

باغچه خندان

طبابت همراه است،
هنرهای مکی قلب و اندیشه



سرشناسه عنوان و نام پدیدآور	باقیانی مقدم، ملک‌نار، ۱۳۶۶ - مشکلات طبی و جراحی در زنان و زایمان: خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بوردا با پاسخ تشریحی ویژه آزمون ارتقاء و بوردا تخصصی ۱۴۰۵ Williams Obstetrics Cunningham 2022/ ترجمه و تلخیص ملک‌نار باقیانی مقدم؛ پاسخدهی به سوالات ۱۴۰۴؛ زهرا حاج محمد حسینی
مشخصات نشر مشخصات ظاهری	تهران: کاردیا، ۱۴۰۵. ۳۶۶ص: مصور، جدول؛
شابک	شابک: ۹-۴۱۲-۴۰۴-۹۷۸-۶۲۲-۱۳ ج ۱۳
مدیر تولید و برنامه‌ریزی وضعیت فهرست نویسی	الهه شهدادی فیبا
یادداشت	کتاب حاضر برگرفته از کتاب " Williams obstetrics, 26th. ed, 2022 به ویراستاری اف.گری کانینگهام... [و دیگران] است. پاسخدهی به سوالات: سحر حسینی، زهرا حاج محمد حسینی.
عنوان دیگر	آبستنی و زایمان.
موضوع	بارداری -- عوارض و عواقب -- Pregnancy -- Complications زنان -- جراحی -- Women -- Surgery پزشکی زنان -- Gynecology بارداری -- عوارض و عواقب -- آزمون‌ها و تمرین‌ها -- Pregnancy -- Complications -- Examinations, questions, etc. زنان -- جراحی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها -- Women -- Surgery -- Examinations, questions, etc. پزشکی زنان -- آزمون‌ها و تمرین‌ها -- Gynecology -- Examinations, questions, etc.
شناسه افزوده	کانینگهام، اف. گری Cunningham, F. Gary
شناسه افزوده	باقیانی مقدم، ملک‌نار، ۱۳۶۶ -
شناسه افزوده	ویلیامز، جان ویت ریچ، ۱۸۶۶ - ۱۹۳۱ م . آبستنی و زایمان RG۵۷۱
رده بندی کنگره	۳/۶۱۸
رده بندی دویی	۱۰۰۰۸۰۱۰
شماره کتابشناسی ملی	فیبا
اطلاعات رکورد کتابشناسی	

مشکلات طبی و جراحی در زنان و زایمان - خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون
ارتقاء و بوردا زنان و زایمان با پاسخ تشریحی تا سال ۱۴۰۴
ترجمه و تلخیص: دکتر ملک ناز باقیانی مقدم،
پاسخدهی به سوالات ۱۴۰۴: دکتر سحر حسینی، دکتر زهرا حاج محمد حسینی
ناشر: انتشارات کاردیا
صفحه آرا: رزیدنت یار - مهشید چگینی
طراح و گرافیسیت: رزیدنت یار - مهرداد فیضی

چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت یار
نوبت چاپ: اول ۱۴۰۵
تیراژ: ۱۰۰ نسخه
شابک: ۹-۴۱۲-۴۰۴-۹۷۸-۶۲۲-۱۳

بهاء: تومان

آدرس: تهران میدان انقلاب - کارگرجنوبی - خیابان روانمهر - بن بست دولتشاهی پلاک ۱ واحد ۱۸
شماره تماس: ۰۲۱-۶۶۴۱۹۵۲۰ - ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۰۸ - ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۱۶ - ۰۲۱-۹۱۰۹۵۹۶۷

www.residenttyar.com

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

مشکلات طبی و جراحی در زنان و زایمان

مجموعه
PRO LEVELS
OB/GYN 2026

خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورد با پاسخ تشریحی

ویژه آزمون ارتقاء و بورد تخصصی ۱۴۰۵

Williams Obstetrics Cunningham 2022

ترجمه و تلخیص

دکتر ملک ناز باقیانی مقدم
جراح و متخصص زنان و زایمان
دارای بورد تخصصی

پاسخدهی به سوالات ۱۴۰۴

دکتر سحر حسینی
رتبه ۳ بورد تخصصی ۱۴۰۲
عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران
دکتر زهرا حاج محمد حسینی
رتبه برتر بورد تخصصی ۱۴۰۲
عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی اراک





سپاس و ستایش شایستهٔ پروردگاری که کرامتش ناممدود و رحمتش بی‌پایان است. اوست که بشر را دانش بیاموخت و با قلم آشنا کرد. به انسان فرصت آن داد که علم را به خدمت گیرد و با قلم خود و رسم فطوط گویا آن را به دیگران نیز بیاموزد.

فدایا از شاگردان درگاهت و مقیقت‌جویان راهت قرارم ده و یاری‌ام کن تا در آموختن نلغزم و آنچه را آموختم، به شایستگی عرضه کنم.

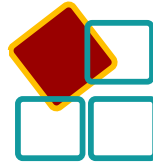
رزیدنت‌یار، حامی و پیشرو در نظام کمک آموزشی پزشکی کشور به سبک نوین و مطابق با آخرین پیشرفت‌های آموزشی در میانه پزشکی با کادری مجرب و آشنا طی ۱۸ سال گذشته از منظر متفحصین همواره بهترین محصولات را ارائه و در دسترس مخاطبین خود قرار داده است.

اثر پیش رو با توجه به ممتوی بسیار غنی در مبحث زنان و زایمان گردآوری شده و با استفاده از مفهومی نمودن مباحث و روان‌سازی توسط مؤلف ممترم از منابع و رفرنس بوده و در روال گذر از گروه کنترل کیفیت رزیدنت‌یار با جمعی از اساتید رتبه A را به خود اختصاص داده است، امید است با مطالعه تمام مباحث پیش رو با یاری خداوند متعال پیروز و پایدار باشید.

مدیرمسئول انتشارات

مرجان پورندیم

فهرست مطالب



فصل ۵۹- هماتولوژیک.....	۹
سؤالات و پاسخنامه فصل ۵۹.....	۳۳
فصل ۶۰- دیابت شیرین.....	۴۵
سؤالات و پاسخنامه فصل ۶۰.....	۵۹
فصل ۶۱- اختلال آندوکراین.....	۷۱
سؤالات و پاسخنامه فصل ۶۱.....	۸۳
فصل ۶۲- اختلالات بافت همبند.....	۹۳
سؤالات و پاسخنامه فصل ۶۲.....	۱۰۵
فصل ۶۳- بیماریهای نورولوژیک.....	۱۱۷
سؤالات و پاسخنامه فصل ۶۳.....	۱۲۷
فصل ۶۴- بیماریهای روانی.....	۱۳۷
سؤالات و پاسخنامه فصل ۶۴.....	۱۴۳
فصل ۶۵- درماتوزهای اختصاصی حاملگی.....	۱۵۳
سؤالات و پاسخنامه فصل ۶۵.....	۱۵۷
فصل ۶۶- بیماریهای نئوپلاستیک.....	۱۶۹
سؤالات و پاسخنامه فصل ۶۶.....	۱۸۵
فصل ۶۷- بیماریهای عفونی.....	۱۹۷
سؤالات و پاسخنامه فصل ۶۷.....	۲۱۹
فصل ۶۸- بیماریهای آمیزشی.....	۲۲۹
سؤالات و پاسخنامه فصل ۶۸.....	۲۴۳
سؤالات و پاسخنامه سالهای قبل.....	۲۵۳

هماتولوژیک

کم خونی در حاملگی (Hb) $\left\{ \begin{array}{l} \text{سه ماهه اول و سوم } < 11 \text{ gr/dL} \\ \text{سه ماهه دوم } < 11/5 \text{ gr/dL} \end{array} \right.$

عوامل مؤثر در آنمی بارداری: جغرافیای محل زندگی، فرهنگ، سطح اجتماعی-اقتصادی، وضعیت تغذیه، وضعیت آهن قبل از حاملگی و مصرف مکمل آهن در طی دوره پره ناتال. پیامد نامطلوب کم خونی:

در کم خونی خفیف: افزایش ریسک نیاز به انتقال خون

در کم خونی متوسط: کاهش رشد جنین، کاهش آپگار دقیقه ۵، افزایش مورتالیتی پریناتال
نکته: اصلاح آنمی، نیاز به انتقال خون را در زمان زایمان کاهش می‌دهد.

- یک یافته متناقض: در زنان سالم با غلظت هموگلوبین بالاتر، ریسک عوارض پریناتال بیشتر می‌باشد. تفسیر این یافته می‌تواند چنین باشد که در این زنان، افزایش حجم پلاسما کمتر از میانگین بوده است. چنین یافته‌هایی می‌تواند افراد را به تفسیر اشتباهی بیندازد که عدم تجویز آهن و آنمی مادر می‌تواند نتیجه بارداری را بهبود ببخشد.

کم خونی فقر آهن:

در حاملگی تک قلوبی نیاز به آهن به طور متوسط 1000 mg می‌باشد و این میزان در حاملگی‌های چندقلویی بیشتر خواهد بود. نیاز به آهن در سه ماهه سوم افزایش می‌یابد.

نکته: نوزادی که از مادر مبتلا به آنمی متولد می‌شود، دچار کم خونی فقر آهن نمی‌شود.

ذخایر آهن نوزاد به وضعیت مادر از نظر آهن و زمان کلامپ بند ناف مرتبط است.

Dx: بررسی اولیه: Hb / HCT / شاخص‌های گلبول قرمز / Serum iron / Ferritin / PBS / و بر اساس اندیکاسیون، بررسی مواردی چون سلول داسی.

Ferritin و Hepcidin به طور NL در بارداری کاهش می‌یابد ولی در صورت:

- $10-15 \text{ Ferritin} <$ = تأیید فقر آهن



درمان در بیمار

کم خون ←

روزانه 200 mg

آهن المنتال به

صورت املاح

سولفات، فومارات،

گلوکونات

درمان جایگزین

اول: افزایش رتیکولوسیت

Hb و HCT آهسته‌تر از زنان غیرباردار (به علت

↑ حجم خون)

پاسخ هماتولوژیک بعد از شروع

درمان:

به صورت روتین در همه زنان باردار روزانه 30-60 m آهن المنتال

+ 400 μg اسید فولیک تجویز می‌شود

درمان در بیمار سالم:

در بیماری که تحمل آهن خوراکی را ندارد: آهن پارنترال که به صورت ترکیب سوکروز فروس بی‌خطرتر از آهن دکستران می‌باشد

میزان افزایش ferritin و Hb در دو نوع خوراکی و parental یکسان است.

آنمی ناشی از خونریزی:

خونریزی شدید: نیاز به درمان فوری دارد.

کم خونی متوسط: (تعریف: Hb=7)، در صورت همودینامیک پایدار، در شوک septic نباشد و بیمار قادر به راه رفتن باشد،

نیاز به تزریق خون نبوده و درمان با آهن به مدت 3 mo صورت می‌گیرد.

کم خونی مرتبط با بیماری مزمن:

شایع‌ترین علت در حاملگی: نارسایی مزمن کلیه

علائم: اریتروسیت‌های اندکی هایپوکروم و میکروسیت

* در CRF خفیف ← افزایش توده RBC با شدت اختلال عملکرد کلیه نسبت عکس دارد [کم خونی ناشی از بیماری مزمن +

↑ حجم طبیعی خون در حاملگی = تشدید کم خونی]

درمان:

۱- اطمینان از کافی بودن ذخایر آهن

۲- اریتروپوئین نوترکیب ± آهن تزریقی ← ^{اندیکاسیون} هنگامی که هماتوکریت به ۲۰٪ رسیده باشد.

عوارض اریتروپوئین:

۱- HTN

۲- آپلازی RBC



۳- Ab ضد اریتروپوئین

کمبود اسید فولیک ← شایع تر
 کمبود B₁₂ ← نادر
 } کم خونی مگالوبلاستیک

کمبود اسید فولیک ← در چه کسانی؟ عدم مصرف سبزی برگ‌دار، حبوبات، pfo حیوانی، بیماری‌هایی که عامل جذب نامناسب می‌باشند مانند اسپور گرمسیری، رزکشن وسیع ژوژنوم، گاسترکتومی، کرون، آنمی همولیتیک، سرطان‌ها و برخی داروهای ضد فولیات.

با تشدید کم خونی، اشتها کاهش یافته، و بیمار در سیکل معیوب کاهش عناصر ضروری بدن گرفتار میشود

تشخیص:

اولین نشانه: کاهش اسید فولیک پلاسما

تغییرات مورفولوژیک: هایپرسگمانتاسیون نوتروفیل و ماکروسیتیک بودن اریتروسیت و در نهایت ترومبوسایتوپنی و لکوپنی

نکته: در صورت کم خونی فقر آهن همزمان، MCV به تنهایی در کشف کم خونی مگالوبلاستیک ارزش ندارد.

نکته: حتی در صورت کم خونی مادر، جنین کم خون نمی‌شود.

دوز مورد نیاز اسید فولیک:

– زنان غیرحامله: 100-50 µg/day

– در زنان حامله: روزانه 400 µg

درمان در کمبود اسید فولیک ← اسید فولیک 5-15 mg/day + آهن + رژیم غذایی مغذی

علائم بهبود آزمایشگاهی با گذشت ۴-۷ روز از درمان مشاهده می‌شود.

کمبود Vit B₁₂:

در حاملگی ← ↓ ترانس کوبالامین ← کاهش میزان Vit B₁₂

کمبود Vit B₁₂ در بارداری نادر است و از موارد مستعد کننده در افراد حامله گاسترکتومی توتال می‌باشد.

مقادیر مورد نیاز:

در گاسترکتومی total ← Vit B₁₂ 1000 µg ماهانه به صورت IM

گاسترکتومی partial ← بدون نیاز به مکمل

سنجش سطح Vit B₁₂ جهت اطمینان از کافی بودن



سایر علل کمبود Vit B₁₂: کرون، رشد بیش از حد باکتری روده کوچک، رزکسیون ایلئوم، برخی داروها، و آنمی پرنیشیوز آدیسونی که نوعی بیماری خود ایمنی با بروز بعد از ۴۰ سالگی است و به همین علت معمولاً در افراد باردار دیده نمیشود.

کم خونی همولیتیک:

تخریب گلبول قرمز معمولاً در اثر اختلال مادرزادی RBC یا وجود AB علیه غشای RBC

همولیز اتوایمیون:

* نکته: کومبس مستقیم و غیرمستقیم هر دو مثبت است.

علت:

۱- اتوانتی بادی سرد

۲- اتوانتی بادی گرم

۳- هر دو

انواع:

۴- اولیه: ایدیوپاتیک

۵- ثانویه (لنفوم / لوسمی / بیماری بافت همبند / عفونت / بیماری مزمن التهابی / داروها)

- دو اتیولوژی عفونی آگلوتینین سرد: مایکوپلاسما پنومونیه، مونونوکلئوز عفونی ناشی از EBV

- سندرم Evans: همولیز اتوایمیون + ترومبوسایتوپنی

- در دوران حاملگی سرعت همولیز می تواند افزایش یابد.

- خط اول درمان: Prednisolone + Rituximab

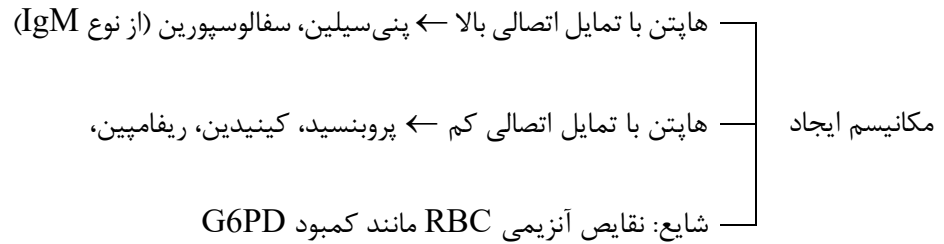
در صورت نیاز به ترانسفیوژن RBC ← در موارد آگلوتیناسیون سرد، گرم کردن RBC ها تا دمای بدن از تخریب جلوگیری می کند.

در موارد نادری ممکن است جنین نیز متاثر شود.

همولیز ناشی از دارو:

اغلب مزمن، ضعیف تا متوسط است.

نوع شدید و حاد: در تجویز سفوتتان و متیل دوپا دیده شده است.

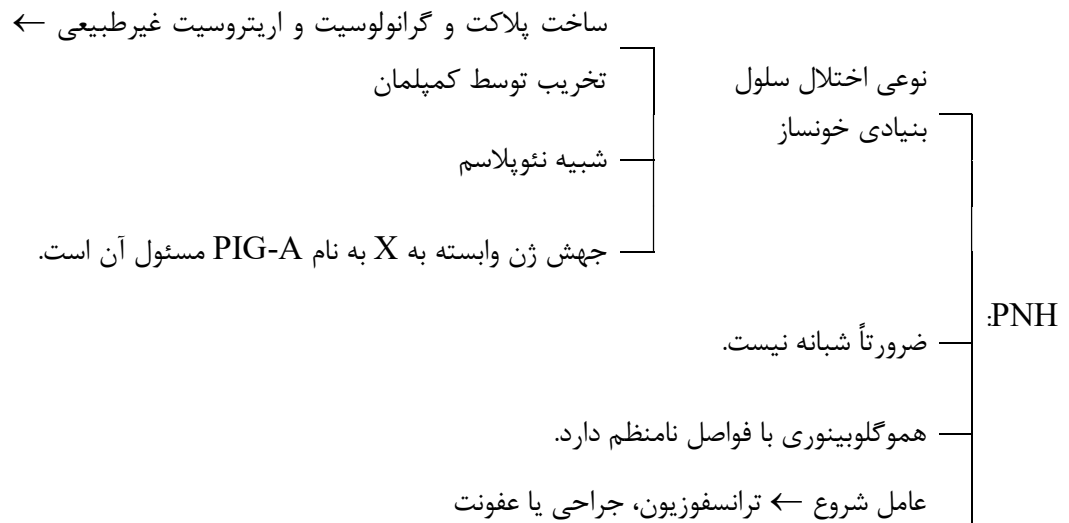


درمان: قطع داروی مسئول

Pregnancy associated hemolysis :

- اغلب شدید که در اوایل بارداری بروز می‌کند.
 - ممکن است در جنین و نوزاد هم دیده شود ← به همین علت احتمالاً عوامل ایمنولوژیک اتیولوژی اصلی است.
 - خودبه‌خود بعد از زایمان فروکش می‌کند.
 - مواردی از بروز مجدد در بارداری‌های بعد دیده شده است.
 - درمان: درمان مادر با کورتیکواستروئید گاهی موثر است
 - در بعضی از بیماران همولیز ناشی از تغییراتی است که مختص بارداری است.
- همولیز خفیف + ترومبوسایتوپنی
مثال: پره اکلامپسی / اکلامپسی / HELLP / کبد چرب بارداری

PNH :





ترومبوز (در حاملگی که به طور طبیعی هم افزایش انعقادپذیری وجود دارد، تشدید می‌یابد).
 ۴۰ درصد ترومبوز وریدی دیده می‌شود ← باعث ایجاد نارسایی کلیه، هایپرتنشن، سندرم بودکیاری

* جدی‌ترین عارضه بیماری

مهم: تجویز پروفیلاکتیک داروی ضدانعقاد توصیه می‌شود.

درمان: اکولیزوماب (Ab با خاصیت مهارگر کمپلمان)

درمان قطعی: پیوند مغز استخوان

عوارض اکثراً بعد از زایمان رخ می‌دهد.
 در بارداری — ترومبوز وریدی در نیمی از زنان دیده شده است.
 عارضه مرده‌زایی چهار برابر بوده ولی مرگ مادر گزارش نشده است.

توکسین‌های باکتری:

- شدیدترین کم خونی همولیتیک اکتسابی در بارداری ← در اثر کلسترییدیوم پرفرنژنس، استرپتوکوک بتاهمولیتیک

همولیز و کم خونی ضعیف تا متوسط
 یکی از مکانیسم‌های کم خونی در پیلونفریت حاد
 در صورت NL بودن تولید اریتروپوئتین، توده RBC به دنبال بهبود عفونت، نرمال می‌شود

- اندوتوکسین باکتری‌های گرم منفی

↓ قابلیت انعطاف RBC و افزایش ریسک همولیز
 مثال: استروسیتوز ارثی - پیروپویی کیلوسیتوز و اوالوسیتوز

اختلالات ارثی غشای RBC



استروسیتوز ارثی:

- شایع ترین جهش: کمبود اتوزوم غالب اسپکتترین

وجود اسفروسیت ها در PBS و افزایش شکنندگی اسموتیک
تشخیص:
در بالین: درجاتی از زردی و کم خونی وجود دارد.

تشدید کم خونی | تسریع همولیز
سرکوب اریتروپویز
مثال: پاروویروس B19
نکته: عفونت می تواند باعث

درمان Crisis: splenectomy

تجویز 4 mg فولیک اسید روزانه
حاملگی
تشخیص پره ناتال: بررسی جنین در ۱۸ هفته با کوردوسنتز و انجام تست شکنندگی اسموتیک

کمبود آنزیمی RBC:

درجاتی از کم خونی و عوارض هایپر تنسیو دارند.
- کمبود پیرووات کیناز
به علت انتقال خون مکرر در افراد هموزیگوت ← ↑ بار آهن ← الزام بررسی عملکرد میوکارد
جنین هموزیگوت ← کم خونی و نارسایی قلب ← هیدروپس

عوامل عفونی و دارویی، محرک همولیز (هم در هموزیگوت و هم هتروزیگوت) هستند.
غربالگری نوزادان از نظر G6PD توصیه نمی شوند.
G6PD



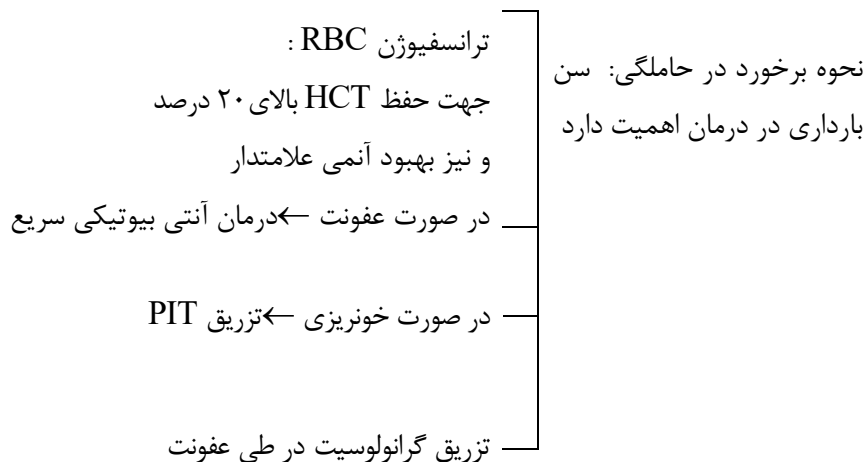
این بیماران باید در مورد عوارض نامطلوب احتمالی بارداری مشاوره شوند. عوامل تشدید کننده همولیز مانند پیلونفریت و پنومونی آموزش داده شود. لیست داروهای تشدید کننده همولیز در اختیار بیمار قرار داده شود. برای مثال ماکرودانتین که درمان پیلونفریت می‌باشد باعث تشدید همولیز می‌شود. به علت احتمال درگیری جنین، بایستی مادر و پارتنر او در زمینه ریسک انتقال به جنین مورد بررسی قرار گیرند.

نکته:

آنمی هایپوپلاستیک و آپلاستیک

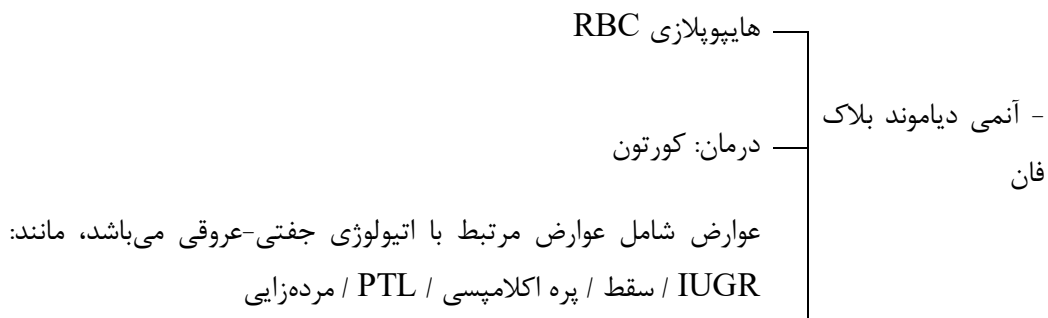
خطر عمده: خونریزی و عفونت ← نظارت دقیق

عوارض مرتبط با بارداری: pti، پره اکلامپسی، IUGR، مرگ داخل رحمی



نکته: با ختم حاملگی ← بهبود یا remission

نکته: احتمال عود در بارداری بعدی وجود دارد.





بیماری گوشه

آنمی + ترومبوسایتوپنی

در بارداری تشدید می‌شود.

درمان: در صورت اندیکاسیون آنزیم آگلسراز

پیوند مغز استخوان و بارداری

ناباروری را افزایش داده ولی بارداری موفقیت‌آمیز است.

عوارض: HTN و PTL

نتایج آزمایش CELL FREE DNA مربوط به اهداکننده می‌باشد.

Polycythemia

ثانویه: ناشی از هایپوکسی

مزمن

عامل: بیماری قلبی، ریوی، سیگار
در موارد شدید احتمال بارداری موفق را کم می‌کند.

اولیه: Vera polycitemia

عوارض:

(۱) افزایش احتمال عوارض ترومبوتیک

(۲) افزایش احتمال مرگ جنین

درمان:

(۱) تجویز A.S.A (در همه بیماران

بدون توجه به سابقه ترومبوز)

(۲) تجویز LMWH در صورت سابقه

ترومبوز وریدی

(۳) تجویز α interferon: در صورت

نیاز به کاستن بار سلولی



نکته: در بارداری نوع ثانویه شایع تر می‌باشد.

هموگلوبینوپاتی‌ها:

اختلالات هموگلوبین داسی شکل:

انواع: کم خونی داسی شکل (SS) / بیماری داسی - Hbc (SC) / بیماری داسی - تالاسمی β (SB^0-SB^+) / بیماری داسی (SE) E

پاتوفیزیولوژی ← Deoxidation ← داسی شدن ← آسیب غشای RBC

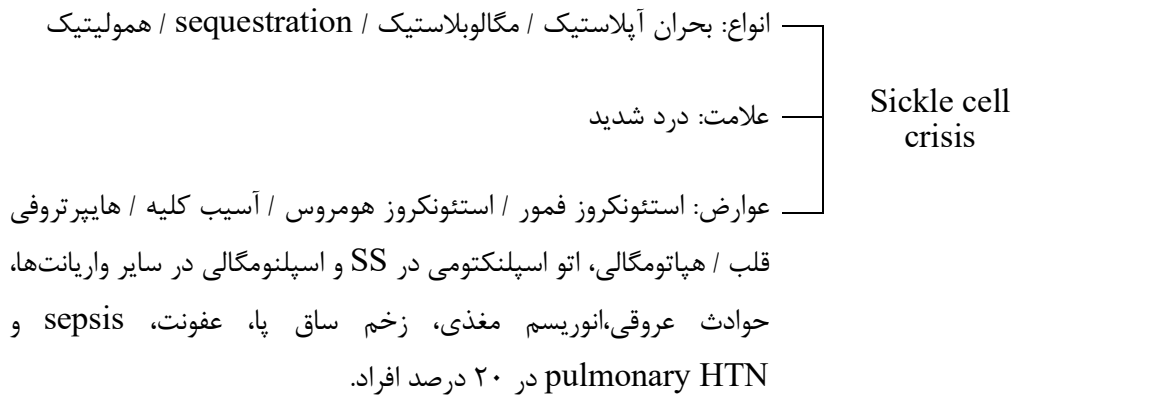


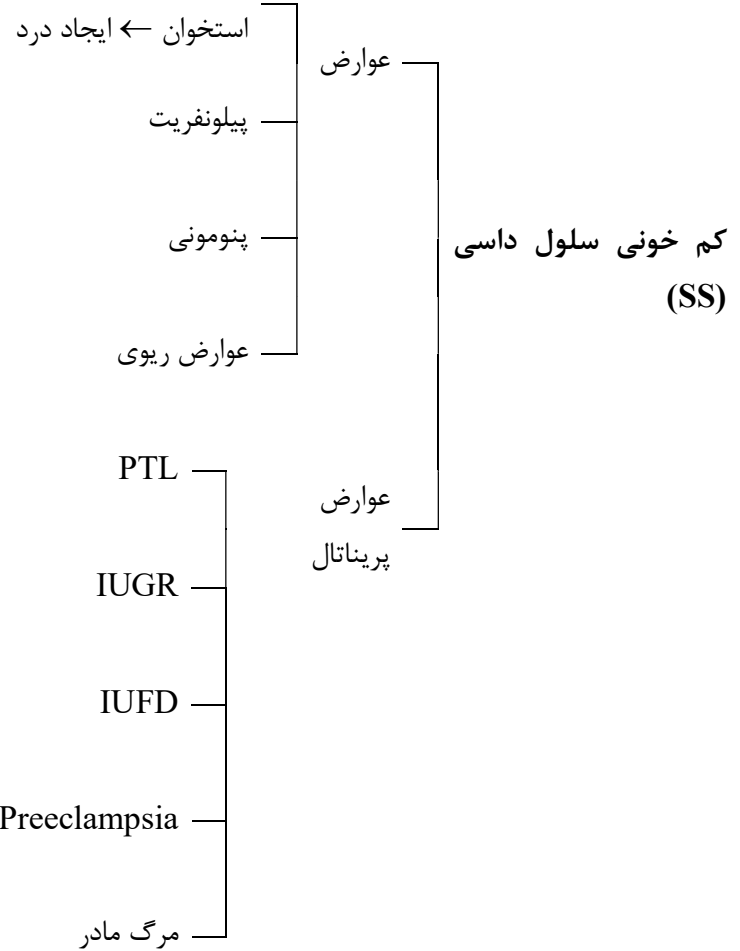


TABLE 59-3. Pregnancy Morbidity with Hemoglobin SS and SC Disease

Outcome	Odds Ratios	
	Hb SS	Hb SC
Preeclampsia	2–3.1	2.0
Stillbirth	6.5	3.2
Preterm delivery	2–2.7	1.5
Growth restriction	2.8–3.9	1.5
Maternal mortality	11–23	11

From Boافر, 2016; Oteng-Ntim, 2015.

در بیماران سیکل سل، میزان مرگ و میر مادر کمتر شده ولی مرگ و میر پریناتال هنوز بالا می‌باشد. نکرور ایسکمیک در ارگان های مختلف به ویژه در مغز





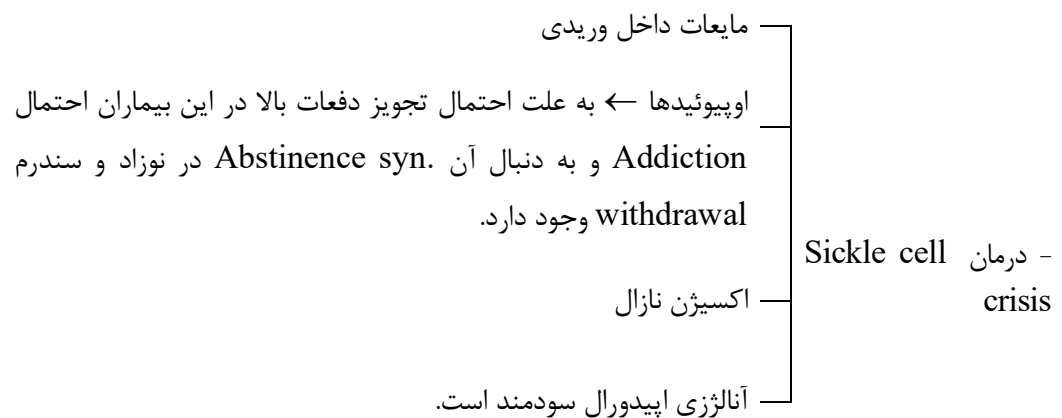
بیماری سلول داسی SC ← در حالت غیرباردار عوارض کمتری نسبت به SS دارند ولی در فرد باردار عوارضی چون حملات درد شدید استخوان، انفاکتوس و آمبولیزاسیون ریه افزایش می‌یابد.

عوارض مهم در طی بارداری در بیماری سلول داسی:

1) Sickle cell crisis

- تشخیص آن تنها با رد سایر علل می‌باشد: مشکلات مهم بارداری مانند EP، دکولمان، آپاندیسیت، پیلونفریت و ... نباید از نظر دور باشند.

- این اپیزودها به صورت حاد به خصوص در دوران اواخر بارداری، طی لیبر و در دوران نفاس شایع هستند.



تجویز بعد از شروع درد مؤثر نیست.
 تجویز پروفیلاکتیک، اپیزودهای بعدی درد را کم می‌کند ولی با توجه به عوارض، ترانسفیوژن تنها با هدف $HbS > 60\%$ و $HCT < 25\%$ انجام خواهد شد.
 ترانسفیوژن روتین کنترالرسی بوده و بایستی بر اساس بیمار تصمیم‌گیری شود.

ترانسفیوژن
RBC

(۲) تشخیص و درمان عفونت‌ها: