

فهرست

فصل اول: ملاحظات عمومی و ارزیابی مادر.....	
فصل دوم: مراقبت های ویژه و تروما.....	
فصل سوم: بیماری های آمیزشی.....	
فصل چهارم: بیماری های نئوپلاستیک.....	
فصل پنجم: اختلالات کلیه و مجاری ادراری.....	
فصل ششم: اختلالات روانی.....	
فصل هفتم: اختلالات نورولوژیک.....	
فصل هشتم: چاقی.....	
فصل نهم: اختلالات دستگاه گوارش.....	
فصل دهم: اختلالات کبد و کیسه صفرا و پانکراس.....	
فصل یازدهم: اختلالات قلبی و عروقی.....	
فصل دوازدهم: هیپرتانسیون مزمن.....	
فصل سیزدهم: اختلالات اندوکرین.....	
فصل چهاردهم: دیابت قندی.....	
فصل پانزدهم: اختلالات تنفسی.....	
فصل شانزدهم: اختلالات ترومبوآمبولیک.....	
فصل هفدهم: اختلالات هماتولوژیک.....	
فصل هجدهم: بیماری های عفونی.....	
فصل نوزدهم: اختلالات درماتولوژیک.....	
فصل بیستم: بیماری های بافت همبند.....	
منابع:.....	

فصل اول : ملاحظات عمومی و ارزیابی مادر

برآورد دقیق میزان بروز و نوع بیماری های طبی و جراحی که در دوران بارداری روی می دهند، دشوار است. *نکته : میزان بستری در بیمارستان به دنبال وقوع آسیب در دوران بارداری، ۱۰/۱ مورد به ازای هر ۱۰۰ نفر است.

در رابطه با رویکرد منطقی مربوط به درمان اختلالات غیرممایی، موارد کلی ذیل بایستی مدنظر باشند :

- اگر زنی باردار نبود، راهکار درمانی پیشنهادی چه می بود ؟
 - در صورتیکه درمان پیشنهادی به علت باردار بودن متفاوت است آیا می توان آن را توجیه کرد ؟
 - چه خطرات و مزایایی برای مادر و جنین وی مطرح هستند. و آیا این دو موجود در مقابل یکدیگر قرار دارند ؟
 - آیا میتوان یک برنامه درمانی فردی سازی شده طراحی کرد که مابین مزایا و خطرات ایجاد شده توسط آن تعدیل برقرار باشد ؟
- نتایج تست های آزمایشگاهی ممکن است در بارداری تغییر کند، برخی از این تغییرات در زنان غیر باردار، غیر طبیعی تلقی میشوند. بخش اعظم داروهایی که برای درمان شایعترین عوارض استفاده می شود، در این دوران نسبتاً بی خطراند.
- *نکته : لاپاراسکوپی شایع ترین عمل انجام شده در سه ماهه اول بارداری است. *نکته : آپاندکتومی شایع ترین عمل انجام شده در سه ماهه دوم بارداری است. *نکته : در زنان باردار که تحت عمل جراحی قرار می گیرند نرخ بروز، زایمان زودرس، LBW، و مرگ نوزادی افزایش می یابد.

تکنیک های لاپاراسکوپی، کاربرد گسترده ای در تشخیص و درمان برخی اختلالات جراحی که در دوران بارداری روی می دهند، یافته اند. درمان بارداری نابجا، توده های آدنکس، کوله سیستکتومی، آپاندکتومی نمونه ای آشکار از کاربرد این تکنیک است. *نکته : حد بالای سن بارداری جهت انجام موفقیت آمیز لاپاراسکوپی، ۲۶ تا ۲۸ هفتگی می باشد. *نکته : لاپاراسکوپی بعد از هفته ۲۶-۲۸ در بارداری توصیه نمی گردد.

• پس از چه سن حاملگی انجام لاپاراسکوپ در زنان توصیه نمی شود ؟ (ارشد ۸۸)

الف) ۲۱ هفتگی ب) ۲۰ هفتگی ج) ۲۴ هفتگی د) ۲۶-۲۸ هفتگی

- جواب : گزینه د.

تغییرات همودینامیک ناشی از دمیدن هوا به درون شکم جهت انجام لاپاراسکوپی، در زنان باردار و غیر باردار مشابه است. در صورت دمیدن هوا با فشار ۱۰ میلی مترجیوه، هیچگونه تغییر فیزیولوژیک قابل توجهی روی نمی دهد؛ با این حال دمیدن با فشار ۲۰ میلیمتر جیوه باعث بروز تغییراتی قابل توجه (مانند : افزایش سرعت تنفس، اسیدوز تنفسی، کاهش برون ده قلب، افزایش فشار گوه ای، افزایش فشار شریان ریوی)، پس از ۲۰ دقیقه می گردد. *نکته : در صورتیکه دمیدن هوا با فشار زیر ۲۰ میلی متر جیوه انجام شود، تغییرات قلبی - تنفسی عموماً شدید نخواهد بود.

***نکته :** تعدادی از گایدلاینهای انجمن جراحان اندوسکوپیک گوارش آمریکا (SAGES) در مورد جراحی لاپاراسکوپیک در زنان حامله : اکسیژن توده های آدنکسی؛ بررسی اختلالات همراه با شکم حاد؛ آپاندکتومی، کله سیستکتومی، نفروکتومی، آدرنالکتومی، اسپلنکتومی.

آماده سازی بیمار جهت انجام لاپاراسکوپي در بارداری اندکی متفاوت است : با کج قرار گرفتن بیمار به سمت پهلو چپ، از تحت فشار قرار گرفتن آئورت و ورید اجوف ممانعت به عمل می آید. پس از سه ماهه نخست بایستی در روش استاندارد ورود لاپاراسکوپیک به لگن، تغییراتی اعمال گردد تا بدین وسیله از سوراخ شدن یا پارگی رحم اجتناب شود. امن ترین روش جهت وارد ساختن تروکارهای ثانویه، انجام این کار از طریق درگاه (پورت) اولیه و تحت مشاهده مستقیم لاپاراسکوپیک می باشد. در سنین بالاتر بارداری، ورود مستقیم از طریق درگاه (پورت) است که، در یک چهارم فوقانی و سمت چپ شکم در خط میدکلاویکلار، ۲ سانتی متر زیر لبه دنده هاست، این نقطه ورود (نقطه پالم) نام دارد. این محل، در لاپاراسکوپي های ژنیکولوژیک مورد استفاده قرار می گیرد. زیرا وقوع چسبندگی های جداری - احشایی در این منطقه ناشایع است. خطراتی که در ذات اندوسکوپي های شکمی نهفته اند، احتمالاً در دوران بارداری افزایش نمی یابند. تنها عارضه واضح سوراخ شدن رحم باردار توسط تروکار یا سوزن ورز است.

اثرات فیزیولوژیک دمیدن CO2 به درون حفره صفاق			
دستگاه	اثرات	مکانیسم	آثار احتمالی بر مادر و جنین
تنفسی	- افزایش CO2 - کاهش PH	- جذب CO2	- هیپرکپنی و اسیدوز
قلبی - عروقی	- افزایش ضربان قلب - افزایش مقاومت عروق سیستمیک - افزایش فشار متوسط شریانی - افزایش فشار وریدهای مرکزی - افزایش فشار شریان ریوی	- هیپرکپنی و افزایش فشار داخل شکمی - کاهش بازگشت وریدی	- کاهش خونرسانی رحمی جفتی و در نتیجه هیپوکسی، اسیدوز و کاهش خونرسانی به جنین
جریان خون	- کاهش جریان خون احشایی - کاهش خونرسانی به کبد - کاهش خونرسانی به کلیه ها - کاهش خونرسانی به اندام های گوارشی	- افزایش فشار داخل شکم	- کاهش خونرسانی رحمی جفتی - کاهش خونرسانی به جنین

برخی از روش های تصویر برداری که می توانند در بارداری مورد استفاده قرار گیرند شامل : سونوگرافی، رادیوگرافی، و MRI میباشند. از این میان رادیوگرافی از همه روش ها نگران کننده تر است. اشعه X و اشعه گاما دارای طول موج کوتاه و انرژی بسیار بالا بوده و شکلی از تشعشع یونیزان به شمار می روند.

***نکته :** دوزهای بالای اشعه های X و گاما می توانند در جنین باعث بروز آثار بیولوژیک و ایجاد خطرات تولیدمثلی شوند. از جمله آثار قطعی شامل : ناهنجاری های مادرزادی، IUGR، عقب افتادگی ذهنی و سقط می باشند. و آثار اتفاقی (تولیدمثلی) شامل :

بیماری های ژنتیک و سرطان هستند. *نکته : بیشترین خطر عقب ماندگی ذهنی شدید مربوط به هفته های ۸ تا ۱۵ بارداری میباشد.

برخی مقیاس های پرتوهای یونیزان	
تعداد یون های تولید شده توسط اشعه X به ازای هر کیلوگرم هوا واحد : رونتگن (R).	تماس (مواجهه)
مقدار انرژی اعمال شده به هر کیلوگرم بافت. - واحد مدرن : گری (Gy) (یک گری : ۱۰۰ راد) - واحد مرسوم : (rad)	دوز (مقدار)
مقدار انرژی اعمال شده به هر کیلوگرم بافت، که بر حسب ایجاد آثار بیولوژیک نرمالیزه شده باشد. - واحد مدرن : سیورت (Sv) (یک Sv : ۱۰۰ رم) - واحد قدیمی (rem)	دوز مؤثر نسبی

بخش هایی از بدن مادر که دارای بیشترین فاصله از رحم هستند مانند سر دوز بسیار اندکی از تشعشع پراکنشی به رحم و جنین می رسد. خطر ناهنجاری های مادرزادی، محدودیت رشد و سقط در دوزهای کمتر از 0.5 G (۵ راد) افزایش نمی یابد. از تأثیرات مضر اشعه X بر جنین می توان به موارد : مرگ سلولی، و اشکال در آمبریوژن، محدودیت رشد داخل رحمی، مالفورماسیون مادرزادی اشاره نمود.

• در خصوص اثر مضر اشعه X بر روی جنین کدام مورد هنوز قطعی نیست ؟ (ارشد ۸۸)

- الف) مرگ سلولی و اشکال در آمبریوژن ب) کارسینوژن بودن
ج) مالفورماسیون مادرزادی د) محدودیت رشد داخل رحمی

- جواب : گزینه ب.

*نکته : رایج ترین مطالعه در دوران بارداری، رادیوگرافی دو نمای قفسه سینه است. که میزان تماس جنین فوق العاده اندک است، 0.07 میلی راد.

در پیلوگرافی استاندارد داخل وریدی، دوز وارد شده به جنین / رویان ممکن است از 500 میلی راد تجاوز کند. علت این مسئله گرفتن فیلم های متعدد طی پیوگرافی می باشد. کاربرد پیلوگرافی زمانی است که به سنگ مجاری ادراری یا سایر علل انسداد شک وجود داشته باشد، اما در سونوگرافی به یافته ای که مؤید این موارد باشد دست نیابید، (پیلوگرافی تک تصویری) می تواند مفید واقع شود. اکثر (مجموعه رادیوگرافی های تروما) مانند مجموعه رادیوگرافی های اندام ها، جمجمه و دنده ها؛ باعث وارد شدن دوزهای پایینی از اشعه به جنین می شوند، علت این مسأله دور بودن جنین از مناطق هدف است.

*نکته : شایع ترین اندیکاسیون مطالعه رادیوگرافی حین بارداری نمایش بریج می باشد.

در دوران بارداری، اندوسکوپی روش ارجح برای بررسی لوله گوارش می باشد. گاه ممکن است پیش از اطلاع از بارداری فرد، برای وی رادیوگرافی های سریال دستگاه گوارش فوقانی و تنقیه باریوم انجام شود. از این حیث، بیشترین احتمال مربوط است به دوره پیش از لانه گزینی یا اوایل اندام زایی (ارگانوژنز). انجام آنژیوگرافی گاه از حیث بررسی بیماریهای خطرناک در مادر (خصوصاً به دنبال تروما) ضرورت می یابد. در این جا نیز هر چه فاصله رویان یا جنین از منطقه هدف بیشتر باشد، میزان تماس با اشعه و احتمال خطر کمتر است. در حال حاضر تصویربرداری با مقطع نگاری کامپیوتری عمدتاً به این صورت انجام می شود که نخست چندین تصویر با یک چرخش ۳۶۰ درجه ای گرفته شده و سپس این تصاویر پس از پردازش، به صورت صفحات متعددی نمایش داده می شوند. از این میان، تصاویر محوری همچنان رایج ترین تصاویر اخذ شده به شمار می روند.

در صورتیکه سی تی اسکن، هم با ماده حاجب و هم بدون ماده حاجب انجام شود، به دلیل دو برابر شدن تعداد تصاویر گرفته شده، میزان اشعه وارد شده نیز دو برابر می شود. میزان تماس جنین با اشعه به اندازه بدن مادر و جنین، و وضعیت قرارگیری جنین بستگی دارد. در سی تی اسکن نیز همانند رادیوگرافی ساده، هر چه ناحیه هدف به جنین نزدیک تر باشد، دوز وارد شده نیز بیشتر است. پروتکل مربوط به آپاندیسیت دارای بالاترین میزان تماس با اشعه است.

در موارد مشکوک به سنگ های مجاری ادراری، اگر سونوگرافی غیرتشخیصی باشد، از پروتکل تصویربرداری MDCT استفاده میشود. ***نکته:** در زن بارداری که دچار ترومای شدید شده باشد، سی تی اسکن شکم در صورت وجود اندیکاسیون بایستی انجام شود. سی تی اسکن مجامه شایعترین بررسی درخواست شده در زن باردار است. سی تی اسکن تشدید نشده عمدتاً جهت تشخیص خونریزی حاد اپی دورال، ساب دورال یا ساب آراکنوئید به کار می رود. میزان انتقال جفتی عناصر رادیواکتیو بسیار حائز اهمیت است، اما به علت نزدیکی جنین به مثانه مادر، کلیرانس کلیوی نیز از اهمیت بالایی برخوردار است.

***نکته:** میزان تماس بر حسب سن بارداری متغیر بوده و در اکثر رادیو داروها، بیشترین میزان تماس در اوایل بارداری می باشد. یکی از موارد استثناء، اثر دیررس ید ۱۳۱ بر روی تیروئید جنین است.

***نکته:** MDCT - آنژیوگرافی روش ارجح جهت بررسی موارد مشکوک به آمبولی ریوی در دوران بارداری است. اسکن تیروئید با استفاده از ید ۱۲۳ یا ید ۱۳۱ به ندرت در دوران بارداری اندیکاسیون می یابد. با این حال به علت اندک بودن دوز مورد استفاده، خطر این روش برای جنین بسیار ناچیز است. نکته مهم این جاست که دوزهای درمانی ید رادیواکتیو که جهت درمان بیماری گریوز یا سرطان های تیروئید مورد استفاده قرار می گیرند می توانند باعث تخریب تیروئید و کرتینیسم شوند.

***نکته:** لنفوسینتی گرافی جهت شناسایی گره های لنفاوی زیر بغل که دچار متاستاز شده اند، اکثراً هم متاستازهای سرطان پستان به کار می رود؛ در این روش از ترکیب سولفور-۹۹ کلئوئید استفاده می شود. در سونوگرافی تشخیصی، از امواج صوتی با فرکانس هایی مشخص استفاده می شود. در شدت های بسیار بالا، احتمال آسیب بافتی به دنبال تولید حرارت و ایجاد حفره وجود دارد. با این حال در محدوده کم شدت تصویربرداری، هیچ گونه خطری برای جنین به اثبات نرسیده است. دستگاه های سونوگرافی باید دارای این خاصیت باشند، که بتوانند خروجی صوت را به صورت ویدئویی نمایش دهند. تا بدین وسیله خروجی مزبور از استانداردهایی که توسط برخی سازمان ها وضع شده اند، فراتر نرود. خروجی صوت به صورت نوعی شاخص نمایش داده می شود. ***نکته:** شاخص گرمایی تخمینی از افزایش حرارت در اثر خروجی صوت است. اگر این شاخص زیر ۱/۰ باشد، هیچ خطر بالقوه ای جنین را تهدید نمی کند. در خصوص استفاده از داپلر جهت کاربردهای بالینی، هیچ گونه عارضه نامطلوبی که خود را به صورت تغییر شاخص گرمایی نشان دهد، به اثبات نرسیده است. مادامیکه از مواد حاجب سونوگرافی استفاده نشده باشد، از لحاظ تئوری، هیچ خطری جنین را تهدید نمی کند.

همانند سونوگرافی، ارزش فراوان فناوری MRI نیز، جهت تصویربرداری از مادر و جنین به اثبات رسیده است، زیرا در این روش از پرتوهای یونیزان استفاده نمی شود. از جمله ویژگی های این روش : کنتراست بالا برای بافت های نرم، قابلیت تعیین خصوصیات بافتی و گرفتن تصویر در سطوح مختلف می باشد.

***نکته :** در تمام طول بارداری، MRI تنها بایستی زمانی انجام شود که امکان انجام سایر مطالعات تصویربرداری فراهم نبوده و یا MRI اطلاعاتی را حاصل کند که جهت بدست آوردن آن ها نیاز به تابش اشعه باشد. در موارد : داشتن ضربان سازهای قلبی داخلی، محرک های عصبی، پمپ های انفوزیون، اجسام خارجی فلزی در چشم، دفیبریلاتورهای کاشتنی، ایمپلنت های حلزونی، وجود اجسام فلزی در مناطق حساس بیولوژیک، و کلیپ های آنوریسمی داخل جمجمه ای؛ انجام MRI کنتراست دیکاسیون دارد. از آنجائیکه در MRI از پرتوهای یونیزان استفاده نمی شود، در اختلالات غیر مرتبط با حاملگی فناوری MRI بر سی تی اسکن ارجحیت دارد.

ناهنجاری های دستگاه عصبی مرکزی مادر مانند تومورهای مغزی یا نخاعی در MRI بهتر دیده می شوند. MRI اطلاعات ارزشمندی را در باب پاتوفیزیولوژی اکلامپسی فراهم نموده است. همچنین، ام- آنژیوگرافی امکان تصویربرداری از عروق مغز را فراهم نموده است؛ با این روش می توان میزان جریان خون شریان های مغزی میانی و خلفی را محاسبه نمود. جهت بررسی شکم و فضای خلف صفاقی زنان باردار، MRI روشی بسیار عالی به شمار می رود. از روش MRI جهت شناسایی و تعیین محل تومورهای آدرنال، ضایعات کلیوی، ضایعات گوارشی و توده های لگنی در دوران بارداری استفاده می شود. MRI بخصوص در ارزیابی نئوپلاسم های قفسه سینه، شکم و لگن در دوران بارداری بسیار ارزشمند است. می توان از این روش برای تأیید وجود ترومبوزهای لگنی و ترومبوزهای ورید اجوف (که منبع شایع آمبولی ریوی در زنان باردار به شمار می آیند) نیز استفاده نمود.

***نکته :** تکنیک های MRI و سی تی اسکن، هر دو جهت ارزیابی عفونت های نفاسی مفید می باشند. ***نکته :** پس از زایمان سزارین، MRI دید بهتری از ناحیه فلب مثانه فراهم می آورد. ***نکته :** اختلالات دستگاه گوارش، خصوصاً آپاندیسیت را می توان به سهولت توسط تکنیک MRI تشخیص داد. جهت بررسی جنین نیز می توان از MRI جهت تصویربرداری از قریب به اتفاق عناصری که در جریان بررسی های استاندارد آناتومی جنین مورد ارزیابی قرار می گیرند، استفاده نمود. دقت MRI در تخمین وزن جنین، بیشتر از سونوگرافی می باشد.

***نکته :** در موارد کاربرد MRI باید مصرف ماده حاجب گادولینیوم، محدود شود. مگر اینکه صحت تشخیص را بطور چشمگیر افزایش بدهد و به نفع پیامد جنینی یا مادری باشد. پس از تجویز گادولینیوم، نباید شیردهی از پستان متوقف شود.

● خانم بارداری که در معرض سرب قرار گرفته است، میزان سرب خون ۶ میکروگرم در دسی لیتر گزارش شده است. کدام اقدام صحیح است ؟ (ارشد ۹۸)

- (الف) انجام مشاوره و ختم بارداری. (ب) مشاوره، حذف منبع ویروسی مجدد میزان سرب خون.
(ج) حذف منبع - انجام درمان سرب زدایی. (د) انجام دادن سرب زدایی و اندازه گیری مجدد سرب خون.

- جواب : گزینه ب.

سؤالات فصل اول

۱. تعمیم درست در مورد درمان وضعیت های طبی و جراحی مادر شامل کدام یک از موارد زیر است ؟

(الف) اگر جراحی مورد نیاز باشد، از بی هوشی عمومی باید اجتناب شود.

(ب) داروها باید برای کاهش مواجهه جنینی به مقادیر کم مصرف شوند.

(ج) جراحی باید تا زمانی که بلوغ ریه جنین حاصل شده باشد تا حد امکان به تاخیر انداخته شود.

(د) اجتناب از درمان تنها زمانی صورت می گیرد که دلیل منطقی موجهی وجود داشته باشد.

۲. رایج ترین جراحی که در سه ماهه دوم انجام می شود کدام است ؟

(الف) سیستکتومی (ب) آپاندکتومی (ج) کوله سیستکتومی (د) لاپاراتومی تجسسی

۳. زنانی که تحت جراحی غیر مایمی حین حاملگی قرار می گیرند، با افزایش خطر هم نتایج حول و حوش تولد زیر قرار می گیرند، بجز :

(الف) مرده زایی (ب) وزن موقع تولد کمتر از ۲۵۰۰ گرم

(ج) تولد زودرس کمتر از ۳۷ هفته (د) مرگ نوزادی طی ۷ روز

۴. زنی به علت پیچش تخمدانی در هفته ۴ تا ۵ بارداری تحت بیهوشی عمومی قرار می گیرد، مشاوره مناسب شامل کدامیک از مطالب زیر است ؟

(الف) هیچ شواهد قاطعی وجود ندارد که داروهای بی هوشی برای جنین مضر باشند.

(ب) بعد از مواجهه با داروهای بیهوشی، یک حالت همه یا هیچ در مورد از دست دادن حاملگی وجود دارد.

(ج) خطر نواقص لوله عصبی در جنین هایی که در این سن بارداری با داروهای بی هوشی عمومی مورد استفاده مواجهه شده اند، افزایش می یابد.

(د) هیچ کدام از موارد فوق.

۵. در چه فشار داخل صفاقی ناشی از دمیدن هوا به صفاق در مطالعات حیوانی کاهش جریان خون رحمی جفتی گزارش شده است ؟

(الف) ۵ میلی متر جیوه (ب) ۱۵ میلی متر جیوه

(ج) ۲۰ میلی متر جیوه (د) ۲۵ میلی متر جیوه

۶. تمام مطالب زیر در مورد لاپاراسکوپي طی سه ماهه اول حاملگی صحیح است، بجز :

الف) این کار به ندرت در سه ماهه اول انجام می شود.

ب) این کار با افزایش خطر وضع حمل زودرس همراه است.

ج) نتایج حاملگی با زنی که تحت لاپاراتومی قرار گرفته اند هیچ تفاوتی ندارد.

د) در مقایسه با زنی که تحت جراحی قرار نگرفته، خطر محدودیت رشد جنین افزایش می یابد.

۷. تعدیل های تکنیکی برای انجام لاپاراسکوپی بعد از سه ماهه اول شامل کدام یک از موارد زیر می شود ؟

الف) استفاده از بی حسی منطقه ای ب) استفاده از تکنیک های ورود باز

ج) استفاده از یک نقطه ورودی در ربع بالایی راست د) افزایش ورود هوا به صفاق برای تقویت مشاهده

۸. نمونه های رادیاسیون های یونیزان شامل کدام یک از موارد زیر است ؟

الف) دیاترمی ب) امواج میکرو ج) امواج رادیویی د) اشعه گاما

۹. کدام یک از موارد زیر نمونه ای از اثر تصادفی ناشی از مواجهه جنین با رادیاسیون یونیزان است ؟

الف) سرطان دوره کودکی ب) عقب ماندگی ذهنی

ج) سقط خودبخودی د) محدودیت رشد جنین

۱۰. تمام موارد زیر ممکن است دوز دریافتی رادیاسیون یونیزان توسط جنین را تحت تأثیر قرار دهند، بجز :

الف) قرار جنینی ب) قدمت وسیله

ج) نوع تصویربرداری انجام شده د) فاصله رحم از منشاء رادیاسیون

۱۱. خطر عقب ماندگی ذهنی جنین بیشترین افزایش را در چه طیف سن بارداری زمان مواجهه با رادیاسیون یونیزان دارد؟

الف) ۴-۶ هفته ب) ۸-۱۵ هفته

ج) ۲۸-۳۶ هفته د) ۴-۱۸ هفته

۱۲. اندیکاسیون جفتی برای رادیوگرافی شامل کدام یک از موارد زیر است ؟

الف) تشخیص آنانسفالی ب) قطعی کردن تشخیص حاملگی دوقلوئی

ج) پلویمتری برای پرزانتاسیون بریج د) ارزیابی سندرم چند انگشتی دنده کوتاه

۱۳. بالاترین مواجهه با رادیاسیون حین توموگرافی کامپیوتری طی ارزیابی در کدامیک از پروتکلهای زیر رخ میدهد ؟

الف) اکلامپسی ب) سنگ ادراری ج) آپاندیسیت د) آمبولی ریه

۱۴. عواملی که مواجهه رادیاسیون جنین را با رادیوایزوتوپ ها تحت تاثیر قرار میدهند شامل کدام یک از موارد زیر هستند؟

الف) دوز رادیونوکلئوئید ب) میزان انتقال جفتی

ج) درجه پاکسازی کلیوی د) تمام موارد فوق

۱۵. کدام یک از موارد زیر یک فایده استفاده از تصویربرداری رزونانس مغناطیسی حین حاملگی می باشد ؟

الف) هیچ مواجهه جنینی با رادیاسیون یونیزان رخ نمی دهد.

ب) مصرف گادولینیوم در حاملگی بی خطر است.

ج) هیچ ممنوعیت مصرفی برای این تصویر برداری وجود ندارد.

د) تمام موارد فوق

۱۶. کدام یک از موارد زیر اندیکاسیون روش تصویربرداری MRI نمی باشد ؟

الف) آن هیدرآمیوس ب) BMI مادر بالای ۳۵

ج) ارزیابی توده قفسه سینه جنین د) شک به اختلال سیستم عصبی مرکزی

۱۷. اثرات بافتی بالقوه سونوگرافی در برون دهی انرژی بالاتر از استفاده بالینی کدام اند ؟

الف) بی قراری ب) کاویتاسیون (ایجاد حفره)

ج) تبخیر د) هیچکدام

۱۸. دوزهای رادیاسیون یونیزان با گری سنجیده می شود، یک گری معادل کدام یک از موارد زیر است ؟

الف) ۱ راد ب) ۱۰ راد ج) ۱۰۰ راد د) ۱ میلی راد

۱۹. تعداد سالانه زنانی که در ایالات متحده تحت درمان سرطان حین حاملگی قرار می گیرند، چقدر است ؟

الف) ۴۰۰ ب) ۱۰۰۰ ج) ۴۰۰۰ د) ۱۴۰۰۰

۲۰. کدام یک از موارد زیر در مورد رادیاسیون یونیزان با دوز ۵۰ راد صحیح است ؟

الف) این مقدار با تصویرهای رادیولوژیک روتین حاصل می شود.

ب) این مقدار با افزایش خطر نواقص عصبی همراهی دارد.

ج) این مقدار موجب عقب ماندگی ذهنی جنین در هر زمانی حین سه ماهه اول می شود.

د) اگر جنین در سن بعد از ۲۵ هفتگی بارداری در زمان مواجهه با جنین باشد، این مقدار با افزایش عقب ماندگی ذهنی همراه نیست.

پاسخنامه سئوالات فصل اول

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 دوم : مراقبت های ویژه و تروما

در زنان و مامایی در موارد تروما، بیماری های ریوی، اختلالات قلبی، پره اکلامپسی، خونریزی و سندرم سپسیس نیاز به مراقبت های ویژه احساس می شود. *نکته : حدود ۱٪ از بیماران مامایی نیاز به نوعی درمان و نظارت ویژه دارند. که نیمی از این افراد، به علت اختلالات مربوط به فشارخون بالا، سپسیس، خونریزی و عوارض قلبی- ریوی نیازمند مراقبت های ویژه هستند. در خونریزی های تهدیدکننده حیات، گاهی انجام اقدامات جراحی ضرورت می یابند؛ در این موارد نزدیک بودن فرد به اتاق عمل زایمان، به مصلحت نزدیک تر است.

*نکته : شایع ترین علل غیر مامایی مراقبت های ویژه مربوط به دوره پیش از زایمان بوده و عمدتاً شامل بیماران مبتلا به دیابت، پنومونی، آسم، بیماری های قلبی، فشارخون مزمن، پیلونفریت، و تیروتوکسیکوز می باشند.

- واحدهای مراقبتی ویژه را می توان بطور کل به سه دسته زیر تقسیم بندی کرد :

۱. آی سی یو های طبی و جراحی، که در اکثر بیمارستان ها، زنان بسیار بدحال را به واحدی منتقل می کنند که توسط متخصصین مراقبت های ویژه طبی یا جراحی اداره می شود.

۲. واحد مراقبت های حد واسط مامایی، این واحدها گاه واحد مراقبت های با وابستگی بالا خوانده می شوند. این واحدها که در داخل بخش های زایمان و وضع حمل واقع شده اند. در مناطقی قرار گرفته اند که دسترسی به پرسنل مجرب براحی امکان پذیر است.

۳. واحد مراقبت های ویژه مامایی، در این آی سی یو ها تمام مراقبت ها ارائه می شود. این واحدها توسط پرسنل بیهوشی و مامایی شاغل در بخش های زایمان و وضع حمل اداره می گردند. واحدهای بسیار اندکی دارای این قابلیت ها هستند.

گایدلاینهای مربوط به اختلالاتی که شامل مراقبت های حد واسط می شوند.	
مسائل قلبی	رد عفونت، انفارکتوس پایدار، آریتمی پایدار، نارسایی احتقانی قلب (درجات خفیف تا متوسط)، اورژانس های فشارخون بالا بدون آسیب اندام های انتهایی.
مسائل ریوی	بیماران پایداری که قرار است تحت تهویه طولانی مدت قرار گرفته یا تهویه آنها قطع شود، بیمارانی که احتمال دارد دچار نارسایی تنفسی شوند، اما از سایر جنبه ها پایدار می باشند.
مسائل نورولوژیک	آن دسته از اختلالات پایدار دستگاه عصبی مرکزی، عصبی عضلانی، و نوروسرجیکال.
مصرف دوز بیش از حد دارو	بیمارانی که از لحاظ همودینامیک پایدار هستند.
مسائل گوارشی	خونریزی پایدار، نارسایی کبد در صورت پایدار بودن علائم حیاتی.
مسائل اندوکراین	کتواسیدوز دیابتی، تیروتوکسیکوزی که نیازمند پایش دقیق هستند.
مسائل جراحی	پس از اعمال جراحی بزرگ، عوارضی که نیازمند پایش دقیق هستند.

مسائل متفرقه	مراحل اولیه سپسیس، بیمارانی که مایعات داخل وریدی آن ها بایستی به دقت تیتراژ شود، زنان باردار مبتلا به پره اکلامپسی یا سایر اختلالات طبی.
--------------	--

بهره گیری از کاتترهای شریان ریوی PAC نقش بسیار مهمی را در شناخت هیدرودینامیک نرمال بارداری و نیز پاتوفیزیولوژی برخی اختلالات مامایی شایع ایفا نموده است. از جمله این اختلالات می توان به : پره اکلامپسی، سندرم دیسترس تنفسی، و آمبولی مایع آمنیون اشاره نمود. *نکته : کاربردهای کاتتر در مامایی محدود می باشد. یک نمونه از کاربردهای کاتتر شریان ریوی در مامایی، سندرم سپسیسی است که با ادم ریه و کاهش فشارخون عارضه دار شده باشد. عملکرد بطن ها در دوران بارداری، بدون تغییر می ماند. زیرا افزایش حجم خون و افزایش برون ده قلب با کاهش مقاومت عروق و افزایش ضربان قلب جبران می شود.

*نکته : میزان بروز ادم حاد ریه در دوران بارداری به طور متوسط حدود ۱ مورد در هر ۵۰۰ زایمان انجام گرفته در مراکز ارجاعی سطح سوم است. دو علت بسیار شایع ادم حاد ریه عبارتند از:

۱. مسائل کاردیوژنیک : ادم هیدروستاتیک ناشی از افزایش فشار هیدرولیک مویرگ های ریه. (مانند : سندرم پره اکلامپسی، خونریزی حاد، سندرم سپسیس، پیلونفریت، متریت، درمان توکولیتیک- داروهای مقلد بتا $MgSO_4$ ، پنومونیت ناشی از آسپیراسیون، درمان شدید با مایعات داخل وریدی، پانکراتیت).

۲. مسائل غیرکاردیوژنیک : ادم ناشی از افزایش نفوذپذیری به دنبال آسیب اندوتلیوم مویرگ ها و اپی تلیوم آلوتل ها. (مانند : کاردیومیوپاتی هیپرتانسیو، چاقی، بیماری دریچه ای سمت چپ قلب، درمان شدید با مایعات داخل وریدی، هیپرتانسیون ریوی). *نکته : در دوران بارداری، ادم ریه اغلب ترکیبی از این دو است.

حدود نیمی از افرادی که دچار ادم ریه می گردند، دارای درجاتی از سپسیس هستند؛ در این افراد ایجاد سپسیس اغلب با توکولیز پره اکلامپسی شدید و خونریزی زایمانی توأم با مایع درمانی شدید همراه است. (بطور شایع تر، ترکیب هر سه عامل). این موارد اغلب با جایگزینی شدید مایعات و درمان توکولیتیک به علت زایمان پره ترم در ارتباط هستند. همچنین بتا آگونیست های وریدی مانند تربوتالین بی شک با ادم ریه در ارتباط می باشند. اکثر علل بروز ادم ریوی کاردیوژنیک در دوران حاملگی، به گونه ای با هیپرتانسیون بارداری در ارتباط هستند. هیپرتانسیون سیستمیک حاد یا تشدید اختلال عملکرد دیاستولیک باعث بروز ادم ریوی می گردد. علل شایع نارسایی قلبی دیاستولیک عبارتند از : فشارخون مزمن و چاقی همراه با هیپرتروفی بطن چپ.

سندرم دیسترس تنفسی حاد ARDS زمانی وجود دارد که : ارتشاحات ریوی در رادیوگرافی مشاهده شود. و یا اینکه نسبت فشار اکسیژن شریانی به کسر اکسیژن ذمی کمتر از ۲۰۰ باشد و همچنین شواهدی دال بر نارسایی قلبی وجود نداشته باشند. در سندرم دیسترس تنفسی حاد، آسیب وسیع اندوتلیوم عروق کوچک (از جمله عروق ریه) و آسیب اپی تلیوم آلوتل ها مشاهده می گردد. تشخیص آسیب حاد ریه زمانی گذاشته می شود که نسبت فشار اکسیژن شریانی به کسر اکسیژن ذمی کمتر از ۳۰۰ باشد، تاکی پنه، عدم اشباع اکسیژن، و مشاهده ارتشاحات ریوی در رادیوگرافی وجود داشته باشد.

*نکته : شایعترین علت سندرم دیسترس تنفسی ARDS در دوران بارداری، ادم شدید ریه به دنبال افزایش نفوذپذیری (سندرم دیسترس تنفسی حاد) می باشد. تظاهر پاتولوژیک آسیب حاد ریه در سندرم دیسترس تنفسی حاد، شامل طیفی است که در یک سر آن ادم ریه به همراه نارسایی ریوی و در سر دیگر آن وابستگی به غلظت های بالای اکسیژن و تهویه مکانیکی قرار دارند. میزان سندرم دیسترس تنفسی ۱ مورد در هر ۳۰۰۰ تا ۶۰۰۰ زایمان است. در موارد شدیدی که نیاز به انجام حمایت های تهویه ای

وجود دارد، نرخ مرگ و میر برای تمام بیماران حدود ۴۵ درصد است. مواردی که سندرم دیسترس تنفسی حاد به دنبال سپسیس بروز نموده باشد یا سپسیس بر روی سندرم دیسترس تنفسی حاد، سوار شده باشد، نرخ مرگ و میر به حدود ۹۰٪ می رسد.

مرحله دوم سندرم ARDS معمولاً سه تا چهار روز بعد آغاز می گردد. مرحله دوم شامل بروز آلوئولیت فیبروزان و متعاقباً ترمیم آن است. با این حال پیش آگهی بلند مدت عملکرد ریه به گونه حیرت انگیزی خوب است. برخی از بیماریها با بروز آسیب حاد ریه و ادم ناشی از نفوذپذیری همراه هستند. مانند : پنومونی باکتریایی و ویروسی آسپیراسیون، سندرم پره اکلامپسی، بیماری های بافت همبند، پانکراتیت، تروما، سندرم سپسیس، کوریوآمنیونیت، پیلونفریت، عفونت نفاسی، سقط عفونی، درمان توکولیتیک، سوء مصرف مواد، مصرف دوز بیش از حد داروها، بیماری سلول های داسی شکل، خونریزی، شوک، انتقال خون حجیم، آسیب حاد ریه به دنبال انتقال خون، آمبولی مایع آمنیون، بیماری های تروفوبلاستیک، سوختگی و استنشاق مواد محرک، جراحی جنینی، سل آرزنی.

***نکته :** در دوران بارداری، شایع ترین علل سپسیس عبارتند از : پیلونفریت، کوریوآمنیونیت، و عفونت لگن در دوران نفاس پره اکلامپسی شدید و خونریزی زایمانی نیز به گونه ای شایع، همراه با سندرم دیسترس تنفسی حاد مشاهده می گردند. در بیش از نیمی از زنان باردار، ترکیبی از سپسیس، شوک، تروما و افزایش بار مایعات مشاهده می شود. در آسیب های حاد ریه، وضعیت بالینی عمدتاً به شدت آسیب، قابلیت فرد جهت جبران آسیب و مرحله بیماری بستگی دارد. کاهش مداوم حجم ریه باعث کاهش ظرفیت پذیری ریه و افزایش شانت خونی داخل ریوی خواهد شد. در این مرحله می توان وجود اختلالات منتشر را در سمع ریه شناسایی نمود؛ رادیوگرافی قفسه سینه مشخصاً نشان دهنده درگیری دو طرفه ریه می باشد. در این مرحله در صورت عدم درمان با غلظت های بالای اکسیژن دمی و ایجاد فشار مثبت در مجاری هوایی با استفاده از ماسک یا انتوباسیون، آسیب عموماً کشنده خواهد بود.

***نکته :** اگر میزان شانت از ۳۰ درصد تجاوز کند، فرد دچار هیپوکسمی شدید و مقاوم و نیز اسیدوز متابولیک و تنفسی خواهد شد؛ این وضعیت می تواند به تحریک پذیری میوکارد، اختلال عملکرد قلب و ایست قلبی بینجامد. در آسیب های حاد و شدید ریه تلاش می شود تا اکسیژناسیون کافی برای بافت های محیطی برقرار گردد. تزریق خون و کریستالوئیدهای داخل وریدی جهت حمایت از گردش خون سیستمیک، امری ضروری است. از آنجائیکه سپسیس از علل شایع آسیب ریه محسوب می شود. در صورت عفونت، از درمان ضد میکروبی شدید استفاده می گردد.

هر گرم هموگلوبین در صورتیکه به میزان ۹۰ درصد اشباع شده باشد، ۱/۲۵ میلی لیتر اکسیژن را حمل می کند در مقابل، افزایش فشار اکسیژن شریانی از ۱۰۰ میلی متر جیوه به ۲۰۰ میلی متر جیوه باعث می شود تا انتقال اکسیژن توسط هر ۱۰۰ میلی لیتر خون تنها به میزان ۰/۱ میلی لیتر افزایش یابد. اهداف مورد نظر در جریان مراقبت از زنان مبتلا به آسیب های شدید ریه عبارتند از : رسانیدن به فشار اکسیژن دمی ۶۰ میلی مترجیوه یا اشباع ۹۰ درصد در محتوای اکسیژن دهی کمتر از ۵۰٪؛ فشار مثبت انتهایی بازدمی کمتر از ۱۵ میلی متر جیوه.

***نکته :** در رادیوگرافی قدامی خلفی قفسه سینه در یک زن باردار کدورت دوطرفه قابل توجه جنب و پارانشیم ریه ناشی از سندرم دیسترس تنفسی حاد ریه است.

میزان تمایل مولکول هموگلوبین جهت رهاسازی اکسیژن، با منحنی تفکیک اُکسی هموگلوبین نشان داده می شود. که دارای دو بخش فوقانی (نشان دهنده منحنی تفکیک اکسیژن مربوط به محیط آلوئلی - مویرگی)؛ و بخش تحتانی (نشان دهنده منحنی تفکیک اکسیژن مربوط به محیط بافتی - مویرگی)؛ است. ***نکته :** فشار اکسیژن در آلوئل های ریه بیشتر از مویرگ های بافتی است؛ از این رو حداکثر اشباع هموگلوبین، در آلوئل ریه مشاهده می شود. ***نکته :** هموگلوبین جنین مقدار بیشتری از اکسیژن را

در مقایسه با هموگلوبین بالغین حمل می کند. شیفت منحنی به سمت راست با کاهش میل ترکیبی هموگلوبین به اکسیژن و در نتیجه افزایش تبادل اکسیژن بین بافت و مویرگ همراه است. *نکته: عواملی که سبب شیفت منحنی به سمت راست می شوند عبارتند از: هیپرکاپنی، اسیدوز متابولیک، تب، افزایش غلظت ۲ و ۳ دی فسفوگلیسرات.

*نکته: در جریان بارداری، غلظت ۲ و ۳ دی فسفوگلیسرات موجود در گلبول های قرمز، حدود ۳۰٪ افزایش می یابد. این امر موجب تسهیل تحویل اکسیژن به جنین و بافت های محیطی مادر می گردد. *نکته: میل ترکیبی هموگلوبین جنین به اکسیژن، در مقایسه با هموگلوبین بالغین بالاتر است. برای آن که سطح هموگلوبین در مادر به ۵۰٪ برسد، فشار اکسیژن شریانی بایستی ۲۷ میلی متر جیوه باشد. حال آنکه این میزان در جنین تنها ۱۹ میلی متر جیوه است. در شرایط فیزیولوژیک نرمال، جنین به طور پیوسته در بخش تفکیک (یا بافتی) منحنی قرار دارد. حتی در صورت ابتلای مادر به بیماری های ریوی شدید (که سطح فشار اکسیژن خون شریانی بسیار پایین است) تحویل اکسیژن به بافت جنین در اولویت قرار دارد.

با وجود آنکه در ارتفاعات بالا، فشار اکسیژن خون شریانی مادر تنها ۶۰ میلی متر جیوه است، اما فشار اکسیژن خون شریانی جنین معادل مقادیری است که در سطح دریا مشاهده می گردد. در برخی بیماران تهویه با فشار مثبت؛ از طریق ماسک صورت می تواند در مراحل اولیه نارسایی ریوی مفید واقع شود. چنانچه خانم حامله دچار نارسایی تنفسی شود، بهتر است که بیمار تحت لوله گذاری (انتوباسیون) زودرس قرار گیرد؛ این امر با هدف فراهم ساختن بهترین محیط برای جنین صورت می گیرد.

تهویه به گونه ای تنظیم می شود که فشار اکسیژن خون شریانی به بالاتر از ۶۰ میلی متر جیوه رسیده و یا آن که سطح اشباع هموگلوبین به ۹۰٪ برسد. و به علاوه فشار دی اکسید کربن خون شریانی نیز ۳۵ تا ۴۵ میلی متر جیوه باشد. فشار اکسیژن خون شریانی نباید از این سطح پایین تر برود. زیرا در این صورت گردش خون بافتی دچار اختلال می گردد.

فشار انتهای بازدمی مثبت، می تواند از طریق بازگرداندن آلئول های کلاپس شده به چرخه میزان شانت را کاهش دهد. سطوح پایین فشار مثبت (۵ تا ۱۵ میلی لیتر جیوه) را اغلب می توان با اطمینان خاطر مورد استفاده قرار داد. در سطوح بالاتر، مختل شدن بازگشت وریدی سمت راست می تواند کاهش برون ده قلب، کاهش خورسانی به رحم و جفت، اتساع بیش از حد آلئول ها، کاهش ظرفیت پذیری (کمپلیانس) ریه و ترومای فشار را به دنبال داشته باشد. برخی از تغییرات فیزیولوژیک دوران بارداری میتوانند خطر (ادم ناشی از افزایش نفوذپذیری) را به دنبال مایع درمانی افزایش دهند.

به ازای هر گرم آلبومین در دسی لیتر، حدود ۶ میلی متر جیوه فشار ایجاد می شود. غلظت آلبومین سرم در دوران بارداری کاهش می یابد. این امر موجب می شود که فشار انکوتیک کلئیدی از ۲۸ میلی متر جیوه در زنان غیر باردار به ۲۳ میلی متر جیوه در زمان ترم، و ۱۷ میلی متر جیوه در دوران نفاس برسد. در پره اکلامپسی، به علت فعال شدن اندوتلیوم، آلبومین از داخل عروق خارج شده و سطح آلبومین سرم کاهش می یابد. در نتیجه، فشار انکوتیک در دوره پیش از زایمان تنها ۱۴ میلی متر جیوه خواهد بود. تغییرات ذکر شده، شیب فشار انکوتیک کلئیدی / فشار گوه ای را شدیداً تحت تأثیر قرار می دهد. در حالت طبیعی این شیب از ۸ میلی متر جیوه بیشتر است؛ زمانیکه شیب مذکور به ۴ میلی متر جیوه یا کمتر برسد. خطر ادم ریه افزایش می یابد.

- سندرم سپسیس: به دنبال نوعی پاسخ التهابی سیستمیک باکتری ها یا محصولات فرعی آن ها (مانند اندوتوکسین ها یا آگرو توکسین ها) بروز می نماید. شدت سندرم سپسیس بسیار متغیر است. *نکته: شایعترین عفونت هایی که موجب بروز سندرم سپسیس در دوران بارداری می شوند عبارتند از: پیلونفریت، کوریوآمینیونیت و سپسیس نفاسی، سقط عفونی و فاشییت نکروزان. *نکته: در صورت بروز شوک سپتیک، نرخ مرگ و میر بالاتر است.

انواع مختلفی از عوامل بیماریزا می توانند موجب بروز سندرم سپسیس در دوران بارداری شوند. هر چند عفونت های لگنی چند میکروبی می باشند، اما باکتری هایی که موجب بروز فرم شدید سندرم سپسیس می گردند اغلب انتروباکتریاسه تولید کننده اندوتوکسین هستند. *نکته : از این میان شایعترین عامل اشرشیاکولی می باشد. سایر عوامل بیماریزا عبارتند از : استرپتوکوکهای هوازی و بی هوازی، گونه های باکترئید و گونه های کلسترییدیوم. برخی سوش های استرپتوکوک های بتاهمولیتیک گروه A و استافیلوکوک اورئوس از جمله سوش های مقاوم به متی سیلین اکتسابی از جامعه، اگزوتوکسین های ویرولانی تولید می کنند. که می توانند به سرعت تمام خصوصیات سندرم سپسیس را به وجود آورند. این حالت سندرم شوک توکسیک نامیده می شود.

*نکته : پیلونفریت ناشی از گونه های کلبسیلا و اشرشیاکولی در دوران بارداری، بطور شایع با سندرم سپسیس و باکتری می همراه است.

اثر سپسیس و شوک بر روی دستگاههای مختلف بدن					
دستگاه عصبی مرکزی	قلبی - عروق	دستگاه تنفس	دستگاه گوارش	کلیه ها	خون
گیجی، خواب آلودگی، اغما، پرخاشگری، تب، هیپوترمی.	فشارخون پایین افزایش برون ده قلب، تضعیف میوکارد.	برزو شانت به دنبال دیس اکسی و هیپواکسی.	گاستریت، هپاتیت توکسیک، هیپرگلیسمی.	کاهش خونرسانی به کلیه ،اولیگوری، نکرز حاد توبولی.	ترومبوسیتوپنی، لکوسیتوز، فعال شدن فرآیند انعقاد.

- شوک سپتیک دارای دو مرحله است :

- در فاز گرم؛ حجم خون در گردش از طریق تجویز کریستالوئیدهای وریدی حفظ می شود، و مقاومت پایین عروق سیستمیک همراه خواهد بود. همزمان هیپرتانسیون ریوی نیز بروز خواهد نمود. در این مرحله، اکثر زنان باردار مبتلا به سپسیس، بخوبی به احیای مایعات، درمان ضد میکروبی شدید و (در صورت وجود اندیکاسیون) برداشت بافت عفونی پاسخ می دهند.

- در فاز سرد؛ چنانچه افت فشارخون به دنبال انفوزیون شدید مایعات اصلاح نشود، پیش آگهی بدتر خواهد بود. در این نقطه اگر بیمار با عوامل بتا آدنرژیک اینوتروپیک پاسخ ندهد، خروج شدید مایعات از عروق به داخل فضای خارج سلولی که به درمان پاسخ نداده و با نارسایی عروقی همراه است، تضعیف شدید میوکارد و یا هر دو، مطرح خواهد بود. *نکته : اولیگوری و تنگی مداوم عروق محیطی مشخصه مرحله دوم شوک سپتیک است. در این مرحله بقای بیمار نامحتمل است. تداوم اختلال عملکرد کلیوی، ریوی و مغزی علی رغم اصلاح هیپوتانسیون، نشانه ای دیگر از پیش آگهی بد است. *نکته : در مامایی، وجود الیگوری و هیپوتانسیون بایستی سریعاً سپتی سمی یا خونریزی را یادآوری کند.

در موارد شدید، برقراری پرفوزیون کلیه مستلزم انفوزیون سریع ۲ لیتر و گاهی حتی ۴ تا ۶ لیتر مایعات کریستالوئیدی می باشد. به علت نشت مویرگی، تغلیظ خون روی می دهد. جهت مقابله با این مساله، خون نیز به همراه کریستالوئید تزریق می شود تا هماتوکریت در حد ۳۰ درصد حفظ گردد. چنانچه در پی جایگزینی تهاجمی مایعات، برون ده ادراری به حداقل ۳۰ (و ترجیحاً ۵۰ میلی لیتر در ساعت نرسد و به علاوه، سایر نشانگرهای بهبود پرفوزیون نیز مشاهده نشوند، تجویز داروهای وازواکتیو بایستی مدنظر باشد. در مواردیکه نارسایی کلیوی یا تنفسی نیز به عوارض سپسیس اضافه شده باشند، نرخ مرگ و میر بالا خواهد بود.

پس از اخذ کشت های مناسب از خون، ادرار و اگزوداهایی که با فلور طبیعی بدن آلوده نشده اند، آنتی بیوتیک های وسیع الطیف با حداکثر دوز تجویز می گردند. *نکته: رژیم هایی مانند: آمپی سیلین + جنتامایسین + کلیندامایسین؛ برای عفونتهای لگنی کفایت می کند. تداوم سپسیس می تواند باعث مرگ شود. در این صورت دبریدمان بافت نکروتیک یا درناژ ماده چرکی ضروری است. در سقط عفونی محتویات رحم را بایستی بی درنگ از طریق کورتاژ تخلیه نمود. مگر در صورت وجود گانگرن هیستریکتومی به ندرت اندیکاسیون می یابد. در زنان مبتلا به پیلونفریت، تداوم سپسیس باید ذهن را به سمت انسداد ناشی از سنگ یا آبسه و فلگمون داخل کلیوی یا پری نفریک متوجه می سازد. جهت تشخیص انسداد و سنگ می توان از سونوگرافی کلیه یا پیلوگرافی تک تصویری استفاده نمود. جهت تشخیص آبسه یا فلگمون سی تی اسکن می تواند مفید واقع شود. در صورت وجود انسداد جایگذاری کاتتر در حالب، نفروستومی از راه پوست، یا جراحی تجسسی پهلوها می تواند باعث نجات جان فرد شود. اکثر موارد سپسیس نفاسی، در اولین روزهای پس از زایمان تظاهر می نمایند. در این مرحله، دبریدمان بافتی اندیکاسیون ندارد.

موارد سپسیس نفاسی که اندیکاسیون دبریدمان بافتی دارند		
فاشییت نکروزان	نکروز شدید عضلات رحم	عفونت پایدار یا مهاجم ریه
در محل اپیزیوتومی یا برش جراحی شکم، فاشییت نکروزان یک اورژانس جراحی است.	به دنبال عفونت استرپتوکوک بتا همولیتیک گروه A، نرخ مرگ و میر در این حالت بالاست. هیستریکتومی سریع ممکن است باعث نجات جان بیمار شود.	همراه با نکروز و گسیختگی انسزیون رحم و پریتونیت شدید.

*نکته: تمام زنانی که در پی سزارین، مبتلا به عفونت شده و در آن ها شک به پریتونیت وجود دارد، بایستی به دقت از حیث نکروز محل انسزیون رحم و پرفوراسیون روده مورد ارزیابی قرار گیرند. شیوع پریتونیت و سپسیس به دنبال پاره شدن آبسه های تخمدانی، داخل شکمی و پارامتری بسیار کمتر است. تنها در صورتی از داروهای وازواکتیو استفاده می شود که درمان تهاجمی با مایعات نتواند هیپوتانسیون و اختلالات پرفوزیون را اصلاح نماید. داروهای خط اول درمان عبارتند از: نوراپی نفرین، دوپامین، دوبوتامین، و فنیل افدرین. سطح کورتیزول سرم اغلب در سپسیس افزایش می یابد؛ هر چه سطح کورتیزول سرم بالاتر باشد، نرخ مرگ و میر نیز بالاتر است.

تروما، قتل و برخی وقایع جنایی مشابه، علت اصلی مرگ در زنان جوان به شمار می روند. ۲۰-۱۰٪ زنان باردار دچار ترومای فیزیکی می شوند. ترومای کند (بلانت): در صورت مواجهه با این نوع تروما بایستی اثرات آن را بر روی مادر را به سرعت ارزیابی نموده، فرد را تحت درمان فوری قرار داده و سپس اثرات تروما بر روی جنین را بررسی کرد. *نکته: بیشترین نرخ همسرآزاری مربوط به زنان ۱۶ تا ۲۴ ساله است. این نوع بد رفتاری با عوامل: فقر، سطح پایین تحصیلات، و مصرف الکل، سیگار و داروهای غیرمجاز مرتبط می باشد. عوارض فوری اذیت و آزار فیزیکی عبارتند از: پاره شدن رحم، مرگ مادر، مرگ جنین، زایمان پره ترم. میزان دکولمان جفت، تولد نوزادان پره ترم با وزن پایین هنگام تولد و سایر عوارض در موارد خشونت فیزیکی بیشتر است. احتمال افسردگی در زنانی که مورد اذیت و آزار قرار می گیرند، دو برابر زنانی است که تحت اذیت و آزار قرار نمی گیرند. *نکته: غربالگری بر اساس شک بالینی به همسر آزاری، در نخستین ویزیت پره ناتال، در طول هر یک از سه ماهه ها بارداری و در ویزیت پس از زایمان می باشد.

رهنمودهایی در مورد پروفیلاکسی بر علیه بیماریهای مقاربتی در قربانیان تجاوز جنسی		
پروفیلاکسی بر علیه	رژیم دارویی	درمان جایگزین
نایسریا گونوره	سفتریاکسون وریدی ۲۵۰ میلی گرم تک دوز، + آزیترومایسین ۱ گرم خوراکی تک دوز.	سفیکسیم ۴۰۰ میلی گرم خوراکی تک دوز+ آزیترومایسین ۱ گرم خوراکی تک دوز.
کلامیدیا تراکوماتیس	آزیترومایسین ۱ گرم، خوراکی تک دوز. یا در زنان غیر باردار داکسی سایکلین ۵۰۰ میلی گرم خوراکی ۳ بار در روز به مدت ۷ روز.	اریترومایسین ۵۰۰ میلی گرم خوراکی، چهار بار در روز به مدت ۷ روز. یا اوفلوکساسین ۵۰۰ میلی گرم خوراکی ۱ بار در روز به مدت ۷ روز. یا افلوکساسین ۳۰۰ میلی گرم خوراکی ۲ بار در روز به مدت ۷ روز.
واژینوز باکتریایی	مترونیدازول ۵۰۰ میلی گرم خوراکی دو بار در روز به مدت ۷ روز؛ یا ژل مترونیدازول ۰.۷۵٪ به مدت ۵ روز؛ یا کرم کلیندامایسین ۲٪ به مدت ۷ روز.	تینیدازول ۲ گرم خوراکی ۱ بار در روز برای ۲ روز؛ تینیدازول ۱ گرم خوراکی در روز برای ۵ روز؛ کلیندامایسین 300mg خوراکی ۲ بار در روز برای ۷ روز. کلیندامایسین 100mg واژینال.
تریکوموناس واژینالیس	مترونیدازول ۲ گرم خوراکی تک دوز؛ تینیدازول ۲ گرم خوراکی دوز واحد.	مترونیدازول 500mg خوراکی ۲ بار در روز برای ۷ روز.
هیپاتیت B	عدم واکسیناسیون : دوز نخست، واکسن هیپاتیت را تزریق نموده و واکسن را ۱-۲ و ۶- ۴ ماه بعد تکرار کنید.	
ایدز	پروفیلاکسی رتروویروسی	

تصادفات رانندگی شایع ترین علت بروز ترومای بلانت خطرناک، تهدید کننده حیات یا کشنده در دوران بارداری هستند. و علت اصلی مرگ های تروماتیک جنین به شمار می روند. حدود نیمی از تصادفات رانندگی با عدم استفاده از کمربند ایمنی همراه هستند؛ با استفاده از کمربندهای سه نقطه ای، می توان از بیشتر موارد مرگ و میر جلوگیری نمود. میزان مرگ و میر جنین، با افزایش شدت آسیب های وارد شده به مادر افزایش می یابد. خصوصاً در موارد : صدمات مستقیم جفتی - جنینی، شوک مادری، شکستگی های لگنی، آسیب به سر مادر و هیپوکسی احتمال مرگ جنین افزایش می یابد.

***نکته :** در صورتیکه سر جنین انگاژه شده و لگن مادر شکسته باشد، احتمال آسیب جمجمه و مغز جنین افزایش می یابد. آسیبهای سر جنین که احتمالاً ناشی از پدیده ضربه متقابل هستند ممکن است در نمایش های غیر ورتکس یا ورتکس انگاژه روی دهند.

***نکته:** کندگی جفت و پاره شدن رحم دو عارضه فاجعه بار تروماهای بلانت به شمار می روند. از آنجائیکه احتمال مخفی بودن دکولمان تروماتیک بیشتر بوده و فشار داخل رحم در دکولمان های تروماتیک بیشتر افزایش می یابد، احتمال بروز کواگولوپاتی در دکولمان تروماتیک بیشتر از دکولمان های غیرتروماتیک است.

• شایع ترین علامت دکولمان جفت در اثر تروما در بارداری کدام است ؟ (ارشد ۸۸)

الف) تندر نس رحم ب) انقباضات رحمی

ج) دیسترس جنینی د) خونریزی مخفی

- جواب : گزینه د.

یکی از جنبه های مهم درمان، در اثر ایجاد تروما، تغییر دادن موقعیت رحم به منظور دور نگه داشتن آن از عروق بزرگ است تا بدین وسیله از اثر آن بر روی افزایش برون ده قلب کاسته شود. ضرورت انجام زایمان سزارین به عوامل متعددی بستگی دارد. لاپاراتومی به خودی خود اندیکاسیون انجام هیستریکتومی نیست.

پیش آگهی جنین در سوختگی های شدید خوب نیست. زنان ظرف چند روز تا یک هفته وارد فاز زایمان شده و اغلب نوزادانی مرده به دنیا می آورند. عوامل تأثیرگذار عبارتند از : هیپوولمی، آسیب ریوی، سپتی سمی، افزایش شدید کاتابولیسم به دنبال سوختگی. ایست قلبی در دوران بارداری نادر است. در نیمه دوم بارداری، احیای قلبی ریوی مستلزم رعایت برخی ملاحظات خالص است. در زنان غیر باردار وارد آوردن فشار بر سطح خارجی قفسه سینه باعث می شود، تا برون ده قلب تنها به ۳۰٪ حالت نرمال برسد.

***نکته:** در صورتیکه جنین قابلیت زنده ماندن داشته باشد، ظرف ۴ تا ۵ دقیقه پس از آغاز احیای قلبی و ریوی، زایمان سزارین انجام پذیرد.

سؤالات فصل دوم

۱. تمام عوامل زیر جزو علل شایع استفاده از مراقبت های ویژه در دوران حاملگی هستند، بجز :

الف) اختلالات هیپرتانسیو (ب) تروما

ج) خونریزی (د) عوارض قلبی - ریوی

۲. شایعترین عامل زمینه ساز ادم ریوی کاردیوژنیک در دوران حاملگی کدام است ؟

الف) سندرم سپسیس (ب) خونریزی حاد

ج) هیپرتانسیون حاملگی (د) بیماریهای دریچه ای قلب

۳. شایعترین علت نارسایی تنفسی در دوران حاملگی چیست ؟

الف) سندرم دیسترس تنفسی (ب) آمبولی ریه

ج) عوارض دارویی (د) آمبولی مایع آمنیون

۴. میزان مرگ و میر ناشی از نارسایی حاد تنفسی در دوران حاملگی چقدر است ؟

الف) کمتر از یک درصد (ب) ۲۰-۵ درصد

ج) ۴۰-۲۵ درصد (د) ۷۰-۵۰ درصد

۵. کدام مورد جزو معیارهای تشخیصی سندرم دیسترس تنفسی بزرگسالان محسوب می شود ؟

الف) فشار اکسیژن بیشتر از ۵۰ میلی متر جیوه همراه با کسر اکسیژن Pao_2 کمتر از ۶۰/۱۰۰

ب) فشار گوه ای مویرگ های ریوی بیشتر از ۱۲ میلی متر جیوه

ج) افزایش ظرفیت باقیمانده عملکردی

د) نسبت فشار اکسیژن شریانی به کسر اکسیژن Pao_2 کمتر از ۲۰۰

۶. در اشباع ۹۰ درصد، هر گرم هموگلوبین چند میلی لیتر اکسیژن حمل می کند ؟

الف) ۰/۵ میلی لیتر (ب) ۱/۲۵ میلی لیتر

ج) ۲/۵ میلی لیتر (د) ۵/۰ میلی لیتر

۷. در زنان حامله مبتلا به آسیب شدید ریه، هدف منطقی از درمان کدام است ؟

الف) فشار اکسیژن شریانی ۶۰ میلی متر جیوه یا اشباع ۹۰ درصد

(ب) فشار اکسیژن شریانی ۷۰ میلی متر جیوه یا اشباع ۱۰۰ درصد

(ج) فشار اکسیژن شریانی ۸۰ میلی متر جیوه یا اشباع ۹۰ درصد

(د) فشار اکسیژن شریانی ۸۰ میلی متر جیوه یا اشباع ۱۰۰ درصد

۸. تمام موارد زیر با جابجایی منحنی تفکیک اکسی هموگلوبین به سمت راست همراه هستند، بجز :

(الف) هیپرکاپنه (ب) اسیدوز متابولیک

(ج) افزایش دمای بدن (د) کاهش ۲ و ۳ دی فسفولیپرات

۹. علت تمایل هموگلوبین به اکسیژن در دوران حاملگی چیست ؟

(الف) افزایش فشار اکسیژن در پلاسمای مادر (ب) افزایش ۲ و ۳ دی فسفولیپرات اریتروسیت ها

(ج) کاهش اثر بوهر (د) افزایش جزئی PH خون

۱۰. کدام گروه از باکتری ها با بیشترین شیوع سبب ایجاد شوک سپتیک می شوند ؟

(الف) انتروباکتریاسه (ب) استرپتوکوک های بی هوازی

(ج) گونه باکترئیدوس (د) گونه کلستریدیوم

۱۱. کدام سیتوکین، احتمالاً واسطه تضعیف میوکارد در سندرم سپسیس است ؟

(الف) اینترلوکین -۲ (ب) اینترلوکین -۳ (ج) اینترلوکین -۶ (د) اینترلوکین -۸

۱۲. کدام یک از باکتری های زیر اندوتوکسین تولید می کند ؟

(الف) سودومونا آئروژینوزا (ب) استافیلوکوک طلائی

(ج) استرپتوکوک گروه A (د) اشریاکلی

۱۳. شایع ترین علت ترومای غیر نافذ خطرناک در دوران حاملگی کدام است ؟

(الف) حوادث وسایل نقلیه موتوری (ب) خشونت های خانگی

(ج) حوادث ورزشی (د) افتادن از بلندی

۱۴. در ترومای نافذ، میزان بروز آسیب احشایی مادر چقدر است ؟

(الف) کمتر از ۵ درصد (ب) ۴۰-۱۵ درصد

(ج) ۷۰-۵۰ درصد (د) تقریباً ۱۰۰ درصد

ج) ۷۰-۵۰ درصد د) تقریباً ۱۰۰ درصد

۱۵. کدام یک در مورد بیماران مامایی که نیاز به مراقبت های ویژه دارند، صحیح است؟

الف) میزان مرگ و میر آن ها تقریباً ۱۰ درصد است. ب) بیشتر آن ها در دوره بعد از زایمان هستند.

ج) این بیماران معمولاً خونریزی دارند. د) تمام موارد فوق

۱۶. رایج ترین عارضه در حاملگی که منجر به رفتن بیمار به بخش مراقبت های ویژه یا پذیرش مراقبت ویژه مامایی می شود کدامیک از موارد زیر است ؟

الف) سپسیس ب) خونریزی ج) آمبولی ریه د) بیماری هیپرتانسیو

۱۷. کدام یک از موارد زیر با حداقل احتمال، زمینه ساز ادم ریوی غیر قلبی در بیمار مامایی می باشد ؟

الف) سندرم سپسیس ب) خونریزی حاد

ج) تجویز سولفات منیزیم د) فعال شدن اندوتلیال مرتبط با پره اکلامپسی

۱۸. در حاملگی، ادم قلبی هیدروستاتیک می تواند در نتیجه کدام یک از موارد زیر رخ دهد ؟

الف) پره اکلامپسی ب) هیپرتانسیون مزمن

ج) چاقی همراه با هیپرتروفی بطن چپ د) تمام موارد فوق

۱۹. در سقط عفونی با وجود سایر درمان ها، عفونت بدون کدام یک از اقدامات مداخله ای زیر احتمال بهبود ندارد ؟

الف) هیستریکتومی ب) هیدراتاسیون تهاجمی

ج) تخلیه محتویات رحمی د) تجویز اریتروئوئین

۲۰. برای احیای کافی یک زن حامله در ایست قلبی، کدام یک از موارد زیر مورد نیاز است ؟

الف) وضع حمل جنین غیر زنده

ب) قرار دادن بیمار در وضعیت خوابیده به پهلو سمت چپ

ج) شروع احیای قلبی ریوی طی ۵ دقیقه از زمان ایست قلبی

د) تمام موارد فوق

پاسخنامه سئوالات 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: بیماری های آمیزشی

عفونت منتقل شده از طریق رابطه جنسی به فرد که به آن بیماری آمیزشی یا STD نیز می گویند، که یکی از شایعترین بیماریهای عفونی در دوران بارداری هستند. بیماری باکتریایی یا ویروسی است که امکان دارد فرد بعد از برقراری رابطه جنسی از راه واژن، دهان و مقعد با یک شریک جنسی آلوده به آن مبتلا شود. این عفونت ها ممکن است عواقب جدی برای سلامتی فرد و کودک داشته باشد. منشأ عفونت های مقاربتی عبارتند از: باکتری ها (سفلیس، سوزاک، کلامیدیا)؛ انگل (تریکومونیا)؛ ویروس (ویروس پاپیلومای انسانی، تبخال تناسلی، HIV).

- روش های انتقال عفونت های آمیزشی

در مورد برخی از این عفونت ها، رابطه جنسی تنها راه انتقال نیست. به عنوان مثال ویروس هپاتیت B ممکن است در اثر تماس با سوزن یا ابزار برنده آلوده، تماس با خون یا زخم باز فرد آلوده یا حتی در اثر استفاده از لوازم شخصی مشترک مانند مسواک یا تیغ به فرد منتقل شود. برخی از عفونت ها می تواند از طریق جفت به جنین انتقال پیدا کند، یا هنگام زایمان و خروج نوزاد یا حتی در اثر پاره شدن کیسه آب منتقل شود. این عفونت ها در نوزاد می تواند بسیار جدی و حتی کشنده باشد و برخی ممکن است منجر به بروز مشکلات برگشتناپذیر طولانی مدت در سلامت و رشد کودک شود. علاوه بر این، برخی بیماری های آمیزشی خطر سقط جنین، پارگی زودرس کیسه آب، زایمان پیش از موعد، عفونت رحم و مرده زایی را افزایش می دهد.

- عوارض ابتلا به بیماری های جنسی : زخم یا برآمدگی در هر جای بدن؛ زخم تناسلی راجعه؛ درد لگن؛ ریزش مو؛ التهاب چشم؛ ورم مفاصل؛ بیماری التهابی لگن؛ ناباروری؛ برخی سرطان ها، مانند سرطان دهانه ی رحم و سرطان راست روده.

- واژینیت ها

عبارتند از افزایش ترشحات واژینال که در زنان در سنین باروری و به دنبال آن در بارداری بسیار شایع اند. اما پاتولوژیک محسوب نمی شوند.

- **کاندیدایاز** : تقریباً در ۲۵٪ از زنان باردار در کشت ترشحات واژن کاندیدا آلبیکانس یافت می شود. ارگانیسم گاهی منجر به تولید ترشحات بسیار حجیم حساسیت زا همراه با قرمزی، حساسیت و خارش ولو می شوند. در صورت علامتدار بودن درمان های مؤثر شامل : شیاف واژینال ۱۰۰ میلی گرمی میکونازول یا بوتوکونازول ۲٪؛ کرم ۱٪ کلوتریمازول؛ ۲٪ مایکونازول یا ۴٪ تراکونازول؛ همگی به مدت ۷ روز، هر روز تجویز می شوند. رژیم های درمانی کوتاه تر سه روزه شامل : کلوتریمازول ۲٪ هر روزه؛ میکونازول ۴٪ هر روزه؛ شیاف میکونازول ۲۰۰ میلی گرمی یا تراکونازول ۸۰ میلی گرم. در صورت ابتلای مادر باردار و تشخیص آن در این دوران باید با توجه به میزان عفونت و داشتن اندیکاسیون دارو تجویز شود. در برخی از زنان احتمال عود عفونت وجود دارد. که مستلزم تکرار درمان در دوران حاملگی است. در این موارد، عفونت علامتدار معمولاً پس از حاملگی از بین می رود. فلوکونازول خوراکی تراتوژن نبوده ولی احتمال سقط جنین وجود دارد.

- **تریکومونیا** : شیوعی در حدود ۳٪ در زنان حامله و غیرحامله دارد. بطوریکه در زنان بالای ۳۰ سال بیشتر است. نژاد سیاه پوست، دوش واژینال مکرر، زیاد بودن شرکای جنسی از عوامل خطر ساز آن است. پیشابراه، اگزوسرویکس و واژن مناطق درگیر شونده هستند. مشخصه آن لکوره کف مانند همراه التهاب و خارش، ترشح چرکی زرد رنگ، اریتم ولوواژینال، و کولپیت ماکولاریس (سرویکس توت فرنگی شکل)، می باشند. تریکومونادها ارگانیسم های فلاژل دار گلابی شکل و متحرک کمب بزرگتر از لکوسیته ها هستند. امکان آنالیز آزمایشگاهی نمونه واژینال، اندوسرویکال یا ادراری با روش NAAT وجود دارد که حدود چند دقیقه تا چند

ساعت طول می کشد. درمان به صورت تجویز مترونیدازول ۲ گرم خوراکی است. اما زنان مبتلا به HIV بایستی درمان ۵۰۰ میلیگرم خوراکی دو بار در روز به مدت ۷ روز را به سبب افزایش شکارایی داشته باشند. زنانی که فعالیت جنسی مستمر دارند سه ماه بعد از درمان ابتدایی بایستی مجدد تست شوند. مترونیدازول جزو گروه B دارویی بوده پس فتوتوکسیک نیست. انتقال تریکومونا از طریق کانال زایمانی نادر بوده، اما ممکن است سبب عفونت تنفسی یا تناسلی نوزاد شود. در زنان بدون علامت غربالگری در دوران بارداری توصیه نمی شود. اما در زنان حامله مبتلا به ایدز در ویزیت نخست غربالگری انجام می شود. چرا که احتمال انتقال عمودی HIV در صورت همراهی با تریکومونا افزایش دارد.

- واژینوز باکتریال : در این بیماری تعداد باکتری های بی هوازی (گاردنلا، پره وتلا، موبیلونکوس، باکترئیدس، آتوپوبیوم واژیناله، و باکتری های مرتبط با Bacterial Vaginosis با نام های BVAB1, BVAB2, BVAB3. به علت کاهش لاکتوباسیل ها افزایش خواهند داشت. پس یک عفونت نیست بلکه توزیع نادرست فلور طبیعی واژن است. جهت تشخیص بایستی ۳ معیار از ۴ معیار وجود داشته باشد : (۱) PH واژن بالای ۴/۵، (۲) ترشح واژینال غیر التهابی رقیق و شیری، (۳) حضور سلولهای Clue به تعداد بیش از ۲۰٪ در بررسی های میکروسکوپی، (۴) استشمام بوی بد شبیه ماهی پس از افزودن هیدروکسیدپتاسیم ۱۰٪ به نمونه های ترشح واژینال (تست whiff). افزایش PH واژن باعث کاهش تولید اسید توسط لاکتوباسیل هاست. روندی که بطور مشابه در تریکوموناز که باعث رشد بیش از حد بی هوازی ها و آزادی آمین ها روی می دهد. بنابراین در زنانیکه BV آنها مثبت می شود از نظر تریکوموناس نیز باید بررسی شوند. شکایت از ترشحاتی با بوی ماهی شایع ترین علامت آن است. واژینوز در بارداری سبب : زایمان زودرس، سقط، وزن پایین هنگام تولد، افزایش مرگ و میر نوزاد و اندومتریس پس از زایمان می شود. درمان بیماری احتمال زایمان پره ترم را کاهش نخواهد داد. جهت مداوا می توان از مترونیدازول خوراکی ۵۰۰ میلی گرم دو بار در روز برای ۷ روز، ژل ۰.۷۵٪ مترونیدازول به مدت ۷ روز؛ کرم کلیندامایسین برای ۷ روز؛ کلیندامایسین خوراکی ۳۰۰ میلی گرم دو بار در روز برای ۷ روز؛ اوولهای ۱۰۰ میلی گرمی کلیندامایسین اینتراواژینال هر شب به مدت سه روز بهره برد.

- عفونت های کلامیدیایی

کلامیدیا تراکوماتیس یک باکتری اجباری داخل سلولی است که دارای چندین استرئوتایپ است که یکی از آنها باعث لنفوگرانولوم ونروم می شود. شایع ترین سویه های این باکتری آنهایی هستند. که فقط قادرند به اپی تلیوم استوانه ای یا ترانزیشنال بچسبند و باعث ایجاد عفونت دهانه رحم شوند. این بیماری اغلب در بارداری بدون علامت است. ولیکن در صورت بروز خود را به اشکال، سندرم اورترال، اورتریت، و عفونت غدد بارتولین نشان می دهد. *نکته : اندومتریس، سالپنژیت، پریتونیت، آرتریت واکنشی و سندرم رایتر نیز به دنبال عفونت های کلامیدیایی حادث می شوند که خوشبختانه در دوران بارداری معمولاً بروز نمی دهند. *نکته : متریت زودرس بعد از زایمان؛ که با خونریزی و ترشح واژینال، تب خفیف، درد پایین شکم و تندررس رحم بروز می نماید، به دنبال کلامیدیا ایجاد می شود. ۵۰-۳۰٪ از نوزادانی که به روش واژینال از این مادران به دنیا می آیند عفونت را از طریق انتقال عمودی دریافت می کنند. *نکته : انتقال پری ناتال عفونت به نوزاد می تواند باعث ایجاد پنومونی شود و همچنین شایع ترین علت عفونی قابل شناسایی برای اُفتالمی نوزادی، کلامیدیاتراکوماتیس است. بنابراین سبب کنژکتیویت در نوزادان می شود.

• انتقال عمودی کلامیدیا سبب کدام عفونت نوزدای می شود ؟ (ارشد ۹۰)

الف) سپسیس (ب) پنومونی

ج) عفونت مجاری ادراری (د) درماتیت

- جواب : گزینه ب.

(ب) افتالمی، نوزادان

(د) د ماتیت

- جواب : گزینه ب.

سوم پیشنهاد می کنید ؟ (ارشد ۹۶)

(ب) پروتئین ادرار

(د) غربالگری نقایص لولہ عصبی

- جواب : گزینه الف.

در زنانی که در معرض خطر بالای عفونت کلامیدیایی هستند در نخستین ویزیت پره ناتال باید غربالگری انجام شده و در صورتیکه رفتارهای پرخطر ادامه داشتند مجدداً در سه ماهه سوم غربالگری صورت گیرد. تشخیص عمدتاً به کمک کشت و یا آزمون تکثیر اسیدنوکلئیک NAAT صورت می گیرد.

آزیترومایسین خط اول درمان بوده و استفاده از آن در دوران بارداری بی خطر و مؤثر است. استفاده از فلوروکینولون ها و داکسی سایکلین و نیز اریترمایسین استولات در دوران بارداری ممنوع است زیرا می توانند باعث سمیت کبدی شوند. توصیه می شود ۴-۳ هفته پس از تکمیل درمان، مجدداً آزمایش بررسی کلامیدیا انجام شود.

درمان عفونت های کلامید یا تراکوماتیس در دوران بارداری	
دارو و دوز	رژیم
- آزیترومایسین ۱ گرم خوراکی به صورت دوز منفرد. - آموکسی سیلین ۵۰۰ میلی گرم خوراکی، ۳ بار در روز به مدت ۷ روز.	رژیم ارجح
- اریترومایسین ۵۰۰ میلی گرم خوراکی، ۴ بار در روز به مدت ۷ روز. - اریترومایسین اتیل سوکسینات، ۸۰۰ میلی گرم خوراکی، ۴ بار در روز به مدت ۷ روز. - اریترومایسین، ۲۵۰ میلی گرم خوراکی، ۴ بار در روز به مدت ۱۴ روز. - اریترومایسین اتیل سوکسینات، ۴۰۰ میلی گرم خوراکی، ۴ بار در روز به مدت ۱۴ روز.	رژیم جایگزین

● اولین انتخاب درمانی برای عفونت کلامیدیایی طی دوران بارداری کدامیک از موارد زیر است ؟ (ارشد ۸۷)

(الف) سفتریاکسون ۲۵۰ میلی گرم داخل عضلانی تک دز

(ب) آموکسی سیلین ۲۵۰ میلی گرم هر ۸ ساعت برای یک هفته

(ج) سفیکسیم ۴۰۰ میلی گرم تک دوز

د) اریترومایسین ۵۰۰ میلی گرم هر ۶ ساعت برای یک هفته

- جواب : گزینه د.

- لنفوگرامولوم ونروم

سروتیپ های L_1 ، L_2 ، L_3 از C تراکوماتیس سبب بروز این بیماری می شوند. این حالت ممکن است با شانکروئید اشتباه گرفته شود. ممکن است سیستم لنفاوی مجاری تناسلی تحتانی و بافت های اطراف رکتوم نیز درگیر شده و دچار اسکروز فیبروز شوند. همچنین در صورت درگیری طرفین رباط اینگوینال سبب بروز نشانه ناودان (Grow sign) می شود. این وضعیت می تواند منجر به الفانی تازیس دریچه ای و تنگی شدید رکتوم شود. همچنین ممکن در رکتوم، پرینه و وولوفیستول ایجاد شود. به منظور درمان در دوران بارداری، اریترومایسین، ۵۰۰ میلی گرم خوراکی، ۴ بار در روز، به مدت ۲۱ روز تجویز می شود.

- شانکروئید

هموفیلوس دوکری می تواند باعث ایجاد زخم های تناسلی دردناک و غیر اندوره ای به نام شانکر نرم شود. که در برخی مواقع همراه با لنفادنوپاتی اینگوینال چرکی و دردناک است. ضایعه زخمی شانکروئید عامل پر خطری برای انتقال HIV به شمار می آید. درمان های توصیه شده در بارداری عبارتند از: آزیترومایسین یک گرم خوراکی تک دوز؛ اریترومایسین ۵۰۰ میلی گرم خوراکی ۳ بار در روز به مدت ۷ روز؛ سفتریاکسون ۲۵۰ میلی گرم یک دوز داخل عضلانی.

- پاپیلوما ویروس انسانی

این ویروس با بیش از ۴۰ نوع می توانند باعث عفونت ناحیه تناسلی شوند. یکی از شایعترین عفونت های مقاربتی است. انواع ۱۶ و ۱۸ این ویروس، انکوژن یا پرخطر بوده و با دیس پلازی همراهی هستند. زگیل های پوستی و مخاطی نواحی تناسلی خارجی که کوندیلوما آکومیناتا نامیده می شوند، معمولاً توسط انواع ۶ و ۱۱ ایجاد می شوند. در موارد بسیاری تعداد و اندازه این زگیل ها در دوران بارداری افزایش می یابد. و دلیل آن ناشناخته است. تغییرات فیزیولوژیک دوران بارداری می تواند منجر به تسهیل همانندسازی ویروس شوند. پاسخ به درمان در دوران بارداری ممکن است ناکامل باشد اما معمولاً پس از زایمان، ضایعات به سرعت بهبود یافته یا پسرفت می کنند.

درمان در بارداری زمانی ضرورت می یابد که علامتدار شده باشد. و به صورت استفاده موضعی از محلول ۹۰-۸۰٪ اسید تری کلرواستیک یا دی کلرواستیک یک بار در هفته است. اما استفاد از محلولهای پودوفیلین، محلول یا ژل پودوفیکس، کرم ایمی کیمود، و سینه کاتکین ها در بارداری توصیه نمی شود. در خصوص استفاده از لیزر و جراحی مورد تردید بوده و کرایوتراپی مناسبتر می باشد. واکسن ۹ ظرفیتی گارداسیل که سبب محافظت در علیه HPV های انواع ۶، ۱۱، ۱۶، ۱۸، ۳۱، ۳۳، ۴۵، ۵۲، ۵۸ می شود برای زنان باردار توصیه نمی شوند. در حالیکه در دوران شیردهی در صورت، شروع دریافت دوزهای واکسن قبل بارداری دوزهای بعدی قابل تزریق است. *نکته: پاپیلوماتوز ریوی عودکننده با شروع در دوره نوجوانی نوعی نفوپلاسم خوش خیم و نادر لارنکس است. که می تواند منجر به کلفتی صدا و دیسترس تنفسی در کودکان بشود و اغلب ناشی از نوع ۶ یا ۱۱ است. در حال حال زایمان به روش سزارین صرفاً برای پیشگیری از انتقال HPV توصیه نمی شود.

- خانمی با زگیل های تناسلی در دوران بارداری مراجعه نموده و ناراحتی خاصی ندارد توصیه شما چیست ؟ (ارشد ۸۶)

الف) تجویز رزین پودوفیلین (ب) کرم ۵ فلوتور و اوراسیل

ج) عدم درمان در بارداری (د) کرم ایمیکیمود و اینترفرون

- جواب : گزینه ج.

- ویروس هرپس سیمپلکس

تخمین زده می شود که ۲-۵٪ از زنان دوران بارداری دچار عفونت با هرپس سیمپلکس نوع ۱ و ۲ می شوند. با توجه به تفاوت های ایمونولوژیک و بالینی، دو نوع هرپس سیمپلکس قابل شناسایی هستند. نوع ۱ مسئول اغلب عفونت های غیر تناسلی است، که مسئول عفونتهای مادرزای است و بطور تیپیک در دوران کودکی کسب می شود. نوع ۲ تقریباً به طور انحصاری در مجاری تناسلی دیده می شود و معمولاً از راه تماس جنسی منتقل می شود. *نکته : راه انتقال به نوزاد از مسیرهای، ۵٪ داخل رحمی؛ ۸۵٪ پری پارتوم؛ ۱۰٪ پس از تولد می باشد. *نکته : در مواردی که مادر در نزدیکی زایمان دچار عفونت تناسلی با ویروس هرپس سیمپلکس می شود خطر عفونت نوزاد ۵۰-۳۰٪ است. این میزان بالا ناشی از بالاتر بودن تعداد ویروس ها و نبود آنتی بادی محافظتی (با قابلیت عبور از جفت) است.

عفونت ویروس هرپس سیمپلکس را می توان به سه گروه تقسیم بندی کرد		
۱. نخستین اپیزود عفونت اولیه	۲. نخستین اپیزود عفونت ثانویه	۳. بیماری دوباره فعال شده
دوره کمون: ۸-۶ روز، (۲۶-۱ روز) مشخصه کلاسیک به صورت بثورات پاپولار خارش دار و یا همراه با سوزن سوزن شدن. بتدریج دردناک و وزیکولار، ضایعات متعدد ولو و پرینه به هم می پیوندند و آدنوپاتی اینگوینال شدید ایجاد می شود. علائم سیستمیک شبه انفولانزایی شایع هستند. درگیری دهانه رحم شایع است. نشانه های بیماری طی ۴-۲ هفته ناپدید می شوند. در بسیاری از زنان ضایعات دیده نشده و به جای آن نواحی ساییده شده (خراشیده شده) شبیه زخم چاقو دیده می شود.	این تشخیص هنگامی مطرح می شود که از بیماری که دارای آنتی بادی سرمی علیه یک نوع ویروس است، نوع دیگر ویروس به دست آید. عموماً در اینگونه عفونت ها تعداد ضایعات کمتر بوده، تظاهرات بالینی خفیف تر هستند و درد کمتری وجود دارد و طول مدت ضایعات و انتشار ویروس کمتر است. در بسیاری از موارد افتراق دو نوع عفونت اولیه از یکدیگر به لحاظ بالینی غیرممکن است و لذا استفاده از آزمون های سرولوژیک می تواند مفید باشد.	حالتی که در آن ویروس جدا شده از ترشحات تناسلی بیمار و آنتی بادی موجود در سرم با هم همخوانی دارند. فعال شدن مجدد به نام عفونت راجعه نیز شناخته می شود و منجر به انتشار ویروس هرپس سیمپلکس می گردد. این ضایعات معمولاً تعدادشان کمتر بوده، حساسیت کمتری داشته و دوره انتشار ویروس از آنها (۵-۲ روز است). میزان عود در طول نخستین سال پس از عفونت اولیه شایع تر بوده و بتدریج در طی چندین سال کاهش می یابد.

***نکته :** عفونت در نوزاد به اشکال : ۴۰٪ در چشم و دهان؛ ۳۰٪ سیستم عصبی مرکزی و انسفالیت؛ ۳۲٪ بیماری منتشر و درگیری چند ارگانی می باشد. برای تشخیص، بهتر است کشت سلولی و PCR انجام شود. غربالگری روتین سرولوژیک هرپس در بارداری به دلیل هزینه بالا و داروهای محدود درباره تأثیر آن در کاهش بروز هرپسنوزادی توصیه نمی شود.

برای درمان نخستین اپیزود هرپس تناسلی در زنان غیرباردار از آسیکلوویر، فام سیکلوویر، یا والاسیکلوویر استفاده می شود. در صورت درد شدید استفاده از مسکن ها و بی حس کننده های موضعی می تواند تا حدی باعث تسکین بیمار شود.

***نکته :** استفاده از آسیکلوویر برای درمان زنان باردار بی خطر است.

***نکته :** در زنانی که همزمان دچار عفونت HIV نیز هستند، ممکن است دوره درمان طولانی تر باشد. برای بیمارانی که دچار عفونت شدید و یا منتشر هستند می توان از آسیکلوویر وریدی، ۱۰-۵ میلی گرم بر کیلوگرم هر ۸ ساعت به مدت ۷-۲ روز استفاده کرد. تا علائم بالینی بیمار بهبود یابند. پس از درمان وریدی باید درمان خوراکی تجویز شود به گونه ای که کل دوره حداقل ۱۰ روز به طول انجامد.

درمان های ضدویروسی برای عفونت با ویروس هرپس در دوران بارداری	
اندیکاسیون	توصیه دوران بارداری
عفونت اولیه یا اولین اپیزود عفونت	- آسیکلوویر ۴۰۰ میلی گرم خوراکی، ۳ بار در روز به مدت ۷-۱۰ روز. - والاسیکلوویر، ۱ گرم خوراکی، ۲ بار در روز به مدت ۱۰-۷ روز.
عفونت راجعه علامتدار (درمان اپیزودی)	- آسیکلوویر، ۴۰۰ میلی گرم خوراکی، ۳ بار در روز مدت ۵ روز. - آسیکلوویر، ۸۰۰ میلی گرم خوراکی، ۲ بار در روز به مدت ۳ روز. - والاسیکلوویر، ۵۰۰ میلی گرم خوراکی، ۲ بار در روز مدت ۵ روز.
سرکوب روزانه	- آسیکلوویر، ۴۰۰ میلی گرم خوراکی، ۳ بار در روز از هفته ۳۶ تا زمان زایمان. - والاسیکلوویر، ۵۰۰ میلی گرم خوراکی، ۲ بار در روز از هفته ۳۶ تا زمان زایمان.

***نکته :** در زنانی که ضایعات واژینال فعال و یا علائم پیش درآمد دارند سزارین انجام سزارین اندیکاسیون دارد. ***نکته :** در زنانی که دارای سابقه عفونت هرپس سیمپلکس هستند ولی در هنگام زایمان بیمار بیماری فعال تناسلی ندارند انجام سزارین توصیه نمی شود. ***نکته :** وجود ضایعه فعال در نواحی غیر تناسلی اندیکاسیون زایمان سزارین نیست. در این حالت روی ضایعه پانسمان شده و زایمان واژینال انجام می شود. ***نکته :** زنانی که مبتلا به عفونت فعال هرپس سیمپلکس هستند در صورتیکه ضایعه فعال بر روی پستانشان نداشته باشند می توانند به نوزاد خود شیر دهند. ***نکته :** از آنجایی که غلظت والاسیکلوویر و آسیکلوویر در شیر مادر بسیار کم است این داروها را می توان در دوران شیردهی تجویز کرد.

• کدامیک از عبارات زیر در مورد درمان هرپس ژنیتال در دوران بارداری غلط است ؟ (ارشد ۸۴)

(الف) درمان پروفیلاکتیک با آسیکلوویر در اواخر حاملگی توصیه نمی شود.

(ب) در صورت همراه بودن HIV دوزهای بالاتر درمانی لازم است.

(ج) داروی انتخابی آن آسیکلور است.

(د) آسیکلوویر در موارد عود تاثیر چندانی ندارد.

- جواب : گزینه الف.

• کدام گزینه در رابطه با هریس حاملگی صحیح است ؟ (ارشد ۸۶)

الف) تشدید ورمیسیون در دوره بارداری شایع است. (ب) صورت و ولو نواحی شایع درگیری است.

ج) اکثراً بیماری هنگام زایمان تخفیف می یابد. (د) عود بیماری در حاملگی های بعدی مشاهده نمی شود.

- جواب : گزینه الف.

• در خصوص هریس تناسلی کدام جمله غلط است ؟ (ارشد ۸۸)

الف) در اواخر بارداری شایع تر است. (ب) در مولتی پارها شایع تر است

ج) یک ضایعه اتوایمیون است. (د) شدت عارضه در حاملگی بعدی معمولاً کمتر است.

- جواب : گزینه د.

- سیفیلیس

عامل ایجاد آن باکتری اسپیروکتی به نام، ترپونما پالیدروم است. دوره کمونی ۹۰-۳ روزه دارد. این اسپیروکت همانند سازی کرده و طی چند ساعت در لنف گسترده می شود. اروزبون سرویکس خطر انتقال آن را افزایش می دهد. *نکته : راههای انتقال آن به جنین از طریق جفت و پرده های جنینی و تماس با ضایعات مادر در حین زایمان می باشد. از آنجائیکه قبل از میانه بارداری سیستم ایمنی جنین کفایت خوبی ندارد، عموماً پاسخ التهابی ایمنولوژیکی که مشخصه بیماری بالینی است در این زمان در جنین دیده نمی شود. *نکته : سیفیلیس پیش از زایمان سبب : پره ترم لیبر، IUGR، عفونت نوزادی، و مرگ جنین می شود. *نکته : نوزاد ممکن است دچار موارد : زردی، درگیری استخوان های بلند (نمای بیدخورده)، نفروز، پتشی و پورپورا، لنفادنوپاتی، رینیت، پنومونی و میوکاردیت گردد. *نکته : در عفونت سیفیلیس، جفت بزرگ و رنگ پریده می شود. در بررسی میکروسکوپی می توان دید که پرزهای جفت حالت شاخص درختی خود را از دست داده و کلفت و چماقی شکل شده اند. در حال حاضر انجام آزمون غربالگری سیفیلیس برای تمامی زنان باردار می بایست در اولین ویزیت پره ناتال انجام شود. *نکته : در جوامع با شیوع بالای سیفیلیس، می بایست آزمون سرولوژیک در سه ماهه سوم و مجدداً در زمان زایمان انجام شود. برای تشخیص قطعی ضایعات در مراحل اولیه شان باید ترشحات ضایعات را در زیر میکروسکوپ زمینه تاریک قرار داده و برای بررسی آنتی بادی ها در آن از آزمون فلوئورسنت مستقیم استفاده کرد. تشخیص پره ناتال سیفیلیس مادرزادی دشوار است، چرا که بررسی سونوگرافیک اغلب در جنین مبتلا به عفونت طبیعی است. *نکته : آزمون اختصاصی برای شناسایی ترپونماپالیدوم در مایع آمنیوتیک، CPR است و DNA ترپونمایی در ۴۰٪ از بارداری های همراه با عفونت، پیش از هفته ۲۰ بارداری یافته شده است.

سیفیلیس مادر بر اساس خصوصیات بالینی و طول دوره بیماری دسته بندی می شود			
اولیه	ثانویه	تأخیری	ثالثیه یا دیررس
شانکر، این ضایعه بدون درد بوده و قاعده ای نرم و لبه های برجسته، سفت و قرمز رنگ دارد. ضایعات ممکن است چندتایی باشند به ویژه در همراهی با HIV.	اسپیروکت منتشر شده 90٪؛ اختلالات پوستی را سبب میشود. بثورات ماکولار منتشر، ضایعات هدف در کف دست و پا، آلویسی لکه ای و یا لکه های مخاطی وجود دارد. کوندیلوماتا به پاپولها و ندولهایی گفته می شود که هم رنگ پوست بوده و در نواحی پرینه و اطراف مقعد دیده می شوند. این ضایعات غنی از اسپیروکت و بسیار عفونی اند.	در صورت عدم درمان نوع اولیه و ثانویه، بوجود می آید. مشخصه این مرحله از بیماری مثبت بودن آزمون های سرولوژیک و از بین رفتن تظاهرات بالینی است. سیفیلیس تأخیری زودرس، ۱۲ ماه اول را شامل می شود. سیفیلیس تأخیری دیررس بیش از ۱۲ ماه طول کشیده باشد.	شکلی از بیماری است که به آهستگی پیشرفت کرده و میتواند هر ارگانی را مبتلا کند. این شکل از سیفیلیس به ندرت در زنان واقع در سنین باروری دیده می شود.

هدف از درمان سیفیلیس در دوران بارداری ریشه کنی عفونت مادر و پیشگیری از ایجاد یا درمان نوزادی است. تجویز پنی سیلین G داخل وریدی همچنان روش درمانی ارجح برای تمامی مراحل سیفیلیس در دوران بارداری است.

درمان توصیه شده برای زنان باردار مبتلا به سیفیلیس	
دسته بندی	درمان
سیفیلیس زودهنگام	بنزاتین پنی سیلین ۲/۴،G میلیون واحد داخل عضلانی به صورت یک دوز منفرد. پس از یک هفته دوز دوم تجویز شود.
طول دوره بیماری بیش از یک سال	بنزاتین پنی سیلین ۲/۴،G میلیون واحد داخل عضلانی، هر هفته به مدت ۳ روز.

تتراسایکلین ها، از جمله داکسی سایکلین، در درمان سیفیلیس در زنان غیرباردار مؤثرند. این داروها عموماً در دوران بارداری توصیه نمی شوند، چرا که در صورت استفاده از آنها خطر تغییر رنگ زرد-قهوه ای دندان های شیری کودک وجود دارد. در غالب زنان مبتلا به سیفیلیس اولیه و تقریباً نیمی از زنان دچار عفونت ثانویه، درمان با پنی سیلین منجر به واکنش جاریش-هگزایمر میشود. *نکته : در موارد زیادی همراه با این واکنش، انقباضات رحمی اتفاق می افتد که ممکن است با کاهش تأخیری ضربان قلب جنین همراه باشند.

- در صورتیکه زن حامله ای مبتلا به سیفلیس باشد و حساس به پنی سیلین و تست پوستی او برای آنافیلاکسی ناشی از IgE مثبت پوستی باشد کدامیک از اقدامات درمانی زیر را توصیه می کنید ؟ بیمار مبتلا به سیفلیس اولیه کمتر از یک سال است ؟ (ارشد ۸۴)

الف) حساسیت زدایی به پنی سیلین و تزریق ۲/۴ میلیون پنی سیلین بنزاتین یک تا دو روز

ب) تجویز اریترومايسين ۴ گرم روزانه تزریقی به مدت یک هفته

ج) سفتریاکسون روزانه، ۲ گرم وریدی به مدت ده روز

د) آزیترومایسین روزانه یک گرم وریدی به مدت یک هفته

- جواب : گزینه الف.

- بهترین درمان سیفیلیس در زنان حامله ای که به پنی سیلین آلرژی دارند چیست ؟ (ارشد ۸۸)

الف) سفتریاکسون ب) اریترومايسين

ج) تتراسایکلین د) حساسیت زدایی از پنی سیلین

- جواب : گزینه د.

- گنوره (سوزاک)

همچنان دومین بیماری متداولی است که در ایالات متحده گزارش می شود. در حدود ۴۰٪ از زنان، عفونت گنوکوکی نشانه همزمان عفونت با کلامیدیا است. در اغلب زنان باردار عفونت گنوکوکی به مجاری تناسلی تحتانی - دهانه رحم، پیشابراه، و غدد دور پیشابراه و غدد وستیبولار - محدود می شود. سالپنژیت حاد در دوران بارداری نادر است. اما تعداد غیرمترقبه ای از عفونت های گنوکوکی منتشر مربوط به زنان باردار می شود. *نکته : عفونت گنوکوکی در تمامی دوران بارداری می تواند اثرات نامطلوبی به جا بگذارد. درمان عفونت بدون عارضه گونوکوک در دوران بارداری : سفتریاکسون ۲۵۰ میلی گرم داخل عضلانی به صورت دوز منفرد + آزیترومایسین، ۱ گرم خوراکی به صورت دوز منفرد؛ آزیترومایسین عفونت های همزمان کلامیدیایی را نیز درمان می کند؛ قرص های سفیکسیم می بایست برای مواردی که نمی توان درمان با سفتریاکسون انجام داد نگاه داشته شوند؛ در زنان حساس به سفالوسپورین می توان از آزیترومایسین با دوز ۲ گرم خوراکی به صورت یک دوز منفرد استفاده کرد.

- عفونت های منتشر گنوکوکی : باکتری می گونوکوکی می تواند سبب بروز عفونت های منتشر شود که به صورت ضایعات پوستی زیر تظاهر می کنند (پتشی، پوسچولار، آرترالژی، آرتریت روماتوئید، آرتریت عفونی، تنوسینوویت)، جهت درمان، تجویز سفتریاکسون ۱۰۰۰ میلی گرم، داخل عضلانی یا داخل وریدی هر ۲۴ ساعت را پیشنهاد می کنند. درمان می بایست ۲۴ تا ۴۸ ساعت پس از بهبودی ادامه پیدا کند و سپس درمان به یک داروی خوراکی تغییر داده می شود. تا یک هفته درمان تکمیل شود. تشخیص و شروع درمان ضد میکروبی معمولاً پیامدهای مطلوبی در بارداری به همراه دارد.

• درمان انتخابی شما در موارد عفونت گنوکوکی بدون عارضه و علامت در زنان حامله کدام است ؟ (ارشد ۸۴)

الف) سیپروفلوکساسین ۵۰۰ میلی گرم خوراکی یک دوز ب) سفیکسیم ۴۰۰ میلی گرم خوراکی یک دوز

ج) اریترومايسين ۳ گرم خوراکی یک دوز د) آزیترومایسین ۱ گرم عضلانی یک دوز

- جواب : گزینه ب.

- ویروس نقص ایمنی انسانی

عامل ایجاد کننده ایدز، RNA رتروویروس هایی به نام ویروس نقص ایمنی انسان (نوع ۱ و ۲) هستند. در همه جای دنیا اکثر موارد ناشی از نوع ۱ است. روش های انتقال آن از طریق مقاربت جنسی (روش اصلی)، خون، فرآورده های خونی، شیردهی می باشند. دوره نهفتگی بیماری از چند روز الی چند هفته متغیر است. تظاهرات بالینی لنفادنوپاتی فراگیر، لکوپلاکی مویی در دهان، زخم های آفتی، و ترومبوسیتوپنی هستند. بیماری سیستم عصبی شایع است و در حدود نیمی از بیماران دچار نشانه های مربوط به سیستم عصبی مرکزی هستند. *نکته : در صورتیکه تعداد سلول های CD4، کمتر از ۲۰۰ میلی متر مکعب باشد تشخیص ایدز قطعی است. غربالگری با استفاده از آزمایش الایزا که حساسیت بالای ۹۵٪ دارد انجام می شود. در صورت مثبت بودن آزمایش برای تأیید نتیجه آن از آزمایش وسترن بلات و یا ایمنوفلورانس استفاده می شود.

- راهکارهای مواجهه با آزمایش سریع HIV در زنان باردار در اتاق زایمان :

۱. باید به زن باردار گفته شود که مبتلا به عفونت است. و نوزادش نیز ممکن است با این عفونت مواجه شوند.
۲. باید به بیمار توضیح داده شود که نتایج آزمایش سریع نتایج اولیه با امکان مثبت کاذب هستند.
۳. باید به بیمار توضیح داده شود که برای تأیید نتیجه آزمایش سریع، یک آزمایش دیگر نیز انجام خواهد شد.
۴. برای کاهش خطر انتقال عفونت به نوزاد شروع فوری درمان پیشگیرانه ضد رتروویروسی توصیه می شود. و نباید منتظر تأیید نتیجه آزمایش توسط آزمایش دوم شد.
۵. پس از تولد نوزاد می توان با توجه به نتایج آزمایش دوم درمان ضد رتروویروسی مادر را قطع کرد.
۶. باید از بیمار خواسته شود تا آماده شدن نتیجه آزمایش دوم از شیر دادن به نوزاد خودداری کند، زیرا در صورت ابتلا به عفونت، مادر نباید به نوزاد خود شیر دهد.
۷. باید مسئول ارائه خدمات طبی کودکان در جریان مثبت بودن نتیجه آزمایش دوم قرار گیرد تا بتواند درمان های پیشگیرانه مناسب را برای نوزاد انجام دهد.

در اغلب موارد، شایع ترین علت عفونت در کودکان، انتقال از مادر به فرزند در زمان زایمان است. در زنان غیر باردار وجود همزمان بیماری های مقاربتی، با افزایش انتقال HIV به شریک جنسی همراه است. در کلیه زنان باردار مبتلا، انجام درمان توصیه می شود.

دسته بندی داروهای ضد رترو ویروسی	
طبقه بندی	دسته دارویی
انتخابی انتخابی جایگزین جایگزین جایگزین	مهارکننده های ترانس کریپتاز معکوس نوکلئوزیدی / نوکلئوتیدی لامی وودین زیدوودین آباکاویر امتريستیابین تنوفویر
انتخابی در شرایط خاص	مهارکننده های ترانس کریپتاز معکوس غیر نوکلئوزیدی نوپراپین افاویرنز
انتخابی انتخابی انتخابی جایگزین جایگزین	مهارکننده پروتئاز ریتوناویر آتازاناویر لیپوناویر / ریتوناویر ساکیناویر داروناویر
داده ها ناکافی داده ها ناکافی	مهارکننده ورود انفوویرتاید ماراویروک
در شرایط خاص	مهارکننده اینتگرز رالتگراویر

عفونت HIV در مادر به محدودیت رشد جنین، پره اکلامپسی و پارگی زودرس پرده ها مرتبط است. استفاده از داروهای ضد رترو ویروسی در نیمه دوم بارداری، خطر زایمان پره ترم یا تروژنیک را افزایش می دهد.

توصیه هایی در مورد استفاده از داروهای ضد ویروسی در دوران بارداری	
وضعیت بالینی	توصیه ها
زنان دچار عفونت HIV که تحت درمان ضد رتروویروسی هستند و باردار می شوند.	- در صورتیکه سرکوب ویروسی کافی بوده و بیمار درمان را تحمل می کند درمان فعلی ادامه یابد. - در صورتیکه ویروس قابل شناسایی باشد مقاومت ویروس HIV در برابر داروهای ضد رتروویروسی مورد آزمایش قرار گیرد. - در صورتیکه بیمار در سه ماهه اول بارداری قرار داد داروها ادامه پیدا کنند. - چنانچه مصرف داورها متوقف شده است باید مصرف کلیه آنها را قطع کرده و سپس مجدداً در سه ماهه دوم شروع شوند. - اگر که سطح RNA بالای ۴۰۰ نسخه در میلی لیتر باشد یا در نزدیکی وضع حمل نامشخص باشد، زیدوودین داخل وریدی شروع شود.
زنان دچار عفونت HIV که تا به حال درمان ضد رتروویروسی دریافت نکرده اند.	- باید آزمون مقاومت دارویی در برابر داروهای ضد رتروویروسی درخواست شد. - HAART شروع شود : در سه ماهه اول از افویرنز استفاده نشود. در صورت امکان از یک چند درمان استفاده شود (زیدوودین، لامی وودین، امتریستابین، تنوفر یا آباکاویر)، در زنانی که شمارش CD4+ بالای ۲۵۰ سلول در میلی متر مکعب دارند از مصرف نویراپین اجتناب شود. - در صورت وجود اندیکاسیون های مادری، HAART می بایست در زودترین زمان ممکن آغاز شود. اگر شمارش سلولهای CD4+ بالا باشد و سطح RNA پایین باشد می توان شروع درمان را تا سه ماهه دوم به تأخیر انداخت. - چنانچه سطح RNA بالای ۴۰۰ نسخه در میلی لیتر باشد و یا نزدیکی وضع حمل نامشخص باشد، زیدوودین داخل وریدی شروع شود.
زنان دچار عفونت HIV که قبلاً تحت درمان ضد رتروویروسی بوده اند اما در حال حاضر دارو دریافت نمی کنند.	- باید آزمون مقاومت دارویی در برابر داروهای ضد رتروویروسی درخواست شد. - در سه ماهه اول نباید از افویرنز استفاده شود. - در صورت امکان از یک یا چند درمان استفاده شود (زیدوودین، لامی وودین، امتریستابین، تنوفر یا آباکاویر) - در صورتی که تعداد سلول های CD4+ بیش از ۲۵۰ عدد در هر میلی متر مکعب باشد نباید از نویراپین استفاده شود. - در صورتی که سطح RNA بالای ۴۰۰ نسخه در میلی متر باشد و یا در نزدیکی وضع حمل نامشخص باشد، زیدوودین داخل وریدی شروع شود.
زنان دچار عفونت HIV که عفونتشان در هنگام زایمان کشف می شود و هیچ داروی ضد رتروویروسی دریافت نمی کنند.	- زیدوودین داخل وریدی را با دوز بارگذاری ۲ میلی گرم بر کیلوگرم داخل وریدی طی ۱ ساعت و سپس ۱ میلی گرم بر کیلوگرم در ساعت تا زمان زایمان شروع کنید.

روش برخورد با برخی از عوارض HIV در دوران بارداری با حالت عادی متفاوت است. در صورتی که تعداد سلول های T از نوع CD4+ کمتر از ۲۰۰ میلی متر مکعب باشد توصیه می شود. درمان پیشگیرانه اولیه در برابر پنوموسیستیس ژئرووسی (که قبلاً با نام پنوموسیستیس کارینی خوانده می شد). با استفاده از سولفامتوکسازول/ تری متوپریوم یا دامپون-تری متوپریوم خوراکی یا وریدی درمان می شود. سایر عفونت های فرصت طلب علامتداری که ممکن است ظاهر شوند عبارت اند از توکسوپلاسموز نهفته یا ابتلای جدید به آن، هرپس ویروس، مایکوپلازما و کاندیدا.

***نکته :** در صورتیکه زایمان سزارین به دلایل مامایی اندیکاسیون داشته باشد، می بایست در ۳۹ هفتگی و با تجویز داروهای ضد میکروبی استاندارد در حول و حوش عمل جهت پروفیلاکسی انجام شود. در زنان آلوده به HIV قرار است تحت زایمان سزارین به برنامه ریزی شده قرار گیرند می بایست زیدودین داخل وریدی با دوز بارگذاری شروع شود. و پس از آن ۲ ساعت درمان نگه دارنده مداوم صورت گیرد. (در کل ۳ ساعت انفوزیون زیدوودین). اغلب موارد انتقال در دوران شیردهی در طی ۶ ماه نخست اتفاق می افتد. و دو سوم عفونت ها در نوزادانی که از شیر مادر تغذیه می کنند، ناشی از شیر مادر است. بایستی شیرخواران در ۶ ماه اول زندگی صرفاً با شیر مادر تغذیه شوند. تغذیه با شیر مادر را می توان تا ۱۲ ماه و تا زمانیکه یک رژیم غذایی با مواد مغذی کافی شروع شود، ادامه داد. ***نکته :** استفاده از روش های پیشگیری از بارداری هورمونی در این زنان بی خطر است و استفاده از کاندوم می بایست فارغ از روش پیشگیری توصیه گردد، تأیید شدند.

• کدامیک از عبارات زیر در مورد بارداری و عفونت ناشی از HIV غلط است ؟ (ارشد ۸۴)

الف) انتقال از مادر به جنین در حاملگی ترم و پره ترم متفاوت است.

ب) انجام تست سرولوژی در همه مادران باردار توصیه می شود.

ج) در خانم های حامله HIV مثبت نسبت CD4+ به کمتر از ۱۴٪ می رسد و سرانجام حاملگی را وخیم می کند.

د) درمان چند دارویی آنتی رتروویرال در دوران بارداری غلط است.

- جواب : گزینه د.

• خانم ۲۷ ساله با سابقه رفتارهای پرخطر جنسی که همسر وی نیز مصرف مواد مخدر تزریقی دارد جهت زایمان مراجعه کرده و مراقبت مناسب دوران بارداری هم دریافت نکرده است. کدام اقدام ضروری است ؟ (ارشد ۹۴)

الف) توصیه به غربالگری داوطلبانه HIV بعد از زایمان. ب) غربالگری HIV با آزمایش وسترن بلات.

ج) شروع فوری درمان پیشگیرانه ضد رترو ویروسی. د) در صورت سالم بودن پرده آمنیونی سزارین انتخابی.

- جواب : گزینه د.

• خانم ۳۲ ساله گراوید ۲ پارا ۱؛ و حاملگی ترم با سابقه رفتارهای پرخطر جنسی و HIV مثبت جهت زایمان مراجعه کرده است. در معاینه دیلاتاسیون ۵-۴ سانتی متر و کیسه آمنیون سالم است. چه اقدامی برای وی صحیح است ؟ (ارشد ۹۶)

الف) کیسه آمنیون بازگردیده و مانتیورینگ داخلی جنین صورت گیرد.

ب) تقویت زایمان و اپی زیاتومی جهت تسریع زایمان انجام شود.

ج) سزارین الکتیو بدون پاره کردن کیسه آمنیونی صورت گیرد.

د) بلافاصله بعد از تولد تغذیه با شیر مادر آغاز گردد.

- جواب : گزینه ج.

• خانم باردار ترم، ۲۶ ساله با سابقه رفتارهای پرخطر جنسی با درد زایمان بستری شده است. وی مراقبت دوران بارداری محدودی دریافت کرده است. کدام گزینه در مورد انجام تست سریع HIV صحیح است ؟ (ارشد ۹۶)

الف) بلافاصله در حیت لیبر باید انجام گردد.

ب) در صورت نتیجه منفی تست، در همه موارد نیاز به تست تأییدی هست.

ج) در صورت نتیجه مثبت تست، درمان رترو ویروسی تا دریافت نتیجه تست تأییدی به تعویق می افتد.

د) انجام تست به بعد از زایمان موکول شود.

- جواب : گزینه الف.

• ادامه درمان برای زنان HIV مثبت بعد از زایمان شامل کدام یک از موارد زیر می باشد ؟ (ارشد ۹۷)

الف) در تمام زنان
ب) در زنان با CD4 طبیعی

ج) در زنان با قصد بارداری مجدد در آینده نزدیک
د) در زنان با میزان RNA ی HIV اندک

- جواب : گزینه ج.

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

۰۱۳/۴۲۳۴۲۵۴۳ (لاهیجان)

خرید اینترنتی:

Shop.nokhbegaan.ir