

فهرست

فصل اول : بارداری و زایمان در دید وسیع	
فصل دوم : آناتومی مادر	
فصل سوم : مراقبتهای قبل از حاملگی	
فصل چهارم : لیبر طبیعی	
فصل پنجم : لیبر غیر طبیعی	
فصل ششم : بررسی جنین	
فصل هفتم : تصویربرداری از جنین	
فصل هشتم : زایمان واژینال	
فصل نهم : نوزاد	
فصل دهم : بیماری های نوزادان	
فصل یازدهم : اختلالات هیپرتانسیو	
فصل دوازدهم : فیزیولوژی مادر	
فصل سیزدهم : تشخیص پره ناتال	
فصل چهاردهم : اختلالات جنینی	
فصل پانزدهم : درمان جنین	
فصل شانزدهم : اختلالات جفت	
فصل هفدهم : خونریزی زایمانی (مامایی)	
فصل هجدهم : حاملگی اکتوپیک (نابه جا)	
فصل نوزدهم : سقط	
فصل بیستم : بیماری تروفوبلاستیک حاملگی	
فصل بیست و یکم : تراتولوژی، تراتوژنها و عوامل فتوتوکسیک	
فصل بیست و دوم : ناهنجاری های مادرزادی دستگاه ادراری- تناسلی	
فصل بیست و سوم : فیزیولوژی لیبر	
فصل بیست و چهارم : آنالژی و بی هوشی در زایمان	
فصل بیست و پنجم : لانه گزینی و تکامل جفت	

فصل بیست و ششم: امبریونز و تکامل جنین

فصل بیست و هفتم: مرده زایی

فصل بیست و هشتم: ژنتیک

فصل بیست و نهم: زایمان بریج

فصل سی ام: زایمان واژینال ابزاری

فصل سی و یکم: دوره نفاس

فصل سی و دوم: عوارض نفاسی

فصل سی و سوم: چندقلویی

فصل سی و چهارم: مراقبتهای پره ناتال

فصل سی و پنجم: بررسی هنگام زایمان

فصل سی و ششم: اختلالات رشد داخل رحمی

فصل سی و هفتم: لیبر پست ترم

فصل سی و هشتم: لیبر پره ترم

فصل سی و نهم: نوزاد پره ترم

فصل چهل: مایع آمنیون

فصل چهل و یک: زایمان سزارین و هیستریکتومی هنگام زایمان

فصل چهل و دو: زایمان سزارین قبلی

فصل چهل و سه: جلوگیری از حاملگی

فصل چهل و چهار: قییم سازی

فصل چهل و پنجم: القاء و تقویت لیبر

منابع:

فصل اول : بارداری و زایمان در دید وسیع

سلامت زنان حامله از شاخص های مهم مراقبت های بهداشتی در سطح ملی است. از این رو است که آشنایی با این شاخص ها از اهمیت بسزایی برخوردار است. در ذیل به تعریف های توصیه شده از طرف مرکز ملی آمار بهداشتی اشاره می شود :

Prenatal Period- (دوره پری ناتال) : به دوره پس از به دنیا آمدن نوزاد از هفته ۲۰، تا ۲۸ روز کامل بعد از زایمان اطلاق می شود. توصیه می شود شروع این دوره از وزن ۵۰۰ گرم نوزاد در نظر گرفته شود.

Birth- (تولد) : عبارت است از خروج کامل جنین بالای ۵۰۰ گرم، از مادر بدون توجه به اینکه بندناف بریده شده یا جفت جدا شده باشد.

Birth weight- (وزن هنگام تولد) : وزن نوزاد بلافاصله بعد از زایمان و یا با کمترین فاصله ممکن بعد از زایمان است. این وزن باید با نزدیکترین گرم بیان شود.

Birth rate- (میزان تولد) : تعداد تولدهای زنده به ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت است.

• میزان تولد به کدام یک از موارد زیر اطلاق می گردد؟ (ارشد ۹۲)

الف) تولد زنده به ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت

ب) تولد زنده و مرده به ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت

ج) تولد زنده و مرده به ازای هر ۱۰۰۰ نفر زن ۱۵-۴۴ ساله

د) تولد زنده به ازای هر ۱۰۰۰ زن ۱۵-۴۴ ساله

- جواب : گزینه الف.

Fertility rate- (میزان باروری) : تعداد تولدهای زنده به ازای هر ۱۰۰۰ زن ۱۵-۴۴ ساله می باشد.

Live birth- (تولد زنده) : عبارت است از به دنیا آمدن نوزادی که هنگام تولد یا کمی بعد از آن به طور خودبخود نفس می کشد و با هر یک از علائم دیگر حیاتی نظیر ضربان قلب یا حرکات خودبخود و قطعی عضلات ارادی را نشان می دهد. ضربان قلب را باید از انقباضات زودگذر قلبی افتراق داد. تنفس های نوزاد باید از تلاش های تنفسی ناپایدار یا تنفس منقطع (نفس نفس زدن) افتراق داده شود.

Stillbirth : Fetal death- (مرده زایی، مرگ جنین) : فقدان نشانه های حیات در هنگام تولد یا بعد از تولد.

Early Neonatal death- (مرگ اوایل نوزادی) : مرگ نوزاد در ۷ روز اول بعد از تولد.

Late neonatal death- (مرگ اواخر نوزادی) : مرگ نوزاد پس از ۷ روز اما قبل از ۲۹ روزگی.

Stillbirth rate : Fetal death rate- (میزان مرده زایی) : تعداد نوزادان مرده متولد شده در هر ۱۰۰۰ نوزاد، اعم از تولدهای زنده و موارد مرده زایی.

Neonatal mortality rate- (میزان مرگ و میر نوزادان) : به تعداد مرگ نوزادان در هر ۱۰۰۰ تولد زنده.

Perinatal mortality rate- (میزان مرگ و میر پری ناتال) : تعداد موارد مرده زایی به اضافه تعداد مرگ نوزادان در هر ۱۰۰۰ تولد کلی.

Infant death- (مرگ شیرخوار) : تمام موارد مرگ و میر شیرخواران زنده متولد شده از هنگام تولد تا پایان ماه دوازدهم زندگی را شامل می شود.

Infant mortality rate- (میزان مرگ و میر شیرخواران) : تعداد مرگهای شیرخواران در هر ۱۰۰۰ تولد زنده.

Low birth weight- (وزن کم هنگام تولد) : کمتر بودن وزن نوزاد از ۲۵۰۰ گرم.

Very low birth weight- (وزن بسیار کم هنگام تولد) : کمتر بودن وزن نوزاد از ۱۵۰۰ گرم.

Extremely low birth weight- (وزن بی نهایت کم هنگام تولد) : کمتر بودن وزن نوزاد از ۱۰۰۰ گرم.

Term neonate- (نوزاد ترم) : تولد نوزاد پس از ۳۷ هفته کامل تا ۴۲ هفته کامل حاملگی (روزهای ۲۶۰ تا ۲۹۴).

Early term- (ترم زودرس) : به نوزادی که در ۳۷ هفته کامل تا هفته (۳۸ ۶/۷) متولد می شوند.

*نکته : منظور از اصطلاح فول ترم، نوزادانی است که در ۳۹ هفته کامل تا هفته (۴۰ ۶/۷) متولد می شود.

Late term- (ترم دیررس) : نوزادانی را توصیف می کند که در هفته ۴۱ تا هفته کامل تا هفته (۴۱ ۶/۷) متولد می شوند.

Preterm neonate- (نوزاد پره ترم) : تولد نوزاد قبل از ۳۷ هفته کامل حاملگی (روز ۲۵۹).

Early preterm neonate- (نوزاد پره ترم زود هنگام) : تولد نوزاد قبل از ۳۴ هفته کامل حاملگی.

Late preterm neonate- (نوزاد پره ترم دیر هنگام) : نوزاد متولد شده بین ۳۴ و ۳۶ هفته کامل حاملگی.

Post term neonate- (نوزاد پُست ترم) : تولد نوزاد در هر زمانی بعد از هفته ۴۲ حاملگی (از روز ۲۹۵ به بعد).

Abortus- (محصول سقط) : خروج جنین یا رویان در نیمه اول حاملگی (هفته ۲۰ یا کمتر)، از رحم. و یا در صورت فقدان معیارهای دقیق زمان بندی در هنگام تولد کمتر از ۵۰۰ گرم وزن دارد.

Induced termination of pregnancy- (ختم القا شده حاملگی) : از بین بردن هدفمند حاملگی داخل رحمی با هدفی غیر از تولد نوزاد زنده است که سبب تولد زنده نمی شود. این تعریف، شامل باقی ماندن محصولات حاملگی بعد از مرگ جنین نیست.

Direct maternal death- (مرگ مادری مستقیم) : به مرگ مادر در اثر عوارض زایمانی حاملگی، لیبر یا دوره نفاس و نیز مرگ در اثر مداخلات، سهل انگاری ها و درمان نادرست و یا زنجیرهای از حوادث ناشی از هر یک از این عوامل گفته می شود.

*نکته : مثال مرگ مادری مستقیم : مرگ مادر در اثر خونریزی بسیار شدید بعد از پارگی رحم.

Indirect maternal death- (مرگ مادری غیرمستقیم) : مواردی از مرگ مادر که مستقیماً از علل زایمانی ناشی نمی شوند. این مرگها در اثر بیماریهایی که از قبل وجود دارند یا در اثر بیماریهایی که در دوران حاملگی، لیبر یا نفاس به وجود می آیند و به علت انطباق های فیزیولوژیک مادر با حاملگی تشدید می یابند، رخ می دهند.

*نکته : مثال مرگ مادری غیر مستقیم : مرگ مادر در اثر عوارض تنگی دریچه میترا.

Non maternal death- (مرگ غیر مادری) : به مرگ مادر در اثر علل تصادفی یا ضمنی غیر مرتبط با حاملگی گفته می شود. *نکته : مثال مرگ غیر مادری : مرگ مادر در اثر حوادث رانندگی و یا بدخیمی های همزمان حاملگی است.

Maternal mortality ratio- (نسبت مرگ و میر مادری) : به تعداد مرگهای مادری ناشی از روند تولیدمثل به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ تولد زنده، گفته می شود.

Pregnancy associated death- *نکته : (مرگ همراه با حاملگی) : مرگ هر زن به هر علتی، در جریان حاملگی و یا در مدت یک سال تقویمی پس از ختم حاملگی، صرف نظر از مدت و محل حاملگی.

Pregnancy related death- *نکته : (مرگ مرتبط با حاملگی) : مرگهای در ارتباط با حاملگی در اثر عوامل : (۱) عوارض خود حاملگی؛ (۲) زنجیره حوادثی که در اثر حاملگی آغاز شده و به مرگ منجر می گردد؛ (۳) تشدید و وضعیت های غیر مرتبط؛ به علت آثار فیزیولوژیک یا فارماکولوژیک حاملگی، که متعاقباً سبب مرگ می شود.

• گزینه درست در مرگ و میر مادری کدام است ؟ (ارشد ۹۲)

الف) مرگ مادر باردار در اثر تصادف رانندگی، مرگ مادری غیر مستقیم است.

ب) مرگ زائو در اثر بیماری اکلامپسی، مرگ مادری غیر مستقیم است.

ج) مرگ مادر باردار در اثر بیماری قلبی، مرگ مادری غیر مستقیم است.

د) مرگ زائو در اثر نارسایی ریوی بلافاصله بعد از زایمان، مرگ مادری مستقیم است.

- جواب : گزینه ج.

*نکته : بر اساس گزارشات میزان باروری در سال ۲۰۱۵؛ در زنان ۱۵-۴۴ ساله ایالات متحده معادل ۶/۲۵ تولد زنده به ازای هر ۱۰۰۰ زن بوده، که این امر بر کاهش جمعیت دلالت دارد.

*نکته : سه علت اصلی مرگ شیرخواران : ناهنجاری های مادرزادی، وزن کم هنگام تولد و سندرم مرگ ناگهانی شیرخوار می باشد. *نکته : تریاد زایمانی کشنده : خونریزی، پره اکلامپسی و عفونت عامل یک سوم موارد مرگ و میر مادری است.

*نکته : شاخص های موربیدیتة شدید مادر				
انفارکتوس حاد میوکارد	نارسایی حاد کلیه	سندرم دیسترس تنفسی حاد	آمبولی مایع آمنیون	ایست قلبی / فیبریلاسیون بطنی
انعقاد داخل عروقی منتشر	اکلامپسی	نارسایی قلبی در حین اقدامات عملی	آسیب های قفسه سینه شکم و لگن	آسیب های داخل جمجمه ای
اختلالات مغزی عروقی در دوره نفاس	ادم ریوی / سپسیس	عوارض شدید بی هوشی (هوشبری)	شوک / جراحی قلب	بحران سلول داسی
پایش قلبی	تبدیل ریتم قلبی	هیستریکتومی	تراکتوتومی	تهویه (ونتیلاسیون)

*نکته : یکی از علل جانبی موربیدیتة ناشی از زایمان سزارین، میزان بروز روزافزون چسبندگی غیر طبیعی جفتهاست.

سئوالات فصل اول

۱. مرگ یک نوزاد تازه متولد شده در ۲۰ روز اول زندگی ناشی از بیماری قلبی مادرزادی در کدام یک از موارد زیر طبقه بندی می شود؟

الف) مرگ شیرخوار (ب) مرگ زودهنگام نوزاد (ج) مرگ اواخر نوزادی (د) مرگ دیرهنگام نوزاد

۲. کدام یک از گزینه های زیر مثالی از مرگ مادری غیر مستقیم نمی باشد؟

الف) پارگی آئورت ثانویه به سندرم مارفان. (ب) عوارض تنگی دریچه میترال.

ج) خونریزی بعد از آتونی رحمی. (د) هیپرتانسیون مزمن کنترل نشده.

۳. کدام مورد مرگ غیر مادری می باشد؟

الف) مرگ در اثر سرطان روده بزرگ (ب) مرگ در اثر خونریزی شدید

ج) مرگ در اثر فشارخون بالای کنترل نشده (د) مرگ در اثر عفونت محل عمل سزارین

۴. بیشتر مرگ های شیرخوارگی در کدام یک از گروه های زیر رخ می دهند؟

الف) شیرخواران با وزن پایین موقع تولد (ب) شیرخواران مادران دیابتی

ج) شیرخواران دچار عفونت های مادرزادی (د) شیرخواران دچار آنومالی های مادرزادی

۵. نوزادان تازه متولد شده بسیار کم وزن با کمتر از حد آستانه ای با کدام یک از موارد زیر تعریف می شود؟

الف) ۵۰۰ گرم (ب) ۱۰۰۰ گرم (ج) ۱۵۰۰ گرم (د) ۲۰۰۰ گرم

۶. حد آستانه ای وزن؛ در نوزاد با وزن بی نهایت کم هنگام تولد کدام گزینه است؟

الف) ۵۰۰ گرم (ب) ۱۰۰۰ گرم (ج) ۱۵۰۰ گرم (د) ۲۰۰۰ گرم

۷. کدام یک از موارد زیر جزء سه علت اصلی مرگ مرتبط با حاملگی نیست؟

الف) عفونت (ب) خونریزی (ج) کاردیومیوپاتی (د) بیماری هیپرتانسیو

۸. توصیف تعداد موارد مرده زایی به اضافه تعداد موارد مرگ نوزادان در هر ۱۰۰۰ تولد کلی، کدام گزینه است؟

الف) میزان مرده زایی (ب) میزان مرگ و میر پری ناتال

ج) میزان مرگ و میر شیرخواران (د) میزان مرگ و میر نوزادان

۹. کدام گزینه تعریف مناسب مرگ اواخر نوزادی می باشد؟

الف) مرگ بعد از دوازده ماهگی (ب) مرگ بعد از یک ماهگی

ج) مرگ بعد از ۳۵ روزگی (د) مرگ بعد از ۲۹ روزگی

۱۰. Birth rate کدام یک از موارد زیر است ؟

الف) تعداد تولدهای زنده به ازای هر ۱۰۰۰ نوزاد.

ب) تعداد تولدهای زنده به ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت.

ج) تعداد تولدهای زنده به ازای هر ۱۰۰۰ زن ۱۵-۴۴ ساله.

د) تعداد تولدهای زنده به ازای هر ۱۰۰۰ تولد.

۱۱. میزان، به تعداد مرگهای شیرخواران در هر ۱۰۰۰ تولد زنده گفته می شود.

الف) مرگ و میر نوزادان

ب) میزان مرگ و میر پری ناتال

ج) میزان مرگ و میر شیرخواران

د) میزان مرده زایی

۱۲. نوزادانی که در ۳۹ هفته کامل تا هفته (۴۰ ۶/۷) متولد می شود، کدام مورد می باشد ؟

الف) ترم زودرس

ب) ترم دیررس

ج) ترم

د) فول ترم

۱۳. به مرگ هر زن به هر علتی در جریان حاملگی و یا در مدت یک سال تقویمی پس از ختم حاملگی، صرف نظر از مدت و محل حاملگی می گویند ؟

الف) مرگ مرتبط با حاملگی

ب) مرگ همراه با حاملگی

ج) مرگ مادری مستقیم

د) مرگ مادری غیر مستقیم

۱۴. Pregnancy related death کدام مورد را شامل نمی شود ؟

الف) عوارض خود حاملگی.

ب) زنجیره حوادثی که در اثر حاملگی آغاز شود.

ج) به هر علتی در جریان حاملگی روی دهد.

د) تشدید وضعیتهای غیر مرتبط.

۱۵. تعداد مرگهای مادری ناشی از روند تولیدمثل به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ تولد زنده، کدام گزینه می باشد ؟

الف) maternal mortality rate

ب) maternal death rate

ج) maternal mortality ratio

د) maternal direct ratio

۱۶. Post term neonate شامل کدام تعریف زیر می باشد ؟

الف) نوزادی است که در هر زمانی بعد از ۲۹۵ روز متولد شود.

ب) نوزادی است که در هر زمانی بعد از ۲۵۹ روز متولد شود.

ج) نوزادی است که در هر زمانی بعد از ۲۷۵ روز متولد شود.

د) نوزادی است که در هر زمانی بعد از ۲۶۷ روز متولد شود.

۱۷. مرگ مادر به دنبال خونریزی بعد از آتونی رحمی کدام یک از گزینه های زیر می باشد ؟

الف) مرگ مادری مستقیم

ب) مرگ همراه با حاملگی

ج) مرگ مرتبط با حاملگی (د) مرگ مادری غیر مستقیم

۱۸. جنین های دارای وزن کمتر از ۵۰۰ گرم جزو کدام مورد محسوب می شود؟

الف) Birth (ب) Abortus

ج) Low birth weight (د) Extremely low birth weight

۱۹. محدوده مامایی شامل همه جز یکی از موارد زیر می گردد. آن مورد کدام است؟

الف) مراقبت قبل از زایمان (ب) برنامه درمانی وضع حمل

ج) مراقبت فوری نوزاد تازه متولد شده (د) درمان های نازایی

۲۰. به مرگ نوزاد پس از ۷ روزگی اما قبل از ۲۹ روزگی،..... اطلاق می شود.

الف) Late neonatal death (ب) Early neonatal death

ج) Stillbirth (د) Fetal death

www.nokhbegaan.com

پاسخنامه سئوالات فصل اول

سئوال	الف	ب	ج	د
۱				*
۲			*	
۳	*			
۴	*			
۵			*	
۶		*		
۷			*	
۸		*		
۹				*
۱۰		*		
۱۱			*	
۱۲				*
۱۳		*		
۱۴			*	
۱۵			*	
۱۶	*			
۱۷	*			
۱۸		*		
۱۹				*
۲۰	*			

فصل دوم : آناتومی مادر

● لگن استخوانی

لگن از ۴ استخوان تشکیل شده است. استخوان خاجی، دنبالچه و دو استخوان بی نام؛ هر استخوان بی نام از جوش خوردن استخوان های ایلیم، ایسکیوم و پوبیس به یکدیگر ساخته شده است. مفاصل لگن نیز شامل : یک مفصل سمفیزیس پوبیس که در قدام استخوان های پلویک را به هم جوش می دهد و دو مفصل ساکروایلیاک که در خلف، استخوان های پلویک و بخش ایلپاک استخوان های بی نام را به هم وصل می کند، می باشد.

لگن شامل دو قسمت است : ۱. لگن کاذب که بالای لینئاتریمینالیس قرار می گیرد. ۲. لگن حقیقی که در بالا بوسیله پرومنتوری و بالهای ساکروم و لینئاتریمینالیس و کناره های فوقانی استخوان پوبیس و در پایین بوسیله خروجی لگن محصور می شود. لگن حقیقی شامل سه قسمت مهم است : دهانه فوقانی، میدپلوپیس، دهانه تحتانی.

● اقطار ورودی لگن

۱. قطر کونژوگه واقعی : فاصله بین لبه فوقانی سمفیزیس پوبیس تا پرومنتوری.
۲. قطر کونژوگه مامایی : کوتاه ترین فاصله بین پرومنتوری ساکروم و سمفیزیس پوبیس (۱۰ سانتی متر).
۳. قطر کونژوگه دیاگونال : فاصله بین لبه تحتانی سمفیزیس پوبیس تا پرومنتوری ساکروم (۱۲ - ۱۱/۵ سانتی متر).
- *نکته : اگر از قطر کونژوگه دیاگونال ۲ - ۱/۵ سانتی متر کاسته شود قطر کونژوگه مامایی به دست می آید. چرا که کونژوگه مامایی بطور مستقیم قابل اندازه گیری نیست.
۴. قطر عرضی : بیشترین فاصله بین لینئا ترمینالیس در دو طرف (۱۳ سانتی متر).
۵. قطر ساژیتال خلفی : فاصله نقطه تقاطع قطر عرضی و قطر کونژوگه مامایی تا پرومنتوری ساکروم (۴ سانتی متر).
۶. قطر مایل راست : فاصله سین کندروز ساکروایلیاک راست تا برجستگی ایلئوپکتینئال چپ (۱۳ سانتی متر).
۷. قطر مایل چپ : فاصله سین کندروز ساکروایلیاک چپ تا برجستگی ایلئوپکتینئال راست (۱۳ سانتی متر).

● اقطار لگن میانی

۱. قطر عرضی : فاصله بین خارهای ایسکیال در طرف قطر اینتراسپاینوس (۱۰ سانتی متر).
۲. قطر قدامی خلفی : کوتاه ترین فاصله قدامی خلفی میدپلوپیس در سطح خارهای ایسکیال (۱۱/۵ سانتی متر).
۳. قطر ساژیتال خلفی : فاصله بین ساکروم و قطر عرضی میدپلوپیس (۴/۵ سانتی متر).

● اقطار خروجی لگن

۱. قطر قدامی خلفی : فاصله لبه تحتانی سمفیزیس پوبیس تا نوک ساکروم (۱۱/۵ - ۹/۵ سانتی متر).
۲. قطر عرضی : فاصله بین لبه تحتانی توبروزیته های ایسکیال (۱۱ سانتی متر).
۳. قطر ساژیتال خلفی : فاصله نوک ساکروم تا محل تقاطع اقطار عرضی و قدامی خلفی میدپلوپیس (۷/۵ سانتی متر).

***نکته:** خروجی لگن متشکل از دو ناحیه تقریباً مثلثی شکل است. مثلث قدامی از شاخه‌های تحتانی استخوان های پوبیس تشکیل می شود. این شاخه‌ها با زاویه ۹۰-۱۰۰ درجه به هم می پیوندند و قوس مدوری را تشکیل می دهند که سر جنین باید از زیر آن عبور کند.

- **شکل های لگن:** کالدول و مولوی لگن را به چهار نوع تقسیم می کنند. ***نکته:** معمولاً اکثر لگن ها از نوع مختلط اند.

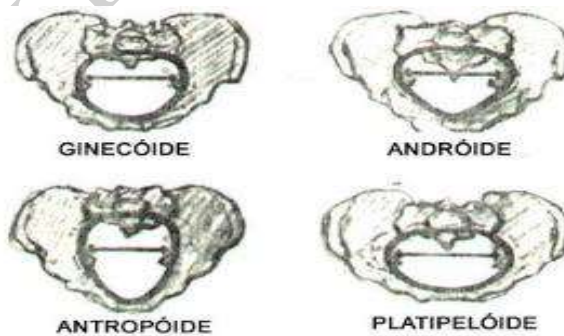
۱. **لگن ژنیکوئید یا زنانه:** در این نوع لگن قطر ساژیتال خلفی مختصری بزرگتر از قطر ساژیتال قدامی است. دیواره های سگمان خلفی بسیار گرد و عریض اند. چون قطر عرضی ورودی لگن تقریباً معادل قدامی خلفی آن یا مختصری بزرگتر است لذا ورودی لگن شکل نسبتاً گرد و یا بیضی دارد. کناره های لگن مستقیم و ساکروم به خلف و قدام انحنا ندارد. خارها برجسته نبوده و فاصله آن ها ۱۰ سانتی متر یا بیشتر است.

۲. **لگن آندروئید یا مردانه:** قطر ساژیتال خلفی خیلی کوتاه تر از قدامی است. دیواره های سگمان خلفی گرد نبوده و بر اثر تلاقی با بخش متناظر خود در سگمان قدامی، گوه ای می سازند. سگمان فوقانی سه گوش و باریک است. دیواره های کناری همگرا، قوس زیر پوبیس باریک و خارهای ایسکیال برجسته اند. بریدگی ساکروسیاتیک باریک و قوس بلندی داشته ساکروم به جلو برآمده و معمولاً مستقیم است.

۳. **لگن آنتروپوئید:** ویژگی آن بزرگ تر بودن قطر قدامی - خلفی ورودی لگن نسبت به قطر عرضی است و در واقع یک بیضی ایستاده است. سگمان قدامی باریک و سه گوش است. بریدگی ساکروسیاتیک بزرگ و دیواره های کناری لگن همگرا هستند. ساکروم مستقیم است به طوری که عمق لگن آنتروپوئید بیش از انواع دیگر است. ***نکته:** احتمال برجسته بودن خارهای ایسکیال وجود داشته و زیر پوبیک بسیاری اوقات تنگ است.

۴. **لگن پلاتی پوئید:** شکل پهن شده ای که قطر قدامی - خلفی آن کوتاه و قطر عرضی آن زیاد است. قطر عرضی مثل شکل معمول لگن ژنیکوئید به خوبی در جلوی ساکروم قرار دارد. ساکروم قوس دار و به عقب چرخش ندارد. ساکروم کوتاه و لگن کم عمق است. ***نکته:** این لگن نادرترین نوع لگن است و در کمتر از ۳ درصد زنان یافت می شود.

***نکته:** ویژگی سگمان خلفی، نوع لگن Type؛ ویژگی سگمان قدامی، گرایش Tendency؛ لگن را نشان می دهد.



• کدامیک از موارد زیر در مورد مفاصل لگنی در دوران بارداری صحیح است؟ (دکتری ۹۳)

الف) شل شدن سمفیز پوبیس در نیمه دوم بارداری آغاز می شود.

ب) تحرک لگن در زمان ترم ناشی از حرکات لغزشی مفصل ساکروایلیاک به سمت بالا است.

ج) شل شدگی مفاصل لگنی ظرف ۴۰ روز بعد از زایمان از بین می رود.

د) جابجایی مفصل ساکروایلیاک در وضعیت لیتاتومی خلفی قطر خروجی لگن را تا ۲/۵ تا ۳ سانتی متر افزایش می دهد.

- جواب : گزینه ب.

• کدامیک از جملات زیر در مورد نرمی مفاصل لگنی در دوران بارداری صحیح است؟ (دکتری ۹۴)

الف) با میزان استرادیول سرم مادر ارتباط دارد. ب) در نیمه دوم بارداری رخ می دهد.

ج) معمولاً طی ۳-۵ ماه بعد از زایمان برطرف می شود. د) تا ۳ ماه بعد از زایمان روند افزایشی دارد.

- جواب : گزینه ج.

• کدام یک از جملات زیر در خصوص لگن زنانه صحیح است؟ (ارشد، دکتری ۹۵)

الف) در نیمه از زنان، لگن از نوع ژنیکوئید است.

ب) کوتاه ترین اقطار لگنی در تنگه دخول قرار دارند.

ج) کونژوگه دیاگونال کوتاه ترین قطر قدامی - خلفی لگن است.

د) آنگاژمان زمانی رخ می دهد که قطر بای پاریتال سر جنین از لگن میانی عبور کند.

- جواب : گزینه الف.

• اعضای تولیدمثل خارجی

- **pudenda / Vulva / فرج** : شامل تمام ساختارهایی است که در خارج از بدن، از پوبیس تا پرینه قابل مشاهده هستند. این ساختارها شامل برآمدگی مونس پوبیس، لب های بزرگ و کوچک، کلیتوریس، پرده بکارت، وستیبول، ورودی پیشابراه، غدد وستیبولار بزرگ یا بارتولن، غدد وستیبولار کوچک و غدد جنب پیشابراهی می باشند.

- **Mons pubis / برآمدگی پوبیس** : یک برجستگی پُر از چربی است که بالای سمفیزیس پوبیس قرار گرفته است.

- **لب های بزرگ** : این ساختارها تا حدی از لحاظ ظاهری تفاوت دارند. این امر اساساً به میزان چربی درون این بافت ها بستگی دارد. آنها ۷-۸ سانتی متر طول، ۲-۳ سانتی متر عرض و ۱-۱/۵ سانتی متر ضخامت دارند. لب های بزرگ غنی از غدد سباسه و آپوکرین هستند. *نکته : از لحاظ رویان شناسی، لب های بزرگ معادل با اسکروتوم در مردان هستند. *نکته : لیگامان های گرد در حاشیه فوقانی لب های بزرگ ختم می شود. *نکته : لب های بزرگ در بالا، مستقیماً در امتداد برآمدگی پوبیس هستند و در سمت خلف نازک شده و با بخش پوشاننده جسم پرینه ادغام می شوند و کمیوسور خلفی را تشکیل می دهند.

- **لب های کوچک** : چین های نازکی هستند که در سمت داخل لب های بزرگ قرار گرفته اند. در سمت پایین لب های کوچک امتداد یافته و در خط وسط به هم می پیوندند و حاشیه های تحتانی آن ها با هم یکی شده و **فورشت** را می سازند. *نکته : لب های کوچک معادل بخش شکمی پنیس هستند. *نکته : از لحاظ ساختاری لب های کوچک از بافت های همبندی تشکیل شده اند که واجد تعداد زیادی عروق، رشته های الاستین و مقداری رشته های عضلانی صاف است. فاقد فولیکول مو، غدد آکرین و آپوکرین هستند اما دارای تعداد زیادی غدد سباسه می باشند. *نکته : لب های کوچک توسط پایانه های عصبی متعددی عصب دهی می شوند و بی نهایت حساس هستند.

- **کلیتوریس** : اندام شهبوانی اصلی در زنان است. در زیر پره پوس و بالای پیشابراه قرار گرفته است. طول آن به ندرت از ۲ سانتی متر تجاوز می کند. کلیتوریس از یک گلنس، یک تنه و دو پایک تشکیل شده است. ***نکته** : کلیتوریس، همتای پنیس در مردان است.

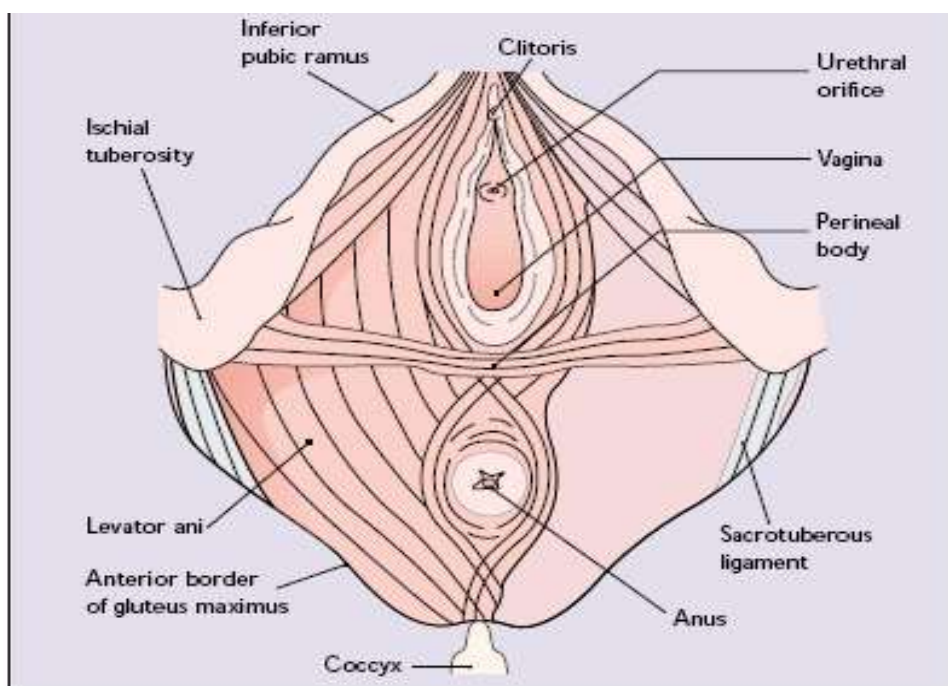
- **وستیبول** : عضو بادامی شکلی است که از طرفین توسط خطوط هارت، از سمت داخل توسط سطح خارجی پرده بکارت، از قدام توسط فرنولوم کلیتوریس و در خلف توسط فورشت محصور شده است. ***نکته** : وستیبول از سینوس اوروژنیتال در رویان منشأ گرفته است. ***نکته** : معمولاً ۶ ورودی به وستیبول باز می شوند : پیشابراه، واژن، دو مجرای غدد بارتولن، دو مجرای غدد اسکن. ***نکته** : بخش خلفی وستیبول، بین فورشت و ورودی واژن، **حفره نایکولار** نامیده می شود و معمولاً تنها در زنان نولی پار دیده می شود.

- **غدد وستیبولار** : ۲ **غده بارتولن** حدود ۱-۰/۵ سانتی متر قطر دارند و هر کدام در زیر بولب های وستیبولار و در عمق انتهای تحتانی عضله بولبوکاورنوس، در دو طرف ورودی واژن قرار دارند. **غدد جنب پیشابراهی** مجموعاً شبکه ای از غدد هستند که در امتداد سطح تحتانی پیشابراه باز می شوند. ***نکته** : غدد بارتولن، غدد وستیبولار اصلی نیز خوانده می شوند. ***نکته** : دو تا از بزرگترین غده های جنب پیشابراهی، **غدد اسکن** خوانده می شوند که مجرای آنها عموماً در مجاورت دیستال پیشابراه قرار دارد.

- **Meatus ورودی پیشابراه** : دو سوم تحتانی پیشابراه، درست بالای دیواره قدامی واژن قرار دارد. در خط میانی وستیبول، ۱/۵-۱ سانتی متر زیر قوس پوبیک و کمی بالاتر از ورودی واژن قرار دارد.

- **ورودی واژن و پرده بکارت** : این پرده عمدتاً از بافت همبند الاستیک و کلاژنی تشکیل شده است. سطح داخلی و خارجی هر دو توسط اپی تلیوم مطبق سنگفرشی پوشیده شده اند. در زنان بالغ، غشایی با ضخامت متغیر است که ورودی واژن را کمابیش به طور کامل احاطه می کند. ورودی آن قطر متغیری دارد که از سر سوزن تا یک یا حتی دو انگشت فرق می کند.

- **پرینه** : ناحیه الماسی شکل است که بین ران ها قرار دارد. مرزهای قدامی، خلفی، جانبی و خلفی پرینه همانند دهانه خروجی لگن استخوانی است. ***نکته** : پرینه در قدام به سمفیزیس پوبیس، در بخش قدامی، جانبی به شاخ های ایسکیوپوبیک و توبروزیته های ایسکیال، در سمت خلفی- جانبی به لیگامان های ساکروتوبروس و در خلف به کوکسیس (دنبالچه) محدود می گردد. ***نکته** : ساختار جسم پرینه تشکیل شده است از : عضلات بولبوکاورنوس، پرینه ای عرضی سطحی، و اسفنکتر خارجی مقعد.



• اعضای تولیدمثل داخلی

- رحم : در زمان غیر بارداری بین مثانه در قدام و رکتوم در خلف قرار گرفته است. قسمت بیشتر حجم توده آن را عضلات تشکیل داده اند. تقریباً تمامی دیواره خلفی توسط سرورز یا صفاق احشایی پوشیده شده است که بخش تحتانی آن، مرز قدامی کولدوساک رکتومی- خلفی یا بن بست دوگلاس را می سازد. رباط های متعددی از سطح جانبی رحم به سمت دیواره های جانبی کشیده می شوند؛ این رباط ها عبارتند از : رباط های پهن که از دو ساختار بال مانند تشکیل شده اند که از حاشیه های جانبی رحم به دیواره های جانبی لگن کشیده شده اند. متراکم ترین قسمت این رباط، معمولاً رباط کاردینال یا رباط سرویکال عرضی یا رباط مکنرو نامیده می شود. رباط های گرد از کمی زیر و قدام محل انشعاب لوله های رحمی منشأ می گیرند. و به سمت خارج و پایین به کانال اینگوینال گسترش می یابند.

• عروق لنفاوی سرویکس عمدتاً در چه گره های لنفاوی تخلیه می شود ؟ (ارشد ۹۴)

الف) ایلپاک خارجی ب) پری آئورت ج) ایلپاک داخلی د) تخمدان

- جواب : گزینه ج.

*نکته : صفاقی که زیر انتهای فیمبریادار لوله های رحمی به جدار لگن کشیده می شود، رباط اینفاندیبولوپلویک یا رباط آویزان کننده تخمدان را به وجود می آورد که از درون آن عروق تخمدان عبور می کنند. *نکته : خونرسانی رحمی عمدتاً توسط شریان های رحمی و تخمدانی صورت می گیرد. شریان رحمی شاخه ی اصلی از شریان ایلپاک داخلی است. *نکته : تقریباً ۲ سانتی متر به سمت خارج سرویکس، شریان رحمی از روی حالب عبور می کند. *نکته : مجاری لنفاتیکی از جسم رحم، به دو گروه از گره های لنفاوی توزیع می شوند. یک مجموعه به گره های لنفاوی ایلپاک داخلی و مجموعه دوم پس از اینکه مجاری لنفاوی منشأ گرفته از ناحیه تخمدان به آنها ملحق شدند، در گره های لنفاوی پارآئورتی خاتمه می یابند.

عصب رسانی لگن عمدتاً از سیستم عصبی سمپاتیک منشأ می گیرد ولی تا حدی نیز توسط سیستم های پاراسمپاتیک و مغزی- نخاعی عصب رسانی می شود. در ریشه های عصبی سینه ای ۱۱ و ۱۲ رشته های حسی از رحم وجود دارند که تحریکات دردناک ناشی از انقباضات را به مغز منتقل می کنند. اعصاب حسی سرویکس و بخش فوقانی کانال زایمان، از طریق اعصاب لگنی به اعصاب ساکرال دوم و سوم و چهارم می رسند. در حالی که اعصاب مربوط به بخش تحتانی کانال زایمان عمدتاً از طریق اعصاب پوندال منتقل می شوند.

- **لوله های فالوپ** : طولی در حدود ۸ تا ۱۴ سانتی متر دارند. و به بخشهای بینابینی، ایسموس، آمپول و اینفاندیبولوم تقسیم می شود. ***نکته** : عریض ترین بخش لوله رحمی، قسمت آمپول می باشد که قطری در حدود ۸-۵ سانتی متر دارد.

- **تخمدان ها** : ۵-۲/۵ سانتی متر طول، ۳-۱/۵ سانتی متر عرض و ۱/۵-۰/۶ سانتی متر ضخامت دارند. موقعیت آنها نیز معمولاً در بخش فوقانی حفره لگنی، در فرورفتگی مختصری که در دیواره جانبی لگن بین رگ های منشعب از عروق ایلیاک داخلی و خارجی وجود دارد، می باشد. تخمدان از دو قسمت تشکیل شده است، کورتکس و مدولا. کورتکس حاوی اووسیت ها و فولیکول های در حال رشد است. مدولا بخش مرکزی را تشکیل می دهد که از بافت همبند نرم ساخته شده است. شریان تخمدانی یک شاخه مستقیم از آئورت است. این شریان از طریق رباط اینفاندیبولوپلوک وارد رباط پهن می شود. در ناف تخمدان، این شریان به تعدادی شاخه های کوچکتر تقسیم می شود که به تخمدان وارد می شوند. تخمدان ها از هر دو سیستم سمپاتیک و پاراسمپاتیک عصب می گیرند که با عروق تخمدان همراهی دارد.

• ساختارهای دستگاه ادراری - تناسلی

- **مثانه** : از خلف با واژن و سرویکس مجاور بوده و در قدام با سطح داخلی استخوانهای پوبیک و در صورت پُر شدن در مقابل دیواره قدامی شکم قرار می گیرد. ***نکته** : دیواره مثانه، متشکل از دسته های خشن عضله صاف تحت عنوان عضله دترسور است. خونرسانی مثانه از شریانهای مثانه ای فوقانی و میانی و تحتانی می باشد. مثانه از شبکه مثانه ای که بخشی از شبکه هیپوگاستریک تحتانی است، عصب می گیرد.

- **حالب** : با ورود حالب به لگن، از روی محل دو شاخه شدن شریان ایلیاک مشترک گذشته و در موقعیت داخلی نسبت به عروق تخمدانی، طی مسیر کرده پس از نزول به داخل لگن، در موقعیت داخلی نسبت به شریان های ایلیاک داخلی و موقعیت قدامی-جانبی نسبت به رباط های رحمی- خاجی قرار گرفته، و در نهایت در موقعیت حدود ۲-۱ سانتی متر در خارج سرویکس، از میان رباط کاردینال عبور میکنند. ***نکته** : در مجاورت سطح ایسم رحم، حالب از زیر شریان رحمی می گذرد و با جهت قدامی- داخلی به سمت قاعده مثانه حرکت می کند. ***نکته** : خونرسانی به حالب لگنی، از طریق عروق ایلیاک مشترک، ایلیاک داخلی، رحمی و مثانه ای فوقانی تأمین می شود.

• دیواره قدامی شکم

پوست	رشته های درم به طور عرضی آرایش یافته اند. (خطوط لانگر).
لایه زیر جلد	شامل دو بخش : سطحی (متشکل از چربی)؛ و عمقی (یکپارچه و پیوسته).
غلاف رکتوس	متشکل از آپونوروفیبروز عضلات مایل خارجی، مایل داخلی و عرضی شکم می باشد.
مثلث هسلباخ	در پایین توسط لیگامان اینگوینال، در داخل توسط حاشیه لترال عضلات رکتوس و در سمت خارج توسط عروق اپیگاستریک تحتانی احاطه شده است.

***نکته:** فتق های مستقیم از جدار قدامی شکم به درون مثلث هسلباخ بیرون می زنند، حال آنکه فتق های غیر مستقیم از حلقه اینگوینال عمقی، که در سمت لترال مثلث هسلباخ قرار دارد، بیرون می زنند. ***نکته:** درست در زیر لیگامان های اینگوینال، شریانهای اپیگاستریک سطحی، ایلیاک سیرکامفلکس سطحی و پودندال خارجی در منطقه مثلث فمورال، از شریان فمورال جدا می شوند. ***نکته:** عروق اپیگاستریک عمقی تحتانی و عروق ایلیاک سیرکامفلکس عمقی، شاخه های عروق ایلیاک خارجی هستند. که عضلات و فاسیای جدار قدامی شکم را مشروب می کنند.

***نکته:** جدار قدام شکم توسط شاخه های شکمی اعصاب بین دنده ای (T ۷-۱۱)، عصب زیر دنده ای (T ۱۲)، و اعصاب ایلیوهایپوگاستریک و اییواینگوینال (L ۱)، عصب دهی می گردد. درماتوم (T ۱۰) تا نزدیک سطح ناف امتداد می یابد.

***نکته:** عصب ایلیوهایپوگاستریک، حس پوست ناحیه سوپراپوبیک را تأمین می کند. ***نکته:** عصب ایلیواینگوینال به جدار قدامی شکم و بخش فوقانی لبیا ماژور و بخش داخلی ران عصب دهی می نماید.

سئوالات فصل دوم

۱. کوتاهترین دیامتر Midpelvic عبارت است از فاصله :

الف) ساژیتالهای خلفی (ب) پشت پوبیس تا وسط ساکروم

ج) بین ایسکیال اسپاین ها (د) انتهای تحتانی سمفیزیس پوبیس تا انتهای ساکروم

۲. در لگن آندروئید دیامتر ساژیتال خلفی در Inlet نسبت به ساژیتال قدامی چگونه است ؟

الف) بلندتر (ب) خیلی بلندتر (ج) خیلی کوتاهتر (د) مساوی

۳. در کدامیک از لگن های زیر، خارهای ایسکیال برجسته است ؟

الف) آندروئید- پلاتی پوئید (ب) آندروئید- آنتروپوئید

ج) آنتروپوئید- پلاتی پوئید (د) ژنیکوئید- آندروئید

۴. در اکثر لگن ها فاصله بین تنگه فوقانی تا سطح خارهای ایسکیوم چند سانتی متر است ؟

الف) ۵ (ب) ۳ (ج) ۱ (د) ۷

۵. تنگه خروجی از دو صفحه مثلثی شکل تشکیل شده که قاعده مشترک دارند، این قاعده بین کدام دو برجستگی کشیده شده ؟

الف) عانه (ب) خاجی (ب) ساکروم (د) ایسکیال

۶. در نوع لگن اندروئید زاویه پوبیس چند درجه است ؟

الف) ۱۵۰ (ب) ۱۲۰ (ج) ۹۰ (د) کمتر از ۹۰

۷. پارامترهایی که باعث تشخیص افتراقی لگن مرد از لگن زن می شود، کدام است ؟

الف) برجستگی خارهای ایسکیال (ب) تحدب دیواره های جانبی

ج) شکل استخوان خاجی (د) شکل اندازه زاویه طاق پوبیس

۸. قطر طبیعی برجستگی های ایسکیال در یک لگن زنانه طبیعی باید حداقل چند سانتی متر باشد ؟

الف) چهار (ب) هشت (ج) هفت (د) شش

۹. Vestibular bulb کجا قرار دارد ؟

الف) در زیر غده بارتولن (ب) در جلوی عضله بولبوکاورنو (ج) در بالای غده بارتولن (د) در ضخامت پرینه

۱۰. لنف سرویکس به کجا می ریزد ؟

الف) غدد لنفاوی اینگوینال (ب) ایلپاک داخلی (ج) ایلپاک خارجی (د) هیپوگاستریک

۱۱. اعصاب حسی رحمی از کجا منشأ می گیرد؟

الف) ۸-۹ T ب) ۱۱-۱۲ T ج) ۸-۹ L د) ۱۰-۱۱ L

۱۲. شریان رحمی با کدام اعضا در مجاورت گردن رحم قرار دارد؟

الف) Ureter ب) Urethra ج) Pudental د) Aubturator

۱۳. عضله ای که انقباض آن در نعوظ کلیتوریس دخالت دارد؟

الف) Perineal Body ب) Ischiocavernosus ج) Iliococcygeos د) Bulbo Cavernosus

۱۴. کدامیک از لیگامان های زیر نقش مهم تری در نگهداری رحم دارند؟

الف) پهن ب) گرد ج) رحمی خاجی د) کاردینال

۱۵. کدام ساختار ولواری معادل اسکروتوم در مردان است؟

الف) لایبیا مینور ب) اورترا ج) وستیبول د) لایبیا ماژور

۱۶. واژن و عضلات دربرگیرنده آن توسط تمام موارد زیر خونرسانی می شود، بجز؟

الف) شریان رکتال تحتانی ب) شریان پرینئال ج) شریان پودندال د) شریان لایبیا خلفی

۱۷. کدام یک از موارد زیر یک فضای بالقوه بین سطح قدامی رحم و دیواره خلفی مثانه است؟

الف) بن بست دوگلاس ب) سپتوم رکتوواژینال ج) بن بست موریسون د) فضای مثانه ای رحمی

۱۸. شریان تخمدانی یک شاخه مجزا از کدام یک از عروق زیر است؟

الف) ایلپاک داخلی ب) آئورت ج) شریان رحمی د) ایلپاک خارجی

۱۹. از پروگزیمال رحم تا دیستال فیمبریا، کدامیک از ترتیب توالی های زیر در مورد آناتومی لوله فالوپ صحیح است؟

الف) ایسموس، ایفوندیبولوم، آمپول. ب) ایسموس، آمپول، ایفوندیبولوم.

ج) ایفوندیبولوم، آمپول، ایسموس. د) آمپول، ایفوندیبولوم، ایسموس.

۲۰. کدامیک از موارد زیر در مورد شل شدن مفاصل لگن در حاملگی ترم صحیح است؟

الف) شل شدن لیگامان ها امکان افزایش قطر عرضی لگن میانی را فراهم می کند.

ب) شل شدن لیگامان ها منجر به تحرک بارز لگن در حاملگی ترم به علت لغزش رو به پایین مفصل ساکروایلیاک.

ج) جابجایی مفصل ساکروایلیاک اقطار خروجی لگن را ۱/۵ تا ۲ سانتی متر در موقعیت لیتوتومی دورسال افزایش می دهد.

د) شل شدن لیگامان ها دائمی است و در حاملگی های بعدی بیشتر نمی شود.

پاسخنامه سؤالات فصل دوم

سؤال	الف	ب	ج	د
۱			*	
۲			*	
۳		*		
۴	*			
۵			*	
۶			*	
۷	*			
۸		*		
۹			*	
۱۰			*	
۱۱		*		
۱۲	*			
۱۳		*		
۱۴			*	
۱۵			*	
۱۶	*			
۱۷			*	
۱۸		*		
۱۹		*		
۲۰			*	

فصل سوم : مراقبتهای قبل از حاملگی

مراقبت های قبل از بارداری شامل یک جلسه مشاوره ای حدود نیم تا یک ساعت می باشد؛ که با گرفتن شرح حال از مددجو، و پرسیدن سئوالات اختصاصی پزشکی آغاز می شود. و با توصیه هایی در خصوص ورزش، مصرف ویتامین (مصرف اسید فولیک جهت پیشگیری از نقائص لوله عصبی)، عدم مصرف داروهای غیر مجاز، سیگار و توصیه های اولیه در مورد رژیم غذایی ادامه می یابد. تقریباً تمامی شرایط طبی، مامایی و ژنتیکی پیش از بارداری بایستی مورد توجه قرار بگیرد. گرفتن شرح حال مامایی در زمینه ناباروری، داشتن سابقه سقط، حاملگی خارج رحمی، سقط راجعه، سزارین، دکولمان، پره اکلامپسی و زایمان زودرس حائز اهمیت می باشد. *نکته : جهت پیشگیری از ایجاد خطرات بالقوه بارداری بهترین اقدام انجام مشاوره قبل از لقاح است.

نوع مراقبت	مصاحبه و تشکیل پرونده	معاینه بالینی	آزمایش ها یا بررسی تکمیلی	آموزش و مشاوره	ایمن سازی و مکملهای غذایی
مراقبت پیش از حاملگی	- مشخصات و شرح حال - سابقه حاملگی و زایمان قبلی - سابقه یا ابتلای فعلی به بیماری - سابقه خانوادگی - سابقه رفتار پرخطر در زن یا همسر - سؤال در مورد مصرف دارو یا حساسیت دارویی	- اندازه گیری قد و وزن - تعیین نمایه توده بدن (BMI) - علائم حیاتی - معاینه فیزیکی	- هموگلوبین و هماتوکریت - تعیین گروه خون و RH - قند خون ناشتا - کامل ادرار - تیتر سرخچه - VDRL - HbsAg - پاپ اسمیر - HIV-Ab	- بهداشت فردی و روانی - بهداشت جنسی - بهداشت دهان و دندان - تغذیه / مکمل های غذایی - مصرف دارو / سیگار و سایر دخانیات / مواد مخدر - بهداشت محیط کار مادر	- واکسن کزاز یا توأم؛ سرخچه در صورت نیاز - توصیه به مصرف اسید فولیک

در هر دو طیف سنی باروری متوجه پیامدهای منحصر به فردی است. *نکته : در نوجوانان خطر، پره اکلامپسی، زایمان زودرس، کم خونی و بیماری های آمیزشی بیشتر است. *نکته : در حاملگی های بعد از ۳۵ سال، خطر موربیدیتته پری ناتال، عوارض زایمانی (مامایی) و مرگ و میر مادری افزایش می یابد. *نکته : ارتباط احتمالی بین افزایش سن پدر و وضعیت های عصبی - روانی پیچیده وجود دارد. همچنین با افزایش سن پدر احتمال بروز بیماری های ژنتیکی حاصل از جهشهای جدید اتوزوم غالب افزایش می یابد.

*نکته : تماس بیش از حد مادر باردار با متیل مرکوری (متیل جیوه) یا سرب با اختلالات تکامل لوله عصبی همراه است. پیکا (هرزه خواری) که اشتیاق به خوردن خاک رس، آشغال و یخ می باشد عادت است که باید ترک شود چرا که سبب دریافت مواد غذایی فاقد ارزش می شود. *نکته : آنورکسی و بولیمیا (بی اشتهاپی و پرخوری عصبی) خطر کمبودهای تغذیه ای، اختلالات الکترولیتی، آریتمی های قلبی و اختلالات گوارشی در مادر افزایش می یابد. *نکته : عوارض مرتبط با حاملگی در مبتلایان به آنورکسی و بولیمیا شامل افزایش خطر وزن کم هنگام تولد، کوچکتر بودن دور سر جنین، میکروسفالی و کوچک به نسبت سن حاملگی هستند. *نکته : عوارض متعدد همراه با چاقی مادر عبارتند از : پره اکلامپسی، اختلالات لیبر، دیابت حاملگی، سزارین و عوارض جراحی و طیفی از ناهنجاری های ساختمانی جنین. *نکته : دوران قبل از حاملگی زمان مطلوب برای غربالگری برای خشونت خانگی می باشد.

• کدامیک از موارد زیر جزء کنتراندیکاسیون های فعالیت بدنی ائروبیک در بارداری است؟ (ارشد ۹۰)

الف) تشخیص جفت سرراهی در هفته ۲۲ (ب) مصرف روزانه ۵ نخ سیگار

ج) BMI : ۲۹ (د) سابقه زندگی کاملاً بی حرکت

- جواب : گزینه د.

• تمام موارد زیر از پیامدهای پری ناتال نامطلوب در زنانی که مورد خشونت قرار گرفته اند، بجز؟ (ارشد ۹۱)

الف) زایمان پره ترم (ب) محدودیت رشد جنین (ج) ناهنجاری جنین (د) مرگ پری ناتال

- جواب : گزینه ج.

• کدامیک از موارد زیر در مورد حاملگی بعد از ۳۵ سالگی صحیح است؟ (دکتری ۹۱)

الف) ۴۰ درصد بارداری ها در سنین بالای ۳۵ سال رخ می دهند.

ب) لیبر زود هنگام به علت عوارض مادری مانند هیپرتانسیون و دیابت افزایش می یابد.

ج) میزان بروز ناهنجاری های ژنتیک ناشی از جهش اتوزومال غالب در اثر سن بالای پدر زیاد است.

د) اگر واکسن ویروسی زنده مانند سرخک زده شود، ختم حاملگی باید مدنظر قرار گیرد.

- جواب : گزینه ب.

• موارد زیر در مورد حاملگی نوجوانان صحیح است، بجز؟ (دکتری ۹۱)

الف) احتمال کم خونی در نوجوانان زیاد است.

ب) لیبر زودرس و مرگ و میر بالای شیرخوار، شایع تر از بالغین است.

ج) میزان بروز بیماری های مقاربتی در نوجوانان بیشتر از بالغین است.

د) به زنان نوجوان چاق باردار توصیه میشود کالری مصرفی روزانه را ۲۰۰ کیلوکالری افزایش دهند.

- جواب : گزینه ج.

• توصیه صحیح در زمینه ورزش در بارداری کدام است؟ (ارشد ۹۲)

الف) از انجام ورزش های ایستاده خودداری شود.

ب) از افزایش حرارت بدن در طی ورزش پیشگیری شود.

ج) ورزش های با تحمل وزن بدن ارجحیت دارد.

د) با افزایش سن بارداری از حداکثر هفته ای سه بار، به هفته ای یک بار کاهش یابد.

- جواب : گزینه ب.

• کدام یک از موارد زیر بر اساس شواهد، می تواند موجب ناهنجاری های جنینی می شود؟ (ارشد ۹۲)

- (الف) اجاق های مایکروویو (ب) تلفن های همراه (ج) سن بیشتر از ۳۵ سال (د) چاقی مادر
- جواب: گزینه ج.

• کدام یک از موارد زیر در مورد چاقی صحیح نیست؟ (دکتری ۹۲)

- (الف) کاهش باروری (ب) کاهش آسم (ج) افزایش هیپرتانسیون (د) افزایش دیابت
- جواب: گزینه ب.

• در شروع مراقبت های بارداری، انجام کدام مورد صحیح است؟ (ارشد ۹۳)

- (الف) تست تحمل گلوکز (ب) تست پروتئین و کشت ادرار
(ج) کشت استرپتوکوک گروه B (د) غربالگری نقایص لوله عصبی
- جواب: گزینه ب.

• کدام مادر باردار را برای مشاوره، نیازمند ارجاع به متخصص نمی دانید؟ (ارشد ۹۳)

- (الف) بارداری اول ۳۱ ساله (ب) گراوید دو، دچار پیلونفریت
(ج) پست دیت، ۴۱ هفته و دو روز (د) ۱۵ هفته بارداری، دچار خونریزی واژینال
- جواب: گزینه الف.

• کدامیک از موارد زیر ممنوعیت مطلق ورزش هوازی در بارداری محسوب می شود؟ (ارشد ۹۴)

- (الف) بیماری قلبی کلاس یک. (ب) آنمی شدید درمان نشده.
(ج) تشخیص جفت سرراهی پس از هفته ۲۶ بارداری. (د) مصرف شدید سیگار به مدت حداقل ۵ سال.
- جواب: گزینه ج.

• همه موارد زیر از اهداف مراقبت پیش از بارداری است؛ بجز؟ (دکتری ۹۴)

- (الف) کاهش عواقب ناخواسته بارداری (ب) بهبود دانش و نگرش زوجین
(ج) کاهش هزینه های درمان حاملگی های پر خطر (د) به حداقل رساندن تکرار عواقب ناخواسته حاملگی های قبلی
- جواب: گزینه ج.

• غربالگری روانپزشکی مادران باردار چگونه باید صورت گیرد؟ (دکتری ۹۴)

- (الف) در سه ماهه اول (ب) در سه ماهه اول و آخر
(ج) حداقل یکبار در هر سه ماهه بارداری (د) در دوره پیش از بارداری و سه ماهه اول

- جواب : گزینه ج.

• موارد زیر از اهداف مراقبت های پیش از لقاح می باشد، بجز ؟ (ارشد ۹۵)

الف) بهبود آگاهی، نگرش و رفتارهای زنان و مردان در ارتباط با سلامن قبل از لقاح.

ب) اطمینان از این که تمام زنان سنین باروری تحت پوشش مراقبت های قبل از لقاح هستند.

ج) حصول اطمینان از این که زنان در بارداری تحت پوشش بیمه باشند.

د) کاهش خطرات از طریق مداخله در دوران بارداری.

- جواب : گزینه ج.

• در مراقبتهای پیش از بارداری کدام یک از گروه های زیر در معرض خطر افزایش عوارض پری ناتال هستند ؟ (ارشد ۹۵)

الف) زنانی که ورزش های روزانه دارند. ب) زنان شاغل که ۳۶ ساعت در هفته کار می کنند.

ج) زنان با BMI بیشتر از ۲۶. د) زنان با سابقه زایمان بریج.

- جواب : گزینه ج.

• در مراقبتهای قبل بارداری کدام یک از گروه های زیر در معرض خطر افزایش عوارض پری ناتال هستند ؟ (دکتری ۹۵)

الف) زنانی که ورزش های روزانه دارند. ب) زنان شاغل که ۳۶ ساعت در هفته کار می کنند.

ج) زنان با $BMI > 25$ د) زنان با سابقه دوقلویی

- جواب : گزینه ج.

• طبق نظر کالج متخصصین زنان مامایی آمریکا غربالگری خشونت خانگی طبق چه الگویی باید انجام شود ؟ (ارشد ۹۶)

الف) اولین ویزیت پره ناتال - تراimestر دوم - بعد از زایمان.

ب) اولین ویزیت پره ناتال - تراimestر سوم - بعد از زایمان.

ج) اولین ویزیت پره ناتال - تراimestر اول - دوم و سوم.

د) اولین ویزیت پره ناتال - تراimestر اول - دوم - سوم و بعد از زایمان.

- جواب : گزینه د.

• کدامیک از موارد کنتراندیکاسیون های مطلق فعالیت های آتروبیک در بارداری است ؟ (ارشد ۹۶)

الف) کم خونی شدید ب) برونشیت مزمن ج) وزن بسیار کم مادر د) پره اکلامپسی

*نکته : تعدادی از موضوعات مطرح در مشاوره قبل از حاملگی	
وضعیت (اختلال)	توصیه هایی برای مشاوره قبل از بارداری
آسم	تحت درمان گام به گام قرار دادن بیماران مبتلا به آسم مزمن / به حد بهینه رساندن عملکرد ریه.
بیماری هماتولوژیک	کم خونی فقر آهن: تجویز مکمل / تالاسمی: غربالگری / سلول داسی: مشاوره و غربالگری خود و همسر.
بیماری بافت همبند	RA: احتمال شعله وری در حاملگی، تغییر داروهای متوتورکسات و لفلونومید قبل از حاملگی، قطع مصرف NSAID ها در هفته ۲۷ / SLE: مشاوره در مورد خطرهای بیماری در حاملگی، تغییر داروهای تراژونسیته میکوفنولات موفتیل و سیکلوفسفامید قبل از حاملگی.
بیماری درماتولوژیک	تغییر داروهای تراژون ایزوترتینوئین و اترتینات قبل از حاملگی.
بیماریهای عفونی	انفولانزا: واکسینه کردن قبل از فصل انفولانزا / مالاریا: پرهیز از مسافرت به مناطق اندمیک، در صورت مسافرت استفاده از روش جلوگیری از بارداری / سرخچه: در صورت ایمن نبودن واکسینه کردن / کزاز، دیفتری، سیاه سرفه: واکسینه کردن در تمام سنین واقع در سنین باروری / واریسلا: واکسینه کردن.
بیماری قلبی - عروقی	مشاوره در افراد مبتلا به ناهنجاری مادرزادی / تغییر داروهای وارفارین، مهارکننده های ACE و ARB ها به انواع کم خطرتر آن ها.
بیماری کلیوی	کنترل فشارخون قبل از حاملگی / ضرورت تغییر داروهای مهارکننده ACE و ARB ها.
بیماری گوارشی	بیماری التهابی روده: مشاوره در خصوص کاهش باروری و افزایش خطر پیامدهای نامطلوب حاملگی، استفاده از یک روش مؤثر جلوگیری از بارداری در حین استفاده از داروهای تعدیل کننده ایمنی و متوترکسات.
بیماری کبدی - صفراوی	هیپاتیت B: واکسینه کردن زنان پرخطر، مشاوره با افراد ناقل مزمن در رابطه با انتقال به همسر و جنین، در صورت اندیکاسیون درمان بیماری / هیپاتیت C: غربالگری زنان پرخطر، در مورد عواقب و مناسب بودن حاملگی توضیح بدهید.
ترومبوفیلی	در صورت تشخیص ضمن مشاوره استفاده از رژیم ضد انعقادی مناسب.
هیپرتانسیون مزمن	بررسی از نظر هیپرتروفی بطن، رتینوپاتی و بیماری کلیوی، به حد بهینه رساندن فشارخون، تغییر داروها به داروهای مناسب.
تماسهای محیطی	متیل مرکوری: از مصرف کوسه ماهی، نیزه ماهی، ماکرل بزرگ و سفره ماهی خودداری کنید. مصرف هر هفته حداکثر ۱۲ اونس (۳۴۰ گرم) یا دو عدد تون کنسروی و یا حداکثر ۶ اونس (۱۷۰ گرم) آلباکور. سرب: در صورت وجود عوامل خطر بررسی میزان سرب خون. در صورت اندیکاسیون درمان.
وزن غیر طبیعی	BMI بیشتر مساوی ۲۵ kg/m ² : بررسی از نظر دیابت، سندرم متابولیک، توجه به کاهش وزن قبل حاملگی BMI کمتر مساوی ۲۵ kg/m ² : بررسی از نظر اختلالات غذا خوردن.
دیابت	بررسی بیمار از نظر آسیب اعضای انتهایی مانند رتینوپاتی، نفروپاتی و هیپرتانسیون، قطع مصرف داروهای مهارکننده ACE، کاستن از تراژونسیته هیپرگلیسمی با کنترل قند خون قبل از بارداری. کمتر از حد میزان بودن هموگلوبین A1c.
سرطان	مشاوره در خصوص کاهش باروری به دنبال مصرف برخی داروها، بررسی از نظر مناسب بودن یا نبودن حاملگی با توجه به نیاز به درمان جاری سرطان و پیش آگهی بیمار.
STDها	سوزاک، سیفلیس، کلامیدیا: غربالگری زنان پرخطر و درمان در صورت اندیکاسیون. HIV: غربالگری، مشاوره در خصوص خطرهای دوران حاملگی و انتقال پره ناتال، شروع درمان قبل از حاملگی جهت کاستن خطر انتقال، در صورت عدم تمایل بارداری توصیه به استفاده از کنتراستپتیو مناسب. HPV: غربالگری با پاپ اسمیر، انجام واکسیناسیون در بیماران دارای شرایط مناسب. HSV: غربالگری سرولوژیک در زنانی که همسرشان مبتلاست. مشاوره در زنان مبتلا در خصوص خطرهای

انتقال پری ناتال و روشهای پیشگیری در سه ماهه سوم و حین لیبر.	
افزایش خطر ابتلای نوزاد به ناهنجاری های ساختمانی در مادر مبتلا، پرهیز از تجویز داروی والپروئیک اسید، درمان با رژیم تک دارویی با خاصیت تراژوژنی حداقل، تجویز تری متادپون کنتراندیکه است. تجویز ۴ میلی گرم اسیدفولیک در زنان مبتلا.	صرع (اپی لپسی)
*نکته: پس از ناهنجاریهای قلبی، رتبه دوم شایعترین ناهنجاریهای ساختمانی را به خود اختصاص میدهند. (میزان بروز: ۰/۹ مورد در هر ۱۰۰۰ زایمان زنده)؛ قبل از حاملگی و نیز در تمام سه ماهه اول تجویز ۴۰۰-۸۰۰ میکروگرم فولیک اسید هر روز.	NTDs
رساندن غلظت فنیل آلانین ۳ ماه قبل از حاملگی به حد طبیعی، میزان هدف فنیل آلانین ۱۲۰-۳۶۰ میکرومول در لیتر.	فنیل کتونوری

• مصرف بیش از حد انواع ماهی احتمال بروز کدامیک از عوارض را در جنین افزایش می دهد؟ (ارشد ۹۰)

- الف) عوارض قلبی (ب) عوارض عصبی (ج) محدودیت رشد داخل رحم (د) زایمان پره ترم
- جواب گزینه: ب.

• بررسی آزمایشگاهی زیر در مورد مراقبت قبل از حاملگی در زنان مبتلا به دیابت توصیه می شود، بجز؟ (دکتری ۹۱)

- الف) تست های عملکرد تیروئید (ب) هموگلوبین A1c (ج) پروتئین ادرار (د) تست های عملکرد کبد
- جواب: گزینه د.

• غربالگری کدام یک از موارد زیر در مشاوره پیش از بارداری الزامی نیست؟ (ارشد ۹۲)

- الف) عفونت کلامیدیایی (ب) واژینوز باکتریال (ج) پاپیلوماویروس انسانی (د) ویروس هرپس سیمپلکس
- جواب: گزینه ب.

• فراوانی کدامیک از عوارض زیر در فرزندان زنان مبتلا به فنیل کتونوری درمان نشده بیشتر از سایر موارد می باشد؟ (دکتری ۹۲)

- الف) میکروسفالی (ب) محدودیت رشد داخل رحمی (ج) بیماری مادرزادی قلبی (د) عقب ماندگی ذهنی
- جواب: گزینه د.

• بنابر تحقیقات انجام شده بر روی عوامل خطر پیش از بارداری، کدام عامل دارای بیشترین شیوع است؟ (دکتری ۹۴)

- الف) بیماری های ژنتیک (ب) خطرات تغذیه ای (ج) HIV (د) هیپاتیت B
- جواب: گزینه ب.

● بهترین راه کاهش شانس ناهنجازی جنینی در مادران مبتلا به فنیل کتونوری چیست؟ (دکتری ۹۴)

الف) مشاوره و غربالگری نقص متابولیسم فنیل آلانین در قبل از بارداری.

ب) رژیم بدون محدودیت فنیل آلانین در دوره پیش از بارداری.

ج) حفظ سطح نرمال فنیل آلانین در یک ماه پیش از بارداری.

د) حفظ سطح نرمال فنیل آلانین در سه ماهه پیش از بارداری و در طول بارداری.

- جواب: گزینه د.

● کدامیک از جملات زیر در خصوص هموگلوبین A^{1c} درست است؟ (ارشد ۹۵)

الف) دیابت را در ۶ ماه گذشته بررسی می کنند.

ب) در بررسی و پیش بینی احتمال وقوع ناهنجاریهای جنینی مفید است.

ج) در مراقبت های دوران بارداری مؤثرتر از قبل بارداری است.

د) در افراد غیردیابتیک قابل اندازه گیری است.

- جواب: گزینه ب.

● هدف اصلی از مراقبت قبل بارداری در مبتلایان به دیابت، طبق نظر انجمن دیابت امریکا کدام است؟ (دکتری ۹۶)

الف) پایش پروتئین ادرار

ب) پایش کراتینین سرم

ج) پایش سطح گلوکز پلاسمایی مویرگی

د) کسب پایین ترین سطح A^{1c}

- جواب: گزینه د.

● زنان دارای سابقه تولد نوزاد، سابقه نقص لوله عصبی، مصرف اسید فولیک را از چه زمانی باید آغاز کند؟ (ارشد ۹۶)

الف) یک ماه قبل از حاملگی

ب) سه ماه قبل از حاملگی

ج) اولین ویزیت پره ناتال

د) پایان تراپمستر اول

- جواب: گزینه الف.

*نکته: میزان شیوع عوارض در فرزندان زنان مبتلا به فنیل کتونوری درمان نشده شامل: عقب ماندگی تکاملی (۰.۹۲٪)؛ میکروسفالی (۰.۷۳٪)؛ محدودیت رشد داخل رحمی (۰.۴۰٪)؛ سقط خودبخود (۰.۲۴٪)؛ بیماری مادرزادی قلب (۰.۱۲٪).

*نکته : معیارهای قطع مصرف داروهای ضد تشنج در دوره قبل از حاملگی : (۱) عاری از تشنج بودن به مدت ۲-۵ سال؛ (۲) زنانی که مبتلا به یک نوع واحد صرع هستند؛ (۳) طبیعی بودن نتیجه معاینه نورولوژیک وضعیت هوشیاری؛ (۴) زنانی که نتیجه الکتروانسفالوگرافی آنان با درمان به وضعیت طبیعی برگشته باشد.

● در مشاوره قبل از بارداری زنان مبتلا به صرع کدامیک از موارد صحیح است ؟ (ارشد ۹۳)

الف) احتمال وقوع اختلالات ساختمانی در فرزندان مبتلایان، در مقایسه با غیر مبتلایان یکسان است.

ب) در زنانی که به مدت ۲-۵ سال فاقد تشنج بوده اند، دارو قطع می شود.

ج) صرع مادر در بارداری به صورت چند دارویی کنترل می شود.

د) در زنانی که دچار یک نوع منفرد از تشنج هستند درمان چند دارویی انجام می گردد.

- جواب : گزینه ب.

● مصرف کافئین بیش از ۳۰۰ میلی گرم در روز در دوران بارداری موجب افزایش کدامیک از عوارض زیر می گردد ؟ (دکتری ۹۳)

الف) تأخیر رشد داخل رحمی (ب) جفت سرراهی

ج) ناهنجاری های مادرزادی (د) حاملگی دیررس

- جواب : گزینه الف.

● کدامیک از گزینه های زیر در مورد مصرف ماهی در بارداری صحیح است ؟ (دکتری ۹۳)

الف) مصرف ماهی های پرورشی به هر میزان بلامانع است.

ب) مصرف کنسرو ماهی محدودیت ندارد.

ج) به علت وجود جیوه مصرف ماهی کلاً توصیه نمی شود.

د) مصرف بعضی از ماهی ها به علت وجود جیوه توصیه نمی شود.

- جواب : گزینه د.

● کدامیک از جملات زیر در خصوص بارداری در زنان مبتلا به صرع صحیح است ؟ (دکتری ۹۴)

الف) مصرف داروهای ضد صرع احتمال وقوع ناهنجاری را کاهش می دهد.

ب) در خانم باردار مبتلا به صرع بهتر است از مصرف والپروئیک اسید اجتناب شود.

ج) آکادمی نورولوژی آمریکا حتی در موارد ساده صرع در بارداری درمان دارویی توصیه می کند.

د) همیشه رژیم های تک دارویی صرع کمتر از سایر رژیم ها، تراتوژنیک هستند.

- جواب : گزینه ب.

• کدامیک از جملات زیر در خصوص صرع در بارداری صحیح است؟ (ارشد ۹۵)

- الف) درمان با والپروئیک اسید به صورت روتین توصیه می شود.
 ب) همه رژیم های تک دارویی در دوران بارداری برای جنین بی ضرر هستند.
 ج) مصرف داروی ضد صرع در بارداری ممکن است منجر به وقوع ناهنجاری شود.
 د) معمولاً درمان با رژیم تک دارویی در بارداری توصیه نمی شود.
 - جواب: گزینه ج.

• کدامیک از موارد زیر در مورد مشاوره قبل از بارداری، در مادران مبتلا به صرع درست است؟ (ارشد ۹۵)

- الف) صرع مادر به صورت تک دارویی کنترل شود.
 ب) قطع داروهای ضد تشنج در زمانی که به مدت یک سال فاقد تشنج بوده اند.
 ج) در صورت عدم تشنج در سال قبل، خطر تشنج اندکی کمتر خواهد بود.
 د) از والپروئیک اسید برای درمان استفاده شود.
 - جواب: گزینه الف.

• خانمی گراوید ۱ پارا صفر، که مبتلا به صرع است قصد بارداری دارد. در مراقبت های پیش از بارداری چه نوع دارویی را برای وی پیشنهاد می کنید؟ (دکتری ۹۵)

- الف) اسیدوالپروئیک + اسید فولیک
 ب) فنی توئین + والپروات
 ج) کلونازپام + فنی توئین
 د) کاربامازپین + اسید فولیک
 - جواب: گزینه د.

*نکته: واکسیناسیون در دوران بارداری		
واکسن های مجاز	حاوی توکسوئید	مانند: کزاز
واکسن های غیر مجاز	متشکل از باکتری یا ویروس کشته شده	مانند: آنفولانزا، پنوموکوک، هپاتیت ب، مننگوکوک، هاری.
واکسن های غیر مجاز	متشکل از ویروس زنده	مانند: واریسلا-زوسترا، سرخک، اوریون، سرخجه، فلج اطفال، آبله مرغان، تب زرد.

• در ارتباط با واکسیناسیون هیپاتیت A و B کدام عبارت صحیح است؟ (ارشد ۹۰)

- الف) پروفیلاکسی آن فقط پس از مواجهه تجویز می شود.
 ب) در تمام موارد پیش و پس از مواجهه تجویز می شوند.
 ج) در زنان در معرض خطر عفونت، پیش و پس از مواجهه تجویز می شوند.

(د) تجویز آن در سراسر طول حاملگی ممنوع است.

- جواب : گزینه ج.

• کدام عبارت در رابطه با واکسیناسیون دوران بارداری نادرست است؟ (ارشد ۹۰)

(الف) تمام زنانی که در فصل انفولانزا باردار شوند باید واکسن انفولانزا دریافت کنند.

(ب) اندیکاسیون تجویز واکسن های پنوموکوک و منگوکوک در بارداری تغییر نمی کند.

(ج) نوزاد متولد شده از مادر مبتلا به هیپاتیت B نیاز به واکسیناسیون بدو تولد و ایمونوگلوبین دارد.

(د) نوزاد متولد شده از مادر مبتلا به هیپاتیت A نیاز به پروفیلاکسی ندارد.

- جواب : گزینه د.

• تجویز کدامیک از واکسن های زیر در دوران بارداری ممنوع می باشد؟ (ارشد ۹۱)

(الف) هاری (ب) پنوموکوک (ج) واریسلا (د) هیپاتیت B

- جواب : گزینه ج.

• تزریق همه واکسن های زیر در برنامه ایمن سازی پیش از بارداری لازم است گنجانده شود، بجز؟ (دکتری ۹۲)

(الف) سرخک (ب) منگوکوک (ج) سرخجه (د) اوریون

- جواب : گزینه ب.

• در کدام وضعیت، تجویز واکسن پنوموکوک برای زنان حامله ضرورت دارد؟ (دکتری ۹۲)

(الف) بیماری قلبی (ب) بیماری کبدی

(ج) پروتئیموری با شروع جدید (د) کم خونی فقر آهن

- جواب : گزینه الف.

• خانم بارداری سهواً واکسن سرخجه در هفته ۶ بارداری دریافت نموده است، اقدام بعدی چیست؟ (دکتری ۹۴)

(الف) ختم بارداری و بررسی جنین از نظر آنومالی. (ب) ختم بارداری و بررسی سطح آنتی ژن سرمی.

(ج) مراقبت روتین دوران بارداری. (د) بررسی سطح آنتی ژن سرمی.

- جواب : گزینه ج.

• در مورد کدامیک از واکسن های زیر بهتر است فاصله یک ماه یا بیشتر بین تجویز واکسن و اقدام بارداری

رعایت شود؟ (دکتری ۹۴)

(الف) کزاز (ب) هیپاتیت ب (ج) انفولانزا (د) MMR

- جواب : گزینه د.

• در صورتیکه مادر **HBS Ag** مثبت باشد، کدام یک از موارد زیر در مورد تزریق ایمونوگلوبولین اختصاصی هیپاتیت ب، و واکسن هیپاتیت ب، برای نوزاد درست است؟ (ارشد ۹۵)

الف) باید بلافاصله بعد از تولد ایمونوگلوبولین را تزریق نموده و واکسن با فاصله ۷ روز تزریق شود.

ب) باید بلافاصله بعد از تولد ایمونوگلوبولین را تزریق نموده و واکسن با فاصله ۷ حداقل یک ماه تزریق شود.

ج) باید هر دو ایمونوگلوبولین و واکسن در ساعت اولیه بعد از تولد تزریق شود.

د) تزریق دوز اول واکسن ضرورتی نداشته و ایمونوگلوبولین باید در ساعت اولیه بعد از تولد تزریق شود.

- جواب : گزینه ج.

• خانمی گراوید ۲ پارا ۱، در هفته ۱۱ بارداری است و در فصل شایع از نظر آنفولانزا قرار دارد. توصیه شما برای تلقیح واکسن آنفولانزا چیست؟ (دکتری ۹۵)

الف) بعد از اتمام ۳ ماهه اول تلقیح شود.

ب) بدون توجه به سن بارداری بهتر است تلقیح شود.

ج) بهتر است در دوران بارداری تلقیح نشود.

د) با رعایت موارد بهداشتی نیازی به تلقیح نیست.

- جواب : گزینه ب.

• تست هیپاتیت ب، در زنان باردار **High Risk** در چه زمانی باید انجام شود؟ (دکتری ۹۵)

الف) اولین ویزیت و سه ماهه سوم

ب) فقط اولین ویزیت

ج) اگر قبل از بارداری انجام داده نیازی به تکرار نیست

د) یک بار و در هر زمانی از بارداری قابل انجام است.

- جواب : گزینه الف.

سئوالات فصل سوم

۱. مشاوره قبل از بارداری و ارزیابی یک زن دچار دیابت باید شامل تمام موارد زیر باشد، بجز ؟
- الف) آزمایش دانسیته استخوان (ب) معاینه شبکه
ج) جمع آوری ادرار ۲۴ ساعته از نظر پروتئین (د) هموگلوبین A1c
۲. کدام بافت های جنینی مستعدترین بافت ها برای آسیب با سطح بالای فنیل آلانین خون هستند ؟
- الف) کلیوی و کبدی (ب) قلبی و کلیوی (ج) عصبی و قلبی (د) عصبی و کبدی
۳. کدام داروی ضد تشنج زیر بیشترین میزان بدشکلی مادرزادی را سبب می شود ؟
- الف) فنی توئین (ب) اسیدوالپروئیک (ج) فنوباریتال (د) کاربامازپین
۴. شایعترین ناهنجاری ساختاری جنین کدام است ؟
- الف) شکاف های صورتی (ب) آنومالی های اندام ها (ج) نواقص لوله عصبی (د) اختلالات کلیوی
۵. بیماری تی ساکس به کدام شکل به ارث می رسد ؟
- الف) وابسته به X غالب (ب) اتوزومال غالب (ج) وابسته به X مغلوب (د) اتوزومال مغلوب
۶. عوارض مادری چاقی در حین بارداری کدام است ؟
- الف) لیبر پره ترم (ب) پره اکلامپسی (ج) جفت سرراهی (د) محدودیت رشد جنینی
۷. سنجش میزان هموگلوبین A1c جهت بررسی وضعیت دیابت در چه بازه زمانی است ؟
- الف) ۶ هفته قبل (ب) یک ماه قبل (ج) ۵ هفته قبل (د) دو ماه قبل
۸. میزان بروز ناهنجاری های جنینی در زنان مبتلا به دیابت حاملگی، چند برابر افزایش می یابد ؟
- الف) شش برابر (ب) پنج برابر (ج) چهار برابر (د) سه برابر
۹. میزان مصرف اسید فولیک در زنان مبتلا به صرع چه میزان توصیه شده است ؟
- الف) ۴ میلی گرم (ب) ۴ میکروگرم (ج) ۴۰ میکروگرم (د) ۰/۰۰۴ میلی گرم
۱۰. تجویز کدامیک از واکسن های زیر در دوران حاملگی کنترانیدیکاسیون دارد ؟
- الف) انفلوانزا (ب) پنوموکوک (ج) مننگوکوک (د) واریسلا زوستر
۱۱. کدام واکسن جزو واکسن های مجاز در دوران بارداری محسوب می شود ؟
- الف) سرخک (ب) کزاز (ج) سرخچه (د) تب زرد

۱۲. خانمی ۹ هفته باردار و به شما مراجعه کرده عنوان می کند که یک ماه گذشته واکسن هاری را به علت تماس با سگ دریافت کرده است ادامه روند بارداری وی چگونه است ؟

الف) بایستی در ادامه بارداری ایمونوگلوبولین دریافت کند.

ب) بیمار تحت نظر باشد و آزمایشات در این زمینه را انجام دهد.

ج) تلقیح واکسن هاری در دوران بارداری با پیامد جنینی نامطلوب همراه نیست.

د) به علت ایجاد کری و کوری مادرزادی، ادامه بارداری مناسب نمی باشد.

۱۳. خانمی واکسن اوربون دریافت کرده بهتر است فاصله تجویز واکسن با حامله شدن وی چه مدت باشد ؟

الف) بیشتر از سه ماه

ب) کمتر از دو ماه

ج) بیشتر از یک ماه

د) بلافاصله میتواند حامله شود

۱۴. در صورت تجویز ناخواسته واکسن MMR در دوران بارداری، کدام اقدام زیر بایستی صورت گیرد ؟

الف) ادامه بارداری

ب) ختم حاملگی

ج) دریافت ایمونوگلوبولین

د) تکرار تجویز واکسن

۱۵. واکسن هایی که حاوی توکسوئید هستند، قبل و حین حاملگی..... ؟

الف) تراژون محسوب می شوند.

ب) مطلوب به حساب می آیند.

ج) کنتراندیکاسیون دارند.

د) پیامد نامطلوب جنینی دارند.

۱۶. کدام گروه از واکسن های زیر جهت مصون سازی در دوران بارداری، توصیه نمی شوند ؟

الف) واکسن های متشکل از باکتری های کشته شده.

ب) واکسن های حاوی ویروس های کشته شده.

ج) واکسن هایی که حاوی توکسوئید هستند.

د) واکسن های متشکل از ویروس زنده.

۱۷. میزان شیوع کدام عارضه در فرزندان زنان مبتلا به فنیل کتونوری درمان نشده بیشتر است ؟

الف) سقط خودبخود

ب) عقب ماندگ تکاملی

ج) میکروسفالی

د) بیماری مادرزادی قلب

۱۸. خانم بارداری مبتلا به بیماری التهابی روده می باشد و داروی متوتورکسات مصرف می کند، در خصوص ادامه درمان وی کدام گزینه زیر صحیح است ؟

الف) داروی تعدیل کننده ایمنی استفاده کند.

ب) با مهارکننده های ACE جایگزین شود.

ج) NSAIDها را به جای آن استفاده نماید.

د) قبل از حاملگی دارو بایستی تغییر کند.

۱۹. در یک خانم باردار دیابتی بیمار از نظر همه موارد زیر بایستی مورد بررسی قرار بگیرد، بجز ؟

الف) رتینوپاتی ب) نفروپاتی ج) هیپرتانسیون د) هیپرتیروئیدی

۲۰. پر قدرت ترین عامل پیشگویی کننده مصرف فولات در دوره حاملگی است.

الف) ماه اول ب) ماه دوم ج) ماه سوم د) قبل از حاملگی

www.nokhbegaan.com

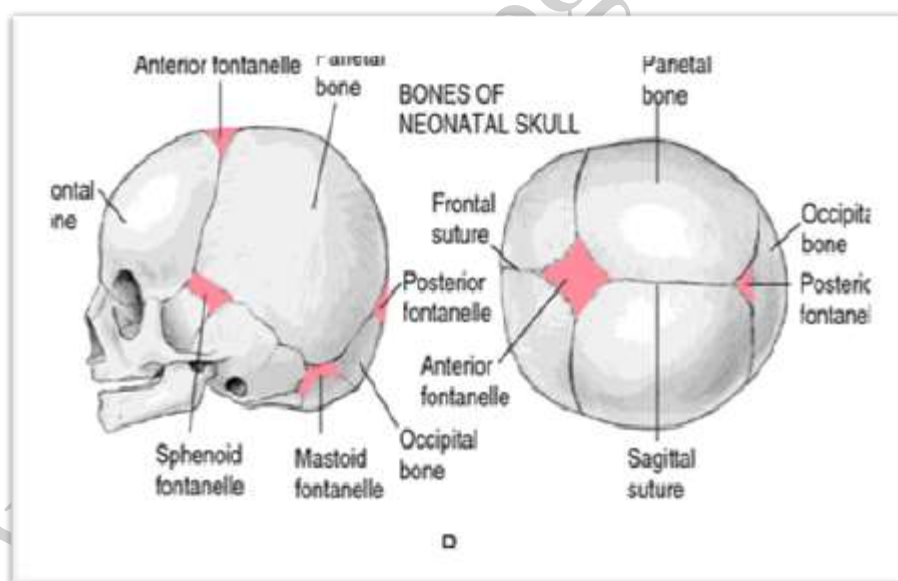
پاسخنامه سئوالات فصل سوم

سؤال	الف	ب	ج	د
۱	*			
۲			*	
۳		*		
۴			*	
۵				*
۶		*		
۷	*			
۸			*	
۹	*			
۱۰				*
۱۱		*		
۱۲			*	
۱۳			*	
۱۴	*			
۱۵		*		
۱۶				*
۱۷		*		
۱۸				*
۱۹				*
۲۰				*

فصل چهارم : لیبر طبیعی

لیبر روندی است که منجر به زایمان (تولد بچه) می شود. وضع حمل مستلزم تغییرات متعددی در رحم و سرویکس است. که می توان آن را به ۴ مرحله رحمی تقسیم کرد. **الف)** مرحله مقدماتی؛ یا مرحله سکون که ۹۵٪ از بارداری را به خود اختصاص داده است. **ب)** مرحله آماده سازی برای زایمان؛ نشان دهنده تغییرات رحم در ۶ تا ۸ هفته آخر بارداری می باشد. که در آن تعداد گیرنده های اکسی توسین افزایش می یابند. همچنین سگمان تحتانی رحم شکل می گیرد. و روند مشخصی به نام سبک شدن (**Lightening**) توسط مادر احساس می شود. **ج)** روند زایمان؛ که خود شامل سه فاز می باشد : در فاز اول که فاز افسامان دیلاتاسیون نام دارد انقباضات رحمی با تعداد و مدت زمان کافی در فواصل منظم سبب نازک شدن سرویکس می شوند. فاز دوم با کامل شدن اتساع سرویکس آغاز و با تولد جنین خاتمه می یابد. فاز سوم نیز جداسازی و خروج جفت می باشد. **د)** فراغت از زایمان.

● **مشخصات سر جنین :** سر شامل استخوان های صورت و جمجمه می باشد. صورت از ۱۴ استخوان کوچک تشکیل شده که بطور محکمی به هم اتصال دارند و استخوان های جمجمه شامل : ۲ عدد استخوان پیشانی (فرونتال)، ۲ عدد استخوان آهیانه (پرییتال)، و ۲ عدد استخوان گیجگاهی (تمپورال)، و ۱ عدد استخوان پس سری (اکسی پوت) و نیز استخوان اسفنوئید که در کف جمجمه قرار دارد، می باشد. استخوان های جمجمه به طور کامل به هم اتصال نیافته اند و شکاف های کوچکی در بین استخوان ها وجود دارد که درزها و ملاج های جمجمه را تشکیل می دهند. درزها (سوچورها) مفاصل جمجمه ای هستند و در جایی تشکیل شده اند که دو استخوان مجاور یکدیگرند و جایی که دو درز بیشتر به هم می رسند ملاج (فونتانل) را تشکیل می دهند.



درزها و فونتائل های سر جنین	
درز لامبودوئیدال	استخوان اکسی پوت را از دو استخوان پاریتال جدا می کند.
درز ساژیتال	بین دو استخوان پاریتال قرار دارد.
درز کروئال	بین استخوان های پیشانی و آهیانه قرار دارد.
درز پیشانی	بین دو استخوان پیشانی قرار دارد.
درز گیجگاهی	بین استخوان های آهیانه و گیجگاهی قرار دارد.
فونتائل قدامی یا برگما	در محل اتصال درزهای ساژیتال، کروئال و پیشانی قرار دارد، پهن و لوزی شکل است. به طول ۳-۴ سانتی متر و عرض ۱/۵-۲ سانتی متر. و به طور طبیعی در ۱۸ ماهگی بسته می شود.
فونتائل خلفی یا لامبدا	در محل اتصال درزهای لامبودوئیدال و ساژیتال قرار دارد. کوچک و مثلثی شکل است و در هفته ششم بعد از زایمان بطور طبیعی بسته می شود.

حرکات اساسی و مکانیسم زایمان طبیعی : در شروع لیبر، وضعیت قرارگیری جنین نسبت به مجرای زایمان، سیر زایمان را تعیین می کند. موقعیت زایمان با چهار واژه زیر مشخص می شود :

• **Lie** یا قرار : ارتباط محور طولی جنین با محور طولی مادر است. ۹۹٪ جنین ها در زمان ترم قرار طولی دارند و بقیه به صورت عرضی یا مایل (که محور طولی جنین و مادر با زاویه ۴۵ درجه همدیگر را قطع می کنند)، قرار می گیرند. *نکته : عوامل زمینه ساز قرار عرضی شامل مولتی پاریتی، جفت سرراهی، هیدرآمنیوس، و ناهنجاریهای رحمی است.

نکته مهم: داوطلبین محترم توجه فرمایید که با تهیه این جزوات دیگر نیاز به خرید هیچ

گونه کتاب مرجع دیگری نخواهید داشت. برای اطلاع از نحوه دریافت جزوات کامل با

شماره های زیر تماس حاصل فرمایید.

۰۲۱-۶۶۹۰۲۰۶۱-۶۶۹۰۲۰۳۸-۰۹۳۷۲۲۲۳۷۵۶

خرید اینترنتی:

Shop.nokhbegaan.ir