

مجموعه پرسش‌ها و
پاسخ‌های تشریحی

بورد و ارتقا
زبان ۱۴۰۴

گردآوری و تالیف

دکتر شیده عظیمی

جراح و متخصص زنان و زایمان

رتبه برتر بورد ۱۴۰۲

دستیار فلوشیپ نازایی

دکتر زهرا مرادی

جراح و متخصص زنان و زایمان

خداوند متعال را شاکرم که برای دومین بار توفیق گردآوری و تدوین مجموعه پاسخ نامه‌های تشریحی را برای اینجانب فراهم آورد.

مجموعه حاضر پاسخ نامه تشریحی سوالات آزمون مورد تخصصی زنان سال ۱۴۰۴ می‌باشد. از جمله نکات مثبت این گردآوری نوع پاسخگویی تشریحی به سوالات است، تصور می‌شود این سیستم محتوا گونه می‌تواند وسیله مناسبی جهت مرور مباحث مختلف مرتبط با سوال باشد.

همگان همه چیز دانند، همگان از مادر زاده نشده اند. از آنجایی که هر اثر علمی می‌تواند همراه با اشکالات و کاستی‌هایی باشد، لذا صمیمانه قدردان شما همکاران و خوانندگان عزیز خواهیم بود که اینجانب را از رهنمودها و توصیه های سازنده خود برای بهبود فعالیت‌های آینده‌ام بهره‌مند فرمایید.

مجموعه پرسش ها و پاسخ های تشریحی آزمون ورود زنان ۱۴۰۴ ۷

مجموعه پرسش ها و پاسخ های تشریحی آزمون ارتقا زنان ۱۴۰۴ ۱۵۱

artinteb.com

آزمون مورد زنان ۱۴۰۴

۱- خانم ۳۵ ساله گراوید یک با BMI= 33 و وزن ۸۰ کیلوگرم در هفته ۳۳ حاملگی به علت پره اکلامپسی شدید و پرزانتاسیون بریج تحت عمل سزارین قرار گرفته است. بیمار در حال دریافت لابتالول، یک گرم سولفات منیزیم و ۱۰۰ سی سی سرم رینگر لاکتات در ساعت می باشد. حدود ۴ ساعت بعد از عمل، علائم حیاتی بیمار، BP= 140/85 PR=92, RR= 20 T=36.7 رحم کنتراکته و خونریزی واژینال ندارد ولی بیمار الیگوریک است و در بررسی های انجام شده:

Hb= 10g/dl plt= 110000 WBC= 18000 Urea= 40mg/dl Cr= 1.2 mg/dl

و کسر ترشحات سدیم ادرار پایین گزارش شده است. اقدام صحیح کدام است؟

الف) تغییر سرم تزریقی به half salin ب) تعویض سوند مثانه

ج) تزریق سرم رینگر لاکتات بولوز با سمع ریه د) تزریق یک واحد پکدسل

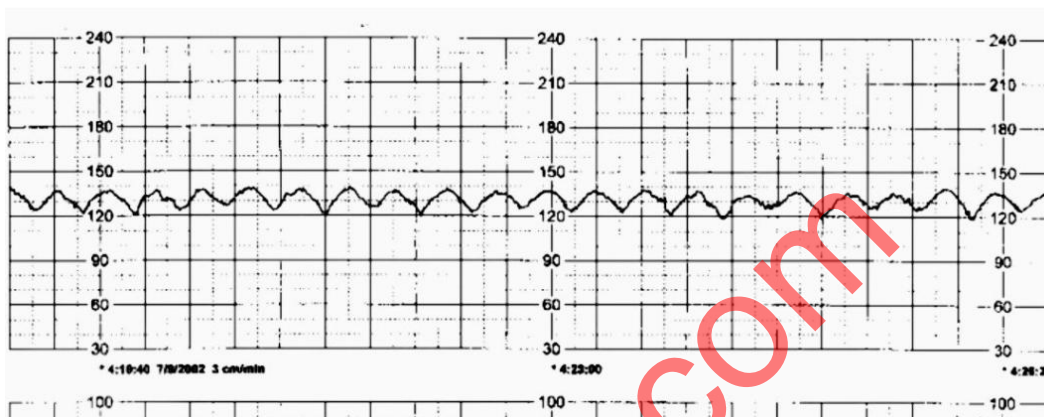
پاسخ: ج

مایع درمانی در پره اکلامپسی

- در مواردی که بیمار الیگوری دارد و کسر ترشحات سدیم پایین مشاهده می شود، تشخیص اولیه معمولاً دهیدراتاسیون است و درمان با مایع باید شروع شود.
- محلول های کریستالوئید معمولاً با سرعت ۶۰-۱۲۵ میلی لیتر در ساعت تجویز می شوند، مگر این که بیمار میزان زیادی از مایعات بدن را از دست داده باشد (مانند استفراغ، اسهال، تعریق شدید یا خونریزی).
- در پره اکلامپسی شدید، کاهش دفع ادرار شایع است. از آنجایی که حجم خون مؤثر مادر نسبت به بارداری طبیعی کمتر است، تزریق محتاطانه و کنترل شده مایعات توصیه می شود.
- این بیماران معمولاً افزایش مایع خارج سلولی دارند که از فضای داخل عروقی به طور نابجا خارج شده است؛ تزریق حجم زیاد مایعات می تواند این وضعیت را تشدید کرده و خطر ادم ریوی و مغزی را افزایش دهد.
- در صورت آنوری در زنان پره اکلامپتیک، می توان بولوس های کوچک و تدریجی مایعات تجویز کرد و با کنترل میزان دفع ادرار بالای ۳۰ میلی لیتر در ساعت، از بروز عوارض جلوگیری کرد.

ویلیامز ۲۰۲۲ فصل ۴۱

۴۶- خانم باردار ۲۸ هفته با جفت پرویای مارژینال خلفی در صندلی کنار راننده نشسته و به دنبال ترمز ناگهانی، بدن وی بدون اینکه با دیواره های خودرو تماس پیدا کند به جلو پرت می شود. چند دقیقه بعد در حالت اضطراب و با احساس درد شکم به اورژانس آورده شده و علائم حیاتی مادر پایدار و تراسه قلب جنین به شکل زیر است:



اقدام صحیح کدام است؟

- (الف) ختم اورژانس بارداری
(ب) تحت نظر تا ۴۸ ساعت
(ج) تجویز توکولیتیک
(د) تجویز هالوپریدول

پاسخ: الف

پایش جنین پس از تروما و الگوی سینوزوئید قلب جنین:

۱. اهمیت پایش جنین:

• سلامت جنین بازتاب وضعیت مادر است و می تواند به عنوان یک «علائم حیاتی» اضافی برای ارزیابی شدت آسیب های مادر مورد استفاده قرار گیرد.

• حتی اگر مادر پایدار باشد، مانیتورینگ الکترونیک جنین می تواند دکولمان جفت را پیش بینی کند.
۲. الگوهای خطرناک:

• انقباضات کمتر از هر ۱۰ دقیقه در ۴ ساعت اول پس از تروما: هیچ مورد دکولمان گزارش نشده.

• انقباضات بیش از هر ۱۰ دقیقه در ۴ ساعت اول: حدود ۲۰٪ دچار دکولمان شدند؛ اغلب با تاکی کاردی و افت های دیررس همراه بود.

• پایش جنین با توکولیتیک ها مخدوش می شود و توصیه به استفاده نمی شود.

۳. مدت زمان پایش پس از تروما:

• اگر تراسه قلب جنین طبیعی و بدون علائم هشدار (انقباضات، حساسیت رحمی، خونریزی) باشد: پایش ۴ ساعت منطقی است.

• در صورت وجود علائم هشدار یا آسیب شدید مادر: پایش ادامه می یابد.

• در موارد نادر، دکولمان ممکن است چند روز بعد از تروما رخ دهد.

۱۴۲- خانم ۳۰ ساله G2P2 که ۲ هفته قبل به علت پلاسنتا اکرتا تحت هیستریکتومی قرار گرفته است با سونوگرافی دال بر وجود توده 4×5cm در قدام مثانه مراجعه کرده است. گزارش سونوگرافی به شرح ذیل می- باشد:

Unifocal collection of gas with linear pattern without an airfluid level

مناسب ترین اقدام بعدی کدام است؟

- (الف) انجام MRI شکم و لگن
(ب) تخلیه آبسه زیر گاید سونوگرافی
(ج) انجام IVP و ارجاع به ارولوژیست
(د) بستری و شروع آنتی بیوتیک

پاسخ: الف

عفونت های فضای اندامی و داخل شکمی

۱. اصل پایه درمان
 - کنترل منبع (Source Control):
 - حذف یا کاهش منبع عفونت جهت تسریع پاسخ به آنتی بیوتیک و بهبود بالینی
 - اهمیت ویژه در موارد آبسه
۲. تابلوی بالینی
 - درد شکم، بی اشتهایی، تهوع، استفراغ، یبوست شدید
 - +/- تب، تاکی کاردی، تاکی پنه، تندرنس موضعی
 - CT اسکن ارجح بر سونوگرافی برای تشخیص
۳. عوامل پیش بینی کننده شکست در کنترل منبع عفونت
 - تأخیر > ۲۴ ساعت در مداخله
 - شدت بالای بیماری
 - سن بالا
 - بیماری های زمینه ای و اختلال عملکرد ارگان ها
 - هیپو آلبومینمی، سوء تغذیه
 - پریتونیت منتشر
 - بدخیمی
 - ناتوانی در دبرید یا تخلیه کامل
 - سابقه جراحی قبلی
۴. اصول کلی درمان
 ۱. درمان تجربی آنتی بیوتیکی (بر اساس محل و منبع عفونت)
 ۲. نمونه برداری از آبسه/ فضای اندامی برای تعیین میکروارگانیسم ها
 ۳. کنترل منبع:
 - دبرید تا بافت سالم
 - تخلیه آبسه
 - برداشت بافت یا جسم خارجی آلوده
 ۴. تخلیه آبسه

- ۵- مدیریت عوارض اندوتلیال و تنفسی
 آسیب به اندوتلیوم مویرگی ریه و اپیتلیوم آلوئولی : ادم ریوی و ARDS مانند
 در صورت نیاز: تهویه مکانیکی
 ۶- انتخاب آنتی بیوتیک
 بر اساس منبع احتمالی عفونت و تجویز تجربی و وسیع الطیف
 مثال ها:
 پیونفریت حاد: غالباً انتروباکتریاسه
 عفونت های لگنی: آمپی سیلین + جنتامایسین + کلیندامایسین
 عفونت بافت نرم و MRSA محتمل: اضافه کردن وانکوماایسین
 سقط سپتیک یا عفونت های عمقی فاسیال: رنگ آمیزی گرم برای کلستریدیوم و استرپتوکوک گروه A
 ۷- پایش و ارجاع
 حداقل اقدام قبل از اعزام بیمار: پالس اکسی متری مداوم
 فصل ۵۰ ویلیامز

۸۶- در بیماری به دنبال خونریزی پس از زایمان، Ebb balloons تعبیه شده و یک دوز آنتی بیوتیک دریافت کرده است. دستور خروج بالون ۱۲ ساعت بعد گذاشته شده است. جهت کاهش ریسک آندومتريت اقدام صحیح کدام هفته است؟

- الف) عدم نیاز به ادامه آنتی بیوتیک پروفیلاکسی با توجه به مدت کوتاه باقی ماندن بالون
 ب) کلیندامایسین 600mg/IV هر ۸ ساعت تا ۴۸ ساعت پس از تعبیه بالون
 ج) آزیترومایسین gr2 خوراکی تک دوز پس از Po شدن بیمار
 د) سفازولین 1gr/IV هر ۸ ساعت تا زمان خروج بالون

پاسخ: د

تامپوناد بالونی رحم (Postpartum Balloon Tamponade):

- ۱- هدف و کاربرد:
 کنترل خونریزی پس از زایمان (اغلب ناشی از آتونی رحم یا سایر علل)
 فشار مستقیم روی حفره اندومتر با بالون
- ۲- ابزار و اندازه ها
 کاتتر فولی: ۲۴-۳۰ F با بالون ۳۰ میلی لیتری
 پر شدن بالون با ۶۰-۸۰ میلی لیتر سالین
 نوک باز: تخلیه مداوم خون
 در صورت نیاز به حجم بیشتر یا کاهش خطر پارگی:
 کاتتر فولی ۳۴ F با بالون ۶۰ میلی لیتری
 وسایل مشابه: بالون های Sengstaken-Blakemore ، Rusch ، ebb و کاتتر کاندوم
 بالون های مخصوص پس از زایمان BT-Cath / Bakri Balloon :
- ۳- روش انجام (Postpartum Balloon)
 معمولاً ۳ نفر مورد نیاز:
 نفر اول → سونوگرافی شکمی برای هدایت

۱۳۷- خانم ۳۰ ساله با سابقه نازایی ۴ ساله به دنبال هیستروسالپنگوگرافی یک هفته قبل با درد شکم در ناحیه سوپراپوبیک و RLQ و تب مراجعه کرده است. علایم حیاتی موقع بستری:

PR= 150 BP= 95/65 RR=18 T= 38°C

در معاینه واژینال توده سفت و فیکس و تندر لمس می شود و در معاینه شکم تندر نس بدون ریباند دارد. در سونوگرافی ترانس واژینال توده ۹ سانتی متر در ادنکس سمت راست گزارش شده است. محتمل ترین تشخیص چیست؟

- الف) اندومتریوما
 ب) آبسه توبووارین
 ج) آبسه پری آپاندیکولار
 د) آبسه دیورتیکولار

پاسخ: ب

با توجه به شرح حال تب -درد شکم- تاکی کاردی که بعد از انجام HSG ایجاد شده در مریضی جوان با سابقه ۴ ساله نازایی به نظر میرسد محتمل ترین تشخیص آبسه توبووارین باشد
 فصل ۴۱ تلیندز

۱۳۸- در کدامیک از موارد زیر غربالگری دیابت در بانوان غیر باردار توصیه می شود؟

- الف) سن بالای ۳۵ سال
 ب) شاخص توده بدنی بیشتر از ۲۵ کیلوگرم بر متر مربع
 ج) HDL کلسترول بیشتر از ۳۵ میلیگرم بر دسی لیتر
 د) سطح تری گلیسیرید مساوی یا بیشتر از ۱۵۰ میلیگرم بر دسی لیتر

پاسخ: ب

دیابت یک اختلال مزمن در متابولیسم کربوهیدرات، پروتئین و چربی است که ناشی از کمبود ترشح یا اختلال عملکرد انسولین است. تشخیص بر اساس:

• هیپرگلیسمی ناشتا

یا

• افزایش گلوکز پلاسما در OGTT

عوارض عمده: عروقی، کلیوی، عصبی و متابولیک.

ریسک فاکتورها

۱. سن بالای ۴۵ سال

۲. اضافه وزن/چاقی

۳. سابقه خانوادگی دیابت

۴. نژاد/قومیت های پرخطر

HTN $\geq 140/90$

HDL ≤ 35 mg/dL یا TG ≥ 150 mg/dL

۷. سابقه GDM یا نوزاد < 4 کیلو

مرحله IIIA (درگیری یک سوم پایینی واژن):

• شیمی درمانی همزمان با رادیوتراپی، میدان لگنی

مرحله IIIB (درگیری دیواره لگن یا هیدرونفروز)

• شیمی درمانی همزمان با رادیوتراپی، میدان لگنی $\pm$ میدان گسترش یافته

مرحله IIIC1 (گره های لنفاوی لگنی مثبت):

• شیمی درمانی همزمان با رادیوتراپی، میدان لگنی $\pm$ میدان گسترش یافته

مرحله IIIC2 (گره های لنفاوی پارائوریک مثبت)

• شیمی درمانی همزمان با رادیوتراپی، میدان لگنی + میدان گسترش یافته + شیمی درمانی سیستمیک

مرحله IVA (درگیری ارگان های مجاور لگنی)

• شیمی درمانی همزمان با رادیوتراپی، میدان لگنی + گسترش یافته یا exentration لگنی

مرحله IVB (درگیری ارگان های دوردست)

• شیمی درمانی سیستمیک $\pm$ رادیوتراپی، میدان لگنی یا اصلاح شده

نکات:

LVSI: درگیری فضای لنف عروقی

• انتخاب دقیق درمان باید براساس وضعیت بیمار و ویژگی های خاص بیماری انجام شود

فصل ۳۸ نواک

۱۴۹- در تحریک تخمک گذاری کدام گروه از بیماران مبتلا به اختلال تخمک گذاری، مصرف هر دو

گونا دوتروپین FSH و LH ضروری است؟

الف) PCOS

ب) هیپوگنادیسم هیپرگنادوتروپیک

ج) هیپوگنادیسم هیپوگنادوتروپیک

د) هیپرپرولاکتینمی

پاسخ: ج

خلاصه طبقه بندی شده اختلالات تخمک گذاری

WHO I: اختلال تخمک گذاری هیپوگنادوتروپیک هیپوگنادال

شیوع: ۵-۱۰٪ زنان مبتلا

ویژگی ها:

FSH پایین یا پایین نرمال

استرادیول سرمی پایین

ناشی از ترشح غیرطبیعی GnRH یا عدم پاسخ هیپوفیز

مثال ها:

آمنوره هیپوتالامیک استرس-مرتبط، کاهش وزن، ورزش شدید
سندرم کالمن، کمبود گنادوتروپین ایزوله

تشخیص تکمیلی:

تصویربرداری هیپوتالاموس-هیپوفیز برای رد ضایعات توده‌ای

درمان:

کلومیفن معمولاً بی‌اثر است

درمان با GnRH پالس یا گنادوتروپین‌های خارجی توصیه می‌شود
WHO II: اختلال تخمک‌گذاری نورموگنادوتروپیک نورمو استروژنی
شیوع: ۷۵-۸۵٪ زنان مبتلا (بزرگترین گروه)

ویژگی ها:

FSH و استرادیول سرمی طبیعی
LH طبیعی یا افزایش یافته

مثال ها:

سندرم تخمدان پلی کیستیک (PCOS)

توجهات بالینی:

ارزیابی عوامل خطر قلبی-عروقی و وضعیت گلوکز خون

درمان:

کلومیفن معمولاً مؤثر

WHO III: اختلال تخمک‌گذاری هایپرگنادوتروپیک

شیوع: ۱۰-۲۰٪ زنان مبتلا

ویژگی ها:

FSH سرمی افزایش یافته
AMH پایین
اغلب آمنوره

مثال ها:

نارسایی زودرس تخمدان

پاسخ درمانی:

تعداد کمی به تحریک تخمک‌گذاری پاسخ می‌دهند

۴- اختلال تخمک‌گذاری هیپرپرولاکتینمی

شیوع: ۵-۱۰٪ زنان مبتلا

ویژگی ها:

FSH پایین یا پایین-نرمال
استرادیول سرمی پایین
اغلب الیگومنوره یا آمنوره

اخلاق پزشکی

- ۱۵۱- در مورد گفتن خبر بد در حین مکالمه با خانواده بیماری که در انتهای حیات است، برای آنکه درک بهتری از وضعیت بیمار پیدا کنند، کدام گزینه درست است؟
- الف) استفاده از عبارت: «همه چیز تمام شده است، سعی کنیم مرگ با کرامتی داشته باشند» مناسب می- باشد.
- ب) استفاده از عبارت: «آیا شما از ما می خواهید که او را احیاء کنیم؟» مناسب می باشد.
- ج) استفاده از عبارت: «فکر می کنید اگر می توانستیم از مادر تان سوال کنیم چه انتخابی می کرد؟» مناسب می باشد.
- د) گزینه ب و ج درست است.

پاسخ: ج

- ۱۵۲- کدام گزینه در مورد گفتن خبر بد در موضوع «تعارضات پایان حیات در مراقبت های سلامت» غلط است؟
- الف) انکار (DENIAL) یعنی ناتوانی در فهمیدن مجموعه ای از حقایق
- ب) انکار (DENIAL) یعنی عدم تمایل به فهمیدن برخی موضوعات
- ج) انکار (DENIAL) به علت پیامدهای روانشناختی غیر قابل پذیرش روی می دهد.
- د) باور خوش بینانه مردم به احیای قلبی بازتابی از میزان موفقیت این اقدام در برنامه های تلویزیونی می باشد.

پاسخ: ب