

مجموعه پرسش ها و پاسخ های
تشریحی آزمون فلوشیپ

پریناتولوژی

جهت استفاده داوطلبین آزمون ارتقاء، بورد و فلوشیپ

گردآوری و تالیف:

دکتر سحر حسینی

جراح و متخصص زنان و زایمان

رتبه ۳ بورد ۱۴۰۲

استادیار دانشگاه علوم پزشکی ایران

دکتر مهتاب متوسلیان

جراح و متخصص زنان و زایمان

فلوشیپ پریناتولوژی

استادیار دانشگاه علوم پزشکی ایران

این کتاب حاصل گردآوری و بازبینی علمی مباحث کلیدی پریناتولوژی بر اساس منابع به‌روز و معتبر جهانی است. هدف آن، ایجاد درکی عمیق و کاربردی از مفاهیم نظری و بالینی در زمینه طب مادر و جنین برای دستیاران و فلوشیپ‌های زنان و زایمان است. ساختار منسجم و رویکرد آموزشی این مجموعه، امکان مرور نظام‌مند مباحث، تقویت مهارت‌های تصمیم‌گیری بالینی و آمادگی برای آزمون‌های تخصصی و فلوشیپ را فراهم می‌سازد.

artinteb.com

مجموعه پرسش‌ها و پاسخ‌های تشریحی آزمون فلوشیپ پریناتولوژی ۱۴۰۴..... ۷

artinteb.com

مجموعه پرسش ها و پاسخ های تشریحی آزمون فلوشیپ پریناتولوژی ۱۴۰۴

۱- بیمار خانم ۲۸ ساله با GA:16w و مربی مهد کودک با علائم تب و فارنژیت و لنفادنوپاتی سرویکال مراجعه کرده است. در آزمایشات $WBC 17 \times 10^3/ml^3$, lymph: 10% و افزایش آنزیم های کبدی مشهود است. در بررسی سرولوژی IgG و CMV Igm منفی و در منفی و در سونوگرافی جنین یافته خاصی مشهود نیست، اقدام مناسب بعدی کدام است؟

- الف) IVIG
ب) آمینوستنز
ج) والاسیکلویر high dose
د) تکرار سرولوژی ۴ هفته بعد

پاسخ: د

عفونت سیتومگالوویروس

شایع ترین عفونت پری ناتال در کشورهای توسعه یافته توسط سیتومگالوویروس (CMV) ایجاد می شود. این ویروس، یک هرپس ویروس DNA شایع است که در نهایت اغلب انسان ها را آلوده می کند، و شواهدی از عفونت جنینی در حدود ۰.۲ تا ۲.۲ درصد از تمامی نوزادان دیده می شود. ویروس در تمامی مایعات بدن ترشح می شود و تماس فرد به فرد با بزاق، مایع منی، ادرار، خون، و ترشحات نازوفارنکس و دهانه رحم آلوده به ویروس می تواند موجب انتقال عفونت گردد. جنین ممکن است از طریق ویروس موجود در خون مادر دچار عفونت شود، اما آمینوستنز باعث انتقال عفونت به جنین نمی شود. نوزاد ممکن است در حین زایمان یا از طریق شیردهی آلوده شود و عفونت های جدید در طول زمان افزایش می یابد. مراکز نگهداری کودکان (مهدکودک ها) نیز از منابع شایع انتقال هستند.

تا ۸۵ درصد زنان با وضعیت اقتصادی-اجتماعی پایین تا زمان بارداری از نظر سرولوژیک مثبت هستند، در حالی که تنها نیمی از زنان در طبقات درآمدی بالاتر آنتی بادی IgG قابل تشخیص علیه CMV دارند. پس از ابتلای اولیه به CMV، مشابه سایر ویروس های هرپس، ویروس در بدن نهفته باقی می ماند اما به طور دوره ای فعال شده و با دفع ویروس همراه است. این اتفاق حتی با وجود سطوح بالای آنتی بادی IgG ضد CMV در سرم رخ می دهد. این آنتی بادی ها از عود، فعال سازی مجدد یا عفونت مجدد جلوگیری نمی کنند و همچنین نمی توانند کاملاً مانع از عفونت جنینی یا نوزادی شوند.

عفونت مادر

بارداری خطر ابتلا یا شدت عفونت CMV را در مادر افزایش نمی دهد. بیشتر عفونت های اولیه بدون علامت هستند، اما ۱۰ تا ۱۵ درصد از بزرگسالان مبتلا دچار سندرمی شبیه منونوکلئوز می شوند که با تب، فارنژیت، لنفادنوپاتی و پلی آرتریت مشخص می شود. زنان دچار نقص ایمنی ممکن است دچار میوکاردیت، پنومونیت، هپاتیت، رتینیت، گاستروانتریت یا مننگوانسفالیت شوند. بیشتر زنان با عفونت اولیه افزایش آنزیم های کبدی یا لنفوسیتوز دارند. عفونت فعال شده مجدد معمولاً بدون علامت است، هرچند دفع ویروس شایع است.

از آن جا که بیشتر عفونت های اولیه مادری از نظر بالینی بی علامت هستند، تنها با سروکانورژن IgG تشخیص داده می شوند. میزان سروکانورژن در دوران بارداری ممکن است به ۲۰ درصد برسد و در مناطقی با شیوع بالاتر، این میزان بیشتر است. زنانی که قبل از بارداری منفی از نظر آنتی بادی هستند و در دوران بارداری دچار عفونت اولیه می شوند،

۴۰- کدام داروی آنالژیک زودترین شروع اثر در مادر و کمترین زمان تاثیر در نوزاد را دارد؟

(ب) رمی فنتانیل

(الف) مپردین

(د) مورفین

(ج) بوتورفانول

پاسخ: ب

TABLE 25-2. Typical Parenteral Analgesic Agents for Labor Pain

Agent	Usual Dose	Frequency	Onset	Neonatal Half-Life
Meperidine	25–50 mg (IV)	Every 1–2 hr	5 min	~18–20 hr
	50–100 mg (IM)	Every 2–4 hr	30–45 min	~60 hr
Fentanyl	50–100 µg (IV)	Every 1 hr	1 min	~5 hr
Remifentanyl	0.15–0.5 µg/kg (PCA)	Every 2 min	<1 min	10 min
Butorphanol	1–2 mg (IV or IM)	Every 4 hr	1–2 min (IV)	~5 hr
			10–30 min (IM)	
Morphine	2–5 mg (IV)	Every 4 hr	5 min	~7 hr
	10 mg (IM)		30–40 min	

IV = intravenously; IM = intramuscularly; PCA = patient-controlled analgesia.

۴۱- در میان سافت مارکهای سونوگرافیک ذکر شده، کدام یک بیشترین likelihoodratio را در تشخیص

سندرم داون دارا می باشد؟

(ب) short femor

(الف) hyperechoic bowel

(د) intracardia focus

(ج) Pyelectasis

پاسخ: الف

TABLE 32.8
Likelihood Ratios for Isolated Markers in Three Studies

Sonographic Marker	AAURA, LR ^a (N = 1042)	Nyberg et al., LR (95% CI) ^b (N = 8830)	Smith-Bindman et al., LR (95% CI) ^c (Meta-analysis, N = >131,000)
Nuchal thickening	18.6	11.0 (5.2–22)	17.0 (8.0–38)
Hyperechoic bowel	5.5	6.7 (2.7–16.8)	6.1 (3.0–12.6)
Short humerus	2.5	5.1 (1.6–16.5)	7.5 (4.7–12)
Short femur	2.2	1.5 (0.8–2.8)	2.7 (1.2–6)
Echogenic intracardiac focus	2.0	1.8 (1.0–3)	2.8 (1.5–5.5)
Pyelectasis	1.5	1.5 (0.6–3.6)	1.9 (0.7–5.1)

AAURA, Age-adjusted ultrasound risk adjustment; CI, confidence interval; LR, likelihood ratio.

^a LR assumed by original AAURA model by Nyberg DA, Luthy DA, Resta RG, et al. Age-adjusted ultrasound risk assessment for fetal Down's syndrome during the second trimester: description of the method and analysis of 142 cases. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 1998;12:8.

^b Nyberg DA, Souter VL, El-Bastawissi A, et al. Isolated sonographic markers for detection of fetal Down syndrome in the second trimester of pregnancy. *J Ultrasound Med.* 2001;20:1053.

^c LR of meta-analysis by Smith-Bindman R, Hosmer W, Feldstein VA, et al. Second-trimester ultrasound to detect fetuses with Down syndrome: a meta-analysis. *JAMA* 2001;285:1044.

۴۲- در نوزاد 27w با پره ترم لیبر، کدام اقدام با توجه به افزایش ریسک IVH توصیه نمی گردد؟

(ب) Cord milking

(الف) Delayed umbilical cord clamp

(د) نوروپروتکتیو

(ج) تجویز ویتامین E به نوزاد

پاسخ: ب

کلامپ تاخیری بند ناف در مقایسه با قطع فوری بند ناف، خطر هر درجه از خونریزی داخل بطنی (IVH) در نوزادان نارس را کاهش می دهد اما نرخ IVH شدید را کاهش نداده است.

ضایعاتی که قطر کیست در آن ها بیش از ۵ میلی متر باشد، ماکروکیستیک و آن هایی که کمتر از ۵ میلی متر باشند یا ظاهری جامد دارند، میکروکیستیک نامیده می شوند.

در یک مرور بر روی ۶۴۵ مورد CCAM، نرخ بقای نوزادی بیش از ۹۵٪ گزارش شد و ۳۰٪ موارد به طور ظاهری در دوران جنینی برطرف شدند. حدود ۵٪ موارد که معمولاً ضایعات بسیار بزرگ با جابجایی مدیاستن بودند، دچار هیدروپس شده و پیش آگهی نامطلوبی داشتند.

ضایعات میکروکیستیک معمولاً با پیشرفت بارداری کوچک تر و کم اهمیت تر می شوند، زیرا علاوه بر اشغال کمتر فضای قفسه سینه، اکوژنیسیته آن ها شبیه تر به بافت طبیعی ریه می گردد. با این حال، در برخی موارد رشد سریع ضایعه بین هفته های ۱۸ تا ۲۶ بارداری دیده می شود.

در این شرایط، درمان با کورتیکواستروئیدها برای کاهش رشد ضایعه و جلوگیری از هیدروپس استفاده شده است. اگر ضایعه دارای کیست بزرگ غالب باشد، کارگذاری شانت توراکوآمنیوتیک (thoracoamniotic shunt) می تواند منجر به رفع هیدروپس جنینی شود.

۷۸- در سونوگرافی ۱۸ هفته جنینی کلیه های بزرگ و عدم رویت مثانه و هپاتومگالی مشاهده شده است. تشخیص صحیح کدام است؟

- الف) کلیه پلی کیستیک اتوزومال مغلوب
ب) کلیه پلی کیستیک اتوزومال غالب
ج) کلیه دیس پلاستیک مولتی کیستیک
د) عفونت مادرزادی CMV با درگیری کلیه ها

پاسخ: الف

بیماری کلیه پلی کیستیک (Polycystic Kidney Disease)

از میان بیماری های پلی کیستیک ارثی، تنها فرم نوزادی بیماری کلیه پلی کیستیک اتوزومال مغلوب (ARPKD) را می توان به طور قابل اعتماد در دوران بارداری تشخیص داد ARPKD. یک بیماری مزمن و پیشرونده در کلیه و کبد است که سبب اتساع کیستی مجاری جمع کننده کلیه و فیروز کبدی مادرزادی می شود.

فراوانی ناقلین جهش بیماری زا در ژن PKHD1 حدود ۱ در هر ۷۰ نفر و شیوع تولد حدود ۱ در هر ۲۰۰۰۰۰ تولد است. فنوتیپ های ARPKD بسیار متغیرند و از هیپوپلازی کشنده ریه در بدو تولد تا تظاهر در اواخر کودکی یا حتی بزرگسالی (اغلب با علائم غالب کبدی) متغیر است.

در سونوگرافی، این بیماری با ویژگی های زیر مشخص می شود:

کلیه های به طور غیرطبیعی بزرگ که ممکن است کل شکم جنین را پر یا حتی متسع کنند.

نمایی متراکم و شبیه شیشه مات در پارانشیم کلیه ها.

الیگوهیدرامنیوس شدید که نشان دهنده پیش آگهی ضعیف است.

بیماری کلیه پلی کیستیک اتوزومال غالب (ADPKD) که بسیار شایع تر است، معمولاً تا بزرگسالی تظاهر نمی کند. با این حال، در برخی جنین ها ممکن است بزرگی خفیف کلیه ها و افزایش اکوژنیسیته پارانشیم کلیه در حالی که حجم مایع آمنیوتیک طبیعی است، مشاهده شود.

تشخیص های افتراقی این یافته ها شامل چند سندرم ژنتیکی، آنوپلوئیدی یا حالت طبیعی (واریانت فیزیولوژیک) است.

۷۹- ایده آل ترین نما برای مشاهده membranous VSD در اکو قلب جنین کدام است؟

- الف) نمای LVOT
ب) نمای RVOT
ج) نمای 4-chamber
د) نمای 3-vessles