SCA در این مبحث برای توصیف ایست قلبی کشنده و غیرکشنده استفاده خواهد شد.

SCA بیشتر بر اساس منشاء قلبی یا غیر قلبی تقسیم می‌شود. اگر علت غیر قلبی دیگری بعید باشد، منشاء قلبی فرض می‌شود. علل غیر قلبی شامل خونریزی، سپسیس، عوارض ناشی از بیهوشی و دارو، آمبولی شدید ریوی، کلاپس عروقی (مانند آنافیلاکسی، آمبولی مایع آمنیوتیک)، و تروما می‌باشد. مقالات مامایی به طور کلی علل قلبی و غیر قلبی را تحت عنوان "مرگ ناگهانی قلبی" ترکیب می‌کند که به احتمال زیاد منجر به تنوع قابل توجهی در موارد گزارش شده و در علل خاص برای مرگ ناگهانی می‌شود.

American College of Cardiology/American Heart Association در دستورالعمل 2017 AHA/ACC/HRS

خود برای مدیریت بیماران مبتلا به آریتمی‌های بطنی و پیشگیری از مرگ ناگهانی قلبی، تعریف اصلاح شده‌ای از ایست قلبی را ارائه کرد که به طور جداگانه مورد بررسی قرار می‌گیرد.

The European Society of Cardiology guidelines در عروق اروپا

برای مدیریت بیماران مبتلا به آریتمی بطنی و پیشگیری از مرگ ناگهانی قلبی تعاریفی را در سال ۲۰۱۵ منتشر کرد.

مقدمه

بی اختیاری مدفوع (FI) و بی اختیاری مقعدی (AI) همه گروه‌های سنی زن و مرد، از جمله افراد باردار و پس از زایمان را تحت تاثیر قرار می‌دهد و می‌تواند ناراحتی قابل توجهی ایجاد کند. علائم در دوران پس از زایمان بیشتر از دوران بارداری است. دو عامل بالقوه FI و AI آسیب به عضلات و اعصاب کف لگن است، به ویژه در کسانی که آسیب اسفنکتر مقعدی مامایی را تجربه می‌کنند و/یا تحت زایمان واژینال ابزاری قرار می‌گیرند.

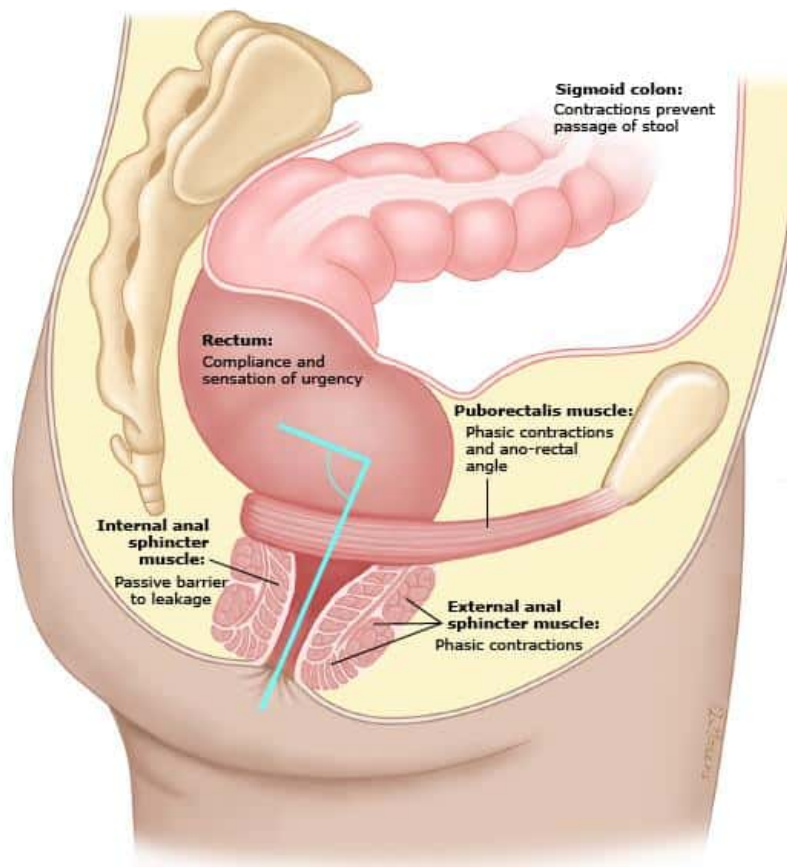
اصطلاحات

انجمن بین المللی تعاریف زیر را از بی اختیاری روده ارائه می‌دهد:

- بی اختیاری مدفوع (FI) به عنوان دفع غیر ارادی مدفوع (مایع یا جامد) تعریف می‌شود. FI همچنین به عنوان نشت تصادفی روده شناخته می‌شود.
- بی اختیاری مقعدی (AI) به عنوان دفع غیرارادی مدفوع و/یا گاز معده تعریف می‌شود.
- بی اختیاری گاز، به دفع غیرارادی گاز رکتوم (نفخ) اشاره دارد.

مکانیسم‌های کنترل و تاثیر عوامل مامایی

فیزیولوژی طبیعی و آسیب - مکانیسم‌های مربوط به خودداری و دفع مدفوع (شکل ۱)، و همچنین آسیب و اختلال عملکرد، پیچیده هستند و به طور مفصل در بحث‌های جداگانه ارائه شده اند.



شکل ۱

برای افرادی که در دوران بارداری FI یا AI را تجربه می‌کنند، عوامل موثر در بارداری به خوبی درک نشده‌اند. تغییرات فیزیولوژیک طبیعی در اواخر بارداری احتمالاً نقش دارد، افزایش زمان انتقال منجر به تغییر قوام مدفوع و رسیدن محتویات به رکتوم می‌شود. به طور مشابه، افزایش فشار داخل شکمی در سه ماهه سوم ممکن است به بی‌اختیاری در افرادی که از قبل اختلال عملکرد کف لگن یا اسفنکتر مقعدی دارند، منجر شود.

خود زایمان ممکن است از طریق دو مکانیسم اصلی منجر به بی‌اختیاری شود: آسیب عصبی و عضلانی. عبور سر جنین از لگن ممکن است باعث کشیدگی و تحت فشار قرار گرفتن عصب پودندال

مقدمه

رحم، واژن و ولو در خانم باردار دارای منابع عروقی غنی هستند که در طول فرآیند زایمان در معرض خطر تروما هستند و تروما ممکن است منجر به تشکیل هماتوم شود. هماتوم نفاس در زایمان‌ها به نسبت ۱:۳۰۰ تا ۱:۱۵۰۰ رخ می‌دهد و به ندرت، یک عارضه بالقوه تهدید کننده زندگی در زایمان است. اکثر هماتوم‌های نفاسی از پارگی‌های خونریزی دهنده مربوط به زایمان‌های ابزاری یا اپیزوتومی ایجاد می‌شوند. با این حال، یک هماتوم ممکن است در اثر آسیب به رگ خونی در غیاب پارگی/برش بافت اطراف ایجاد شود (به عنوان مثال، آنوریسم کاذب، فیستول شریانی وریدی تروماتیک).

زنانی که در معرض افزایش خطر ابتلا به هماتوم نفاسی هستند شامل نولی گراویدها، زایمان نوزاد با وزن بیش از ۴۰۰۰ گرم، پره اکلامپسی، طولانی شدن مرحله دوم زایمان، زایمان واژینال ابزاری، حاملگی چندقلویی، واریکوزیته ولو، یا اختلالات لخته شدن خون می‌باشند.

در این میحث، هنگام بحث در مورد نتایج مطالعه، از اصطلاحات "زن/ان" یا "بیمار(ها)" همانطور که در مطالعات ارائه شده استفاده می‌شود استفاده خواهیم کرد. ما خوانندگان را تشویق می‌کنیم تا نیازهای خاص مشاوره و درمان افراد تراجنسیتی و جنسیتی را در نظر بگیرند.

مکان‌های شایع

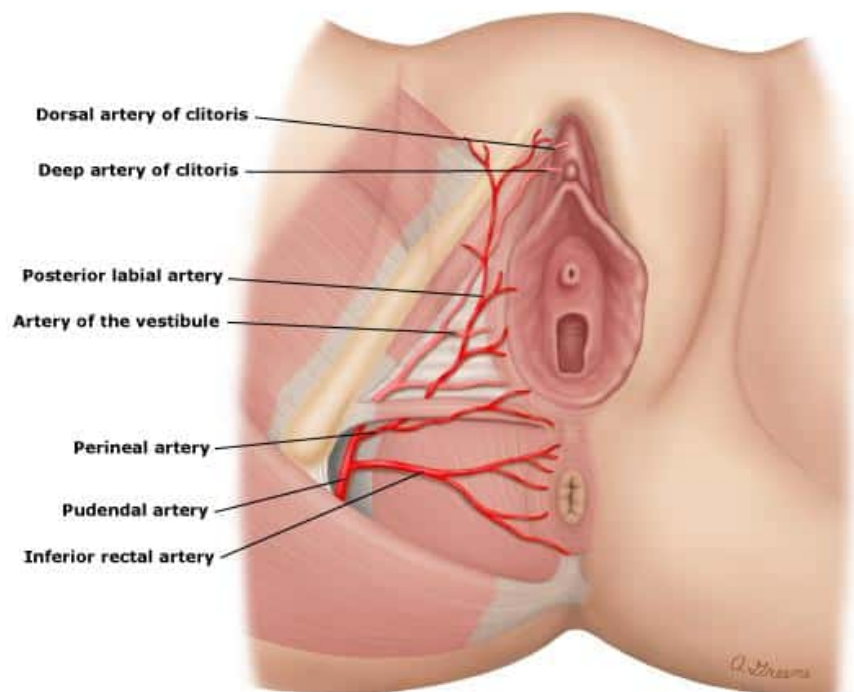
شایع‌ترین مکان‌های هماتوم نفاسی عبارتند از ولو، ناحیه واژن/پاراواژن و رتروپریتئوئن. هماتوم روده علی‌رغم نادر بودن، گزارش شده است.

ولو

بیشتر هماتوم‌های ولو ناشی از آسیب به شاخه‌های شریان پودندال (شریان‌های رکتوم تحتانی، پرینه آل، لبیال خلفی و مجرای ادرار، شریان وستیبولار، و شریان‌های عمقی و پشتی کلیتوریس) است که در



طی اپیزوتومی یا پارگی پرینه رخ می‌دهد. (شکل ۱). این عروق معمولاً در فاشیای سطحی مثلث قدامی (اوروژنیتال) یا خلفی لگن قرار دارند (شکل ۲). کمپارتمان سطحی مثلث قدامی با فضای ساب فاشیال قسمت تحتانی شکم، زیر لیگامان اینگوینال ارتباط دارد. گسترش خونریزی در مثلث قدامی توسط فاشیای Colles و دیافراگم اوروژنیتال در مثلث خلفی توسط فاشیای آنال محدود می‌شود. در نتیجه، خونریزی به سمت پوست هدایت می‌شود، جایی که بافت‌های شل زیر جلدی مقاومت کمی در برابر تشکیل هماتوم دارند. هماتوم‌های سطحی می‌توانند از حاشیه خلفی مثلث قدامی (در سطح عضله عرضی پرینه) به سمت قدامی بر روی مونس تا محل ادغام فاشیا در لیگامان اینگوینال گسترش یابند. نکروز ناشی از فشار و پارگی بافت اطراف هماتوم ممکن است منجر به خونریزی خارجی شود.



شکل ۱