

مجموعه ترجمه و تلخیص دانشنامه

طب اورژانس

روزن ۲۰۲۲

بیماری های زنان

مترجمین

دکتر هومن اصفهانی

بورد تخصصی طب اورژانس

عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر مهدی ابراهیمی

بورد تخصصی طب اورژانس

معاون فرهنگی و دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر امیرحسین چیتاگریان

بورد تخصصی طب اورژانس

دکتر امید شکوهی

استادیار دانشگاه علوم پزشکی همدان

رتبه دوم بورد تخصصی طب اورژانس ۱۳۹۸

دکتر آریتا عظیمی مبینی

بورد تخصصی طب اورژانس

دانشجوی دکتری مدیریت سلامت در حوادث و بلایا

دکتر زهرا گلشن

بورد تخصصی طب اورژانس

دکتر سید علی میربد

بورد تخصصی طب اورژانس

عضو هیات علمی دانشکده پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی نجف آباد

سرپرست مترجمین

دکتر آریتا عظیمی مبینی

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
7	فصل 173 : عارضه‌های بارداری
45	فصل 174 : اورژانس‌های داخلی طی بارداری
71	فصل 175 : درمان دارویی در بارداری
95	فصل 176 : درد زایمان و زایمان
123	فصل 177 : تروما در بارداری
141	ضمیمه : تست‌های سؤالات مورد ارتقا سال‌های اخیر (1400-1402)

مقدمه

به نام خدا

بدون شک کتاب نفیس و گرانبه‌ای مرجع طب اورژانس «روزن»، بهترین و کامل‌ترین کتاب در زمینه بیماری‌های اورژانس در دنیا می‌باشد.

افتخار این را داشته‌ام که در کنار همکاران گرانقدرم ترجمه کتاب روزن را تقدیم جامعه پزشکی کنیم. فصل اورژانس‌های زنان و زایمان به نحو مطلوبی به مباحث اورژانس‌های زنان و زایمان پرداخته است و راهنمای بسیار مناسبی برای مدیریت و درمان اورژانس‌های این میبحث می‌باشد.

مطالعه این کتاب را به همه پزشکان و پیراپزشکانی که در اورژانس و در زمینه اورژانس‌های زنان و زایمان فعالیت می‌کنند توصیه می‌کنم و خوشحال خواهیم شد که گروه مترجمان این کتاب را از نقطه‌نظرهای ارزشمند خود بهره‌مند سازید.

دکتر هومن اصفهانی

استادیار گروه طب اورژانس دانشگاه علوم پزشکی تهران

عارضه‌های بارداری

مشکلات اوایل بارداری

سقط جنین (Miscarriage)

سقط شایع‌ترین عارضه‌ی جدی بارداری است و به صورت خاتمه‌ی خودبه‌خودی بارداری قبل از هفته بیستم بارداری تعریف می‌گردد. مرگ جنین بعد از هفته‌ی 20 یا هنگامی که وزن جنین بیش از 500 گرم شده است به عنوان تولد پره‌ماچور در نظر گرفته می‌شود. از دست رفتن زودرس حاملگی (Early Pregnancy loss) به صورت حاملگی داخل رحمی غیرقابل حیات یا یک ساک حاملگی خالی یا ساک حاملگی حاوی یک امبریو یا جنین بدون فعالیت قلبی در طی 12 هفته و 6 روز اول حاملگی تعریف می‌شود. از دست رفتن زودرس حاملگی شایع است، به صورتی که 80 درصد در تریمستر اول رخ می‌دهند و این موضوع در 10% حاملگی‌های تشخیص داده شده دیده می‌شود. به نظر می‌رسد مقدار تخمین زده شده در این مورد کم باشد به دلیل اینکه مشکل است حاملگی‌هایی را در نظر بگیریم که از نظر کلینیکی تأکید نشده‌اند ولی بیماران آنها را تشخیص می‌دهند. از دست رفتن رویان و جنین بعد از لانه‌گزینی در حداکثر $\frac{1}{3}$ بارداری‌ها رخ می‌دهد. خطر سقط با موارد زیر افزایش می‌یابد: (1) سن بالای مادر (افزایش 5 برابری در خانم‌های < 40 سال در مقایسه با خانم‌های 25-29 ساله)، (2) سن بالای پدر (3) مصرف الکل (4) افزایش پاریتی (تعداد تولدهای زنده قبلی)، (5) سابقه سقط قبلی (6) دیابت قندی و بیماری تیروئید کنترل نشده (7) چاقی (8) BMI پایین قبل از بارداری (9) استرس مادر (10) سابقه‌ی خونریزی واژینال (11) مصرف دخانیات (smoking) و (12) مصرف کافئین و

نکات کلیدی

- سقط (miscarriage) به صورت پایان یافتن خودبه‌خودی حاملگی قبل از هفته 20 بارداری تعریف می‌شود.
- حدود 25 درصد خانم‌ها، مقداری خونریزی را در طی حاملگی تجربه می‌کنند.
- بیشتر سقط‌ها به دلیل بدشکلی‌های رحمی یا ناهنجاری‌های کروموزومی می‌باشد.
- سطح‌های متمایزکننده Beta hCG (discriminatory levels) برای تشخیص حاملگی داخل رحمی به طور معمول 6500 (mIU/ml) برای سونوگرافی از طریق شکم و 2000 (mIU/ml) تا 1000 برای سونوگرافی واژینال در نظر گرفته می‌شود.
- در بیماران با سقط ناکامل (incomplete miscarriage) شامل درمان انتظاری، درمان مدیکال یا خارج کردن به شیوه جراحی می‌باشد.
- تمام بیمارانی که حاملگی خود را از دست می‌دهند، نیازمند آموزش، رعایت احتیاط‌های لازم و حمایت در طی دوره اندوه و عزاداری (grieving process) هستند.

عوارض حاد بارداری در هر سه تریمستر رخ می‌دهند و باعث چالش‌های تشخیصی و درمانی برای پزشک اورژانس می‌گردند. اختلالات تهدیدکننده حیات مثل بارداری اکتوپیک در اوایل بارداری، هیپرانتسیون ناشی از بارداری در اواسط تا اواخر بارداری و جدا شدگی جفت (abruptio placentae) در اواخر بارداری نسبتاً شایع هستند. پزشکان اورژانس جهت اقدامات تشخیصی و درمانی باید به علائم و نشانه‌ها، مرحله (stage) بارداری و پایداری همودینامیک بیمار توجه داشته باشند.

تظاهرات بالینی

علائم و نشانه‌های کله‌سیستیت حاد طی بارداری شبیه خانم‌های غیرباردار است. درد و تندرنس اپی‌گاستر یا ربع فوقانی راست شکم و تهوع غالب هستند. لکوسیتوز را باید با دقت تفسیر نمود زیرا افزایش تعداد گلبول‌های سفید به‌طور طبیعی طی بارداری دیده می‌شود. همچنین افزایش مختصر آمیلاز طی بارداری طبیعی است و آلکالن فسفاتاز توسط جفت تولید شده و ممکن است دو برابر خانم‌های غیرباردار باشد. شرح حال حملات درد خود محدود هنگام خوردن غذا مطرح‌کننده تشخیص است.

ارزیابی تشخیصی

سونوگرافی وسیله‌ای قابل اعتماد برای تشخیص سنگ در کیسه صفرا است اگرچه باعث افتراق سنگ‌های علامتدار از بدون علامت نمی‌گردد. در بیماری که با درد رفع فوقانی راست شکم مراجعه کرده است ارزیابی سونوگرافیک همزمان کبد مفید است اما از نظر تکنیکی مشکل است به‌خصوص طی سه ماهه سوم بارداری که هماتوم ساب‌کپسولار کبدی و سایر بیماری‌های هیپاتوسولار داخلی ممکن است رخ دهند اما کبد در زیر دنده‌ها قرار گرفته است.

تشخیص‌های افتراقی

در بیمار با درد ربع فوقانی راست شکم با یا بدون تب باید پیلونفریت را در نظر داشت. طی سه ماهه سوم آپاندیسیت نیز ممکن است با درد ربع فوقانی راست شکم ظاهر کند. هپاتیت و انفیلتراسیون چربی در کبد نیز در بارداری رخ می‌دهند. اتساع و التهاب کبد به‌دلیل هیپرتانسیون ناشی از بارداری می‌تواند باعث درد ربع فوقانی راست شکم گردد. گاهی خونریزی خودبه‌خودی داخل کبدی طی اواخر بارداری رخ می‌دهد که تظاهر آن شبیه کله‌سیستیت است. به‌دلیل خطر بالقوه سایر بیماری‌های جدی، باید مطالعات تشخیصی جهت تأیید تشخیص بالینی کله‌لیتیاژ علامتدار و کله‌سیستیت در بارداری صورت گیرند.

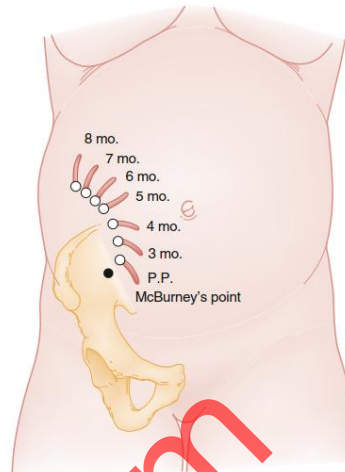


Fig. 173.8 Locations of the appendix during succeeding months of pregnancy. In planning an operation, it is better to make the abdominal incision over the point of maximal tenderness unless there is great disparity between that point and the theoretic location of the appendix. P.P., postpartum. (From: Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL, Galan HL. *Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies*. New York: Churchill Livingstone; 2007.)

بیمارانی که زیر نظر گرفته می‌شوند به صورت تجربی با آنتی‌بیوتیک‌های وریدی، به طور شایع با پیراسیلین / تازوباکتام (4/5-3/375 گرم هر 6 تا 8 ساعت) یا سفتریاکسون (2 گرم وریدی در 24 ساعت) به‌علاوه مترونیدازول (500mg هر 8 ساعت مورد درمان قرار می‌گیرند.

بیماری‌های کیسه صفرا

کله‌لیتیاژ در 5 درصد خانم‌های باردار وجود دارد و دومین علت غیرزایمانی جراحی در خانم‌های باردار است. شرح حال معمول کله‌لیتیاژ بدون علامت شبیه خانم‌های غیرباردار است و کمتر از 50 درصد بیماران دارای سنگ صفراوی دچار علائم می‌گردند.

تغییر در حرکات کیسه صفرا به‌دلیل سطح بالای استروئیدهای مرتبط با بارداری رخ می‌دهد. پروژسترون باعث کاهش تون عضلات صاف و القا کاهش حرکت و کلتاز کیسه صفرا می‌شود و خطر تشکیل سنگ را افزایش می‌دهد. به‌علاوه، بارداری باعث تغییراتی در ترکیب صفرا و افزایش ترشح کلسترول می‌گردد لذا باعث افزایش بروز تشکیل سنگ کلسترولی می‌گردد.

داروهای ضد انعقادی طی بارداری ایمن هستند اما تصمیم جهت تجویز آنها باید طبق مشاوره اورژانس با متخصص زنان و قلب صورت گیرد. مهارکننده‌های ACE، بلوکرهای رسپتور آنژیوتانسین، آنتاگونیست‌های آلدوسترون و استاتین‌ها تا دوره بعد از زایمان توصیه نمی‌گردند. آسپیرین داروی ضد پلاکت خط اول است. کلوپیدوگرل در مطالعه‌های گزارش موردی عوارض بدخینی نداشته است و ACOG پیشنهاد می‌کند که می‌توان با احتیاط از آن در دوره پس از استنت‌گذاری استفاده کرد.

تیکاگرلور، پراسوگرل و بیوالیودین به دلیل ترانوژنیسیته در مطالعه‌های حیوانی، در دوران بارداری پیشنهاد نمی‌شوند. هپارین داروی ضد انعقاد انتخابی در خانم‌های باردار است و LMWH مثل انوکسپارین نیز از جفت عبور نمی‌کند و طی بارداری مؤثر و ایمن است.

کاتتریزاسیون قلبی همراه با تعیبه استنت درمان انتخابی AMI در خانم‌های باردار است و طی آن در صورت به کار بردن حفاظ (شیلد) جنین در معرض کمتر از 1 راد (rad) اشعه قرار می‌گیرد. هنگامی که مرکز کاتتریزاسیون در دسترس نیست باید درمان نجات‌بخش با ترومبولیتیک صورت گیرد. ترومبولیتیک‌ها از جفت عبور نمی‌کنند اما باعث افزایش خطر خونریزی در مادر می‌شوند و اگر AMI به دلیل دیسکسیون کوروناری ایجاد شده باشد می‌توانند باعث بدتر شدن دیسکسیون شوند. به دلیل اینکه درمان با ترومبولیتیک مانع انجام جراحی مازور و آنستزی اپی‌دورال طی چند ساعت تا چند روز بعد از تجویز می‌گردد، باید در خانم‌های بارداری که نزدیک زایمان هستند به‌خصوص اگر نیاز به سزارین محتمل است در تجویز این داروها دقت کافی صورت گیرد.

در موارد AMI حول‌وحوش زایمان، زایمان باید با مانیتورینگ مداوم وضعیت همودینامیک مادر و سلامت جنین صورت گیرد. زایمان واژینال با کمک (Assisted) ارجح است مگر اینکه اندیکاسیونی برای سزارین وجود داشته باشد. سزارین باعث اجتناب مادر از فعالیت طولانی می‌گردد اما اگر استفاده از داروهای ضد انعقاد مانع قرار دادن کاتتر اپی‌دورال گردد بیمار را در معرض بی‌هوشی عمومی قرار می‌دهد.

بارداری می‌شوند که شامل وضعیت بیش‌انعقادی، افزایش نیاز میوکارد به اکسیژن به دلیل افزایش برون‌ده قلبی و تعداد ضربان قلب، و کاهش ظرفیت حمل اکسیژن خون ثانویه به آنمی فیزیولوژیک می‌باشند که فرد را مستعد آنژین می‌کنند. هیپرتانسیون، ترومبوفیلی، آنمی، دیابت، سن زیاد مادر، زایمان‌های متعدد و سیگار کشیدن باعث افزایش خطر AMI مرتبط با بارداری می‌شوند.

بیشتر بیماران مبتلا به سندرم کرونری حاد (ACS) در طی بارداری عللی غیرمرتبط با اترواسکلروز دارند. شایع‌ترین علت ACS، دایسکشن ناگهانی شریان کرونری (SCAD) می‌باشد که 23-43 درصد موارد MI مرتبط با حاملگی را شامل می‌شود.

در یک مطالعه 90% بیمارانی که با SCAD مرتبط با MI تظاهر پیدا کرده بودند، در دوره بعد از زایمان (Post partum) بودند درحالی که در مطالعه دیگری 72% در دوره بعد از زایمان بودند. آمبولی ریه، ازوفایت ریفلکسی، کولیک صفراوی و دیسکسیون آئورت همگی شایع‌تر از ایسکمی میوکارد طی بارداری هستند و باید در تشخیص افتراقی خانم بارداری که با درد سینه مراجعه کرده است در نظر گرفته شوند. علایم و نشانه‌های اولیه AMI مثل درد سینه و تنگی نفس اغلب به تغییرات فیزیولوژیک طبیعی بارداری نسبت داده می‌شوند.

به جز موارد استثناء خاص، تشخیص ACS شبیه بیماران غیرباردار است. گاهی طی بارداری طبیعی و زایمان تغییرات ECG رخ می‌دهند. این موارد شامل صاف شدن موج T، معکوس شدن موج T (عمدتاً در لید III)، و تغییرات غیراختصاصی ST طی بارداری و نزول قطعه‌ی ST طی القاء زایمان برای انجام سزارین می‌باشند. در نتیجه، گاهی ارزیابی بیشتر ضروری است. اکوکاردیوگرافی جهت بررسی همخوانی یافته‌های مشکوک ECG با اختلالات حرکتی دیواره مفید است. تشخیص آنژیومی MI طی بارداری تغییری نمی‌کند و افزایش سریال تروپونین مطرح کننده ایسکمی حتی در حضور پره-اکلامپسی است.

درمان AMI طی بارداری مشابه افراد غیرباردار است و هدف اصلی حفظ جان مادر است. درمان‌های استاندارد شامل داروهای ضد پلاکت، نیتروگلیسرین و بتابلاکرها و

ارتباطی گزارش نکرده‌اند. ازومپرازول، لانزوپرازول، پنتوپرازول، و رابپرازول در طی بارداری مصرف می‌شوند. یک سری گزارشات مبنی بر افزایش بروز سرطان دستگاه گوارش، کبد و تیروئید در rat و موش‌ها وجود دارد. چندین مطالعه ارتباطی بین ایجاد آسم و آلرژی در کودکان با مصرف مهارکننده‌های اسید معده در دوران بارداری ذکر کرده‌اند.

TABLE 175.11 Thyroid Medications		
Drug	Breast-Feeding	Clinical Risk Summary
Levothyroxine	Compatible Excreted in breast milk	Minimal transfer across placenta; treatment of choice for hypothyroidism in pregnancy; minimal side effects; maternal benefits outweigh risks to fetus
Potassium iodide	Compatible Excreted in breast milk	CP; reserved for thyrotoxic patients; easily taken up by fetal thyroid, resulting in prolonged fetal hypothyroidism and goiter
Propylthiouracil (PTU)	Compatible Excreted in breast milk	CP; causes fetal goiter, hypothyroidism, hepatic injury, death; preferred drug in the first trimester for hyperthyroidism in pregnancy; maternal benefits outweigh risk to fetus
Methimazole	Compatible Excreted in breast milk	CP; may cause a methimazole embryopathy—congenital skin defects, umbilical defects, preferred drug in the second and third trimesters

CP, Crosses placenta.

داروهای گوارشی

بیماری ریفلاکس معده به مری (GERD) در حداکثر 80 درصد زنان باردار و بیش‌تر در سه ماه سوم رخ می‌دهد. حالت دیگری که در طی حاملگی دیده می‌شود، تهوع و استفراغ حاملگی (NVP) است که حدود 80 درصد خانم‌های حامله را گرفتار می‌کند. NVP به صورت تیپیک بعد از هفته 4 تا 5 حاملگی ظاهر می‌کند و قبل از شروع 3 ماهه دوم حاملگی برطرف می‌شود (جدول 175-12).

1- آنتی‌اسیدها

آنتاگونیست های رسیپتور H₂: آنتی‌اسیدها معمولاً در سراسر دوران بارداری تجویز می‌شوند. هیچ‌کدام از آنها با آنومالی‌های مادرزادی ارتباط ندارند و همگی در شیردهی ایمن هستند. یک سری گزارشات مبنی بر افزایش آسم و آلرژی در دوران کودکی، به دلیل سرکوب معده در دوران بارداری ذکر شده است که نیازمند بررسی و تأیید است.

مهارکننده‌های پمپ پروتون: گرچه مطالعات در مورد استفاده از PPI در دوران بارداری محدود است، اما مطالعات متعدد و یک متآنالیز بین مصرف PPI و نقایص مادرزادی هنگام تولد، سقط خودبه‌خودی و زایمان زودرس

TABLE 175.12 Gastrointestinal Medications		
Drug	Breast-Feeding	Clinical Risk Summary
Famotidine	Probably compatible Secreted less than other H ₂ blockers Considered low risk	CP; no fetal toxicity or teratogenicity in animal studies ^a
Ranitidine	Probably compatible Considered low risk	CP; no toxicity or teratogenicity in animal studies; considered H ₂ blocker of choice due to efficacy and safety data; ranitidine-induced anaphylactoid shock has been reported ^d
Cimetidine	Compatible Has antiandrogenic activity, so use with caution	CP; no toxicity in animal studies, has some weak anti-androgenic activity that could result in feminism of male fetuses but no documented cases in humans ^a
Omeprazole	Potential toxicity LHS	CP; animal data show dose related embryonic and fetal mortality; low risk of fetal harm or teratogenicity; overall slightly higher rates of congenital malformations and stillbirths after exposure in first trimester of pregnancy, but studies limited/unconfirmed ^a
Esomeprazole	Potential toxicity LHS Wait 5–7.5 hr after dose for breast-feeding to limit exposure Strontium formulations—should not be used	CP; LHS; some changes in bone morphology observed in animal studies; should be used with caution ^d ; esomeprazole magnesium preferred over esomeprazole strontium
Lansoprazole	Potential toxicity Should be avoided	Unknown whether CP but likely; carcinogenic in animals; LHS; should be avoided in first trimester ^a
Pantoprazole	Probably compatible Potential for tumorigenicity and carcinogenicity in animals Caution advised	Animal and human data suggest low risk in pregnancy ^a

^aSeveral studies have shown a possible link between in utero exposure to gastric acid suppressors and childhood allergy and asthma.

CP, Crosses placenta; LHS, limited human studies.

Data adapted from ref. (48-50)

فونتانل در معاینه قابل تشخیص نبود، باید پرزانتاسیون بریچ را در نظر داشت. استخوان سر و صورت به صورت دایره گرد و کامل است، درحالی که آنوس، تنها از دو طرف با استخوان احاطه شده است.

اگر فرصتی باشد می توان از سونوگرافی جهت تشخیص نوع بریچ، سن بارداری، وزن جنین و پوزیشن بازوها و گردن جنین استفاده کرد. در صورتی که جنین گردنی هیپراکستنت داشته باشد، در صورت زایمان واژینال، احتمال آسیب ستون فقرات وجود دارد. در صورت امکان باید زایمان به تاخیر افتد و سزارین انجام شود. اگر بازوها روی سر باشند، هنگام ورود سر به کانال زایمانی باعث دیستوشی می گردند.

درمان

شیرخواران پره ماچوری که در وضعیت بریچ باشند اکثراً بدون مشکل و به صورت خودبه خودی زایمان می شوند. همین که شیرخوار به ترم رسید، دیستوشی به صورت افزایش یابنده ای شایع می شود. با افزایش توصیه ها جهت انجام زایمان طبیعی، آگاهی در مورد زایمان بریچ می تواند منجر به یک زایمان بدون تروما گردد.

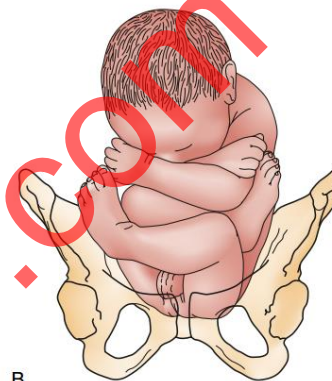
اهداف اصلی به حداکثر رساندن سایز passage و به حداقل رساندن دیستوشی سر هستند (کادر 7-176).

مانور موریسو (Mauriceau) استفاده از ساختمان دهان جنین جهت فلکس کردن گردن و بالا کشیدن چانه جنین می باشد. به علت اینکه اکستانسیون گردن جنین می تواند منجر به آسیب های نخاعی شود و دیستوشی را بدتر کند، این مانور برای انجام زایمان واژینال موفق مفید است. این مانور تنها زمانی انجام می شود که آرنج و چانه جنین وارد ورودی لگن شده اند تا از القا رفلکس مورو (که در آن فلکسیون سر جنین باعث اکستنت شدن ناگهانی بازوها می شود) پیشگیری گردد.

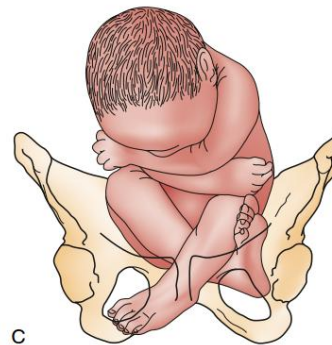
در خلال انجام این مانور باید به منظور جلوگیری از آسیب های شکمی، لگن جنین حمایت شود. گاهی جهت تسهیل انجام مانور موریسو در شیرخوار فول ترم اپیزیوتومی وسیع باید صورت گیرد. اگر زایمان سر سریعا صورت نگیرد، شانس عواقب مطلوب نوزادی ضعیف می شود.



A



B



C

Fig. 176.8 Breech presentations. (A) Frank breech presentation. (B) Complete breech presentation. (C) Incomplete breech presentation. (Adapted from: Cunningham FG, et al. *Williams Obstetrics*, ed 19. Norwalk, CT: Appleton & Lange; 1993.)

ارزیابی تشخیصی

مانورهای لئوپولد قبل از زایمان به تشخیص پرزانتاسیون بریچ کمک می کنند. اگرچه موقع زایمان فعال محدودیت در انجام مانورهای لئوپولد وجود دارد و باید معاینه واژن صورت گیرد. افتراق پرزانتاسیون ورتکس از بریچ با معاینه و لمس از راه واژن دشوار است. اگر

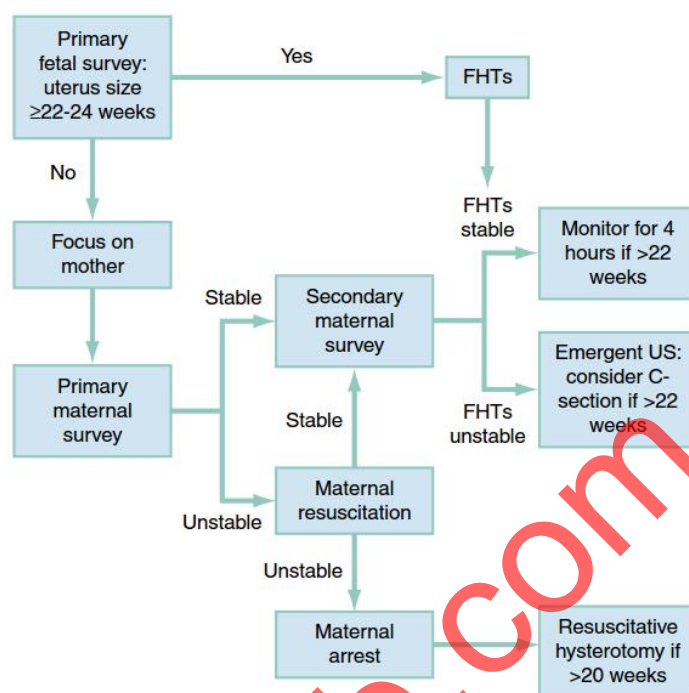


Fig. 177.2 Decision-making algorithm in emergency obstetric care. C-section, Cesarean section; FHT, fetal heart tone; US, ultrasonography.

باشد که جان‌ش در مخاطره است. زمانی که علائم سنتی شوک پدیدار شود، احتمال اختلال در جنین به مراتب بیشتر است. وازوپرسورها از طریق کاهش بیشتر جریان خون رحم موجب دیسترنی جنین می‌شوند. بنابراین از وازوپرسورها تنها زمانی باید استفاده کرد که هیپوتانسیون مقاوم به مایع درمانی پاسخ ندهد.

بعد از هفته‌ی بیستم بارداری، کج کردن بیمار تقریباً 15 تا 30 درجه به سمت چپ یا جابه‌جایی دستی رحمی به سمت چپ با استفاده از دو دست از فشرده‌شدن IVC توسط رحم باردار می‌کاهد.

گردش خون

احیای با مایعات ایزوتونیک باید در بیمارانی که از دست دادن خون مشکوک یا مشاهده شده دارند شروع شود.

برای بیمارانی با همودینامیک ناپایدار PRBC گروه O منفی توصیه می‌شود تا زمانی که محصول‌های خونی type-specific آماده شوند، پروتکل ترانسفوزیون حجم

یک راه هوایی مطمئن اکسیژن‌رسانی صحیح را ممکن می‌سازد و ریسک بالای آسپیراسیون را در بارداری به حداقل می‌رساند. RSI نیز توصیه می‌شود. تنظیمات تهویه‌ی مکانیکی باید بر اساس حجم جاری افزایش یافته و آلکالوز تنفسی صورت گیرد، که با PaCO_2 فیزیولوژیک 30mmHg در مراحل نهایی بارداری مطابقت دارد.

گردش خون: مسیر داخل وریدی 2 مسیر وریدی بزرگ بالای دیافراگم ترجیح داده می‌شود. فشار خون و میزان ضربان قلب مادر همیشه عوامل پیش‌بینی‌کننده‌ی قابل اعتمادی از پایدار بودن همودینامیک مادر و جنین نمی‌باشند. به‌خاطر حجم زیاد خون در گردش، مادر ممکن است دچار خونریزی شود با اینکه علائمی از افت فشار در او دیده نشود. زمانی که در گردش خون مادر اختلالی به وجود بیاید، جریان خون رحم بسیار کاهش می‌یابد. در نتیجه، بعد از از دست دادن حاد خون، جریان خون رحم به شدت کاهش می‌یابد، درحالی‌که فشار خون مادر طبیعی باقی می‌ماند. در نتیجه، مادر بارداری با پایداری همودینامیک در حد مرزی ممکن است دارای جنینی

ارتقا 1400

6- خانم 25 ساله متاهل با درد شکم با ارجحیت هیپوگاستر از روز قبل به اورژانس مراجعه کرده است. در معاینه تب 38 درجه و ترشحات دهانه رحم همراه با تندرینس مختصر سرویکس دارد. سایر معاینات طبیعی است. β HCG منفی است. در گزارش سی تی اسکن شکم بیمار فقط تورم و التهاب در حفره اندومتر و لوله‌های فالوپ گزارش شده است. اقدام مناسب کدام است؟ (ارتقا 1400)

- الف) بستری و تجویز سفتریاکسون وریدی
ب) مشاوره اورژانس سرویس زنان
ج) سونوگرافی ترانس واژینال و کلدوسنتز
د) آنتی بیوتیک وسیع الطیف خوراکی

7- خانم 30 ساله ایی در هفته 35 بارداری به دلیل خارش شدید ژنرالیزه که از چند روز قبل از کف دست و پا شروع شده است، به اورژانس مراجعه کرده است. در معاینه علائم حیاتی نرمال است. زردی مختصر در اسکلرا دیده می‌شود. در سونوگرافی بیمار کبد و مجاری صفراوی داخل و خارج کبدی نرمال است.

آزمایشات بیمار به شرح زیر است:

WBC= 8000/mm³ ALT= 30 IU/L AST= 35 IU/L Bil (T)= 3mg/dl
Bil (D)= 2mg/dl ALP= 630 IU/L

محتمل‌ترین تشخیص کدام است؟ (ارتقا 1400)

- الف) کبد چرب بارداری
ب) کلستاز خوش خیم بارداری
ج) سندرم HELLP
د) کلدوکولیتازیس

8- خانم 34 ساله‌ای در هفته 13 بارداری با استفراغ و لکه بینی به اورژانس مراجعه کرده است. در معاینه علائم حیاتی نرمال است و ادم صورت و دست‌ها دارد. در معاینه شکم رحم 2 سانتی متر بالاتر از ناف لمس می‌شود. تشخیص محتمل‌تر کدام است؟ (ارتقا 1400)

- الف) جفت سر راهی
ب) دکولمان جفت
ج) بارداری مولار
د) پره اکلامپسی

9- خانمی 30 ساله و سیگاری با سابقه یک بار سزارین، اکنون در هفته 33 بارداری با خونریزی واژینال شدید که 20 دقیقه طول کشیده و در حال حاضر متوقف شده است، به اورژانس مراجعه کرده است. در حال حاضر علائم حیاتی مادر و جنین نرمال است. انقباضات رحمی ندارد. اقدام مناسب بعدی کدام است؟ (ارتقا 1400)

- الف) معاینه واژینال با دستکش استریل
ب) آمنیوسنتز و مانیتورینگ بیمار
ج) سونوگرافی با مثانه خالی
د) ترخیص با علائم هشدار

10- در هنگام زایمان خانم 30 ساله متوجه می‌شوید که در انتهای انقباضات رحمی مادر، ضربان قلب جنین افت می‌کند. این علامت بیانگر کدامیک از موارد زیر است؟ (ارتقا 1400)

- الف) فشار بر سر جنین
ب) فشار بر بند جنین
ج) هیپوکسی جنین
د) این یافته طبیعی است.