

مجموعه پرسش‌ها و پاسخ‌های تشریحی آزمون‌های

ارتقا، بورد و فلوشیپ

بر اساس نواک ۲۰۲۵
از سال ۱۴۰۰ تا ۱۴۰۴

جهت استفاده داوطلبین آزمون ارتقا، بورد و فلوشیپ

گردآوری و تالیف

دکتر آیناز بوستان

جراح و متخصص زنان و زایمان

فلوشیپ لاپاراسکوپی . رتبه برتر بورد ۱۳۹۶

دکتر زهرا حاج محمد حسینی

جراح و متخصص زنان و زایمان

دستیار فلوشیپ لاپاراسکوپی . رتبه برتر بورد ۱۴۰۲

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اراک

دکتر سحر حسینی

جراح و متخصص زنان و زایمان

رتبه سوم بورد تخصصی سال ۱۴۰۲

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

این کتاب با هدف ارائه‌ی مجموعه‌ای دقیق و ساختارمند از سؤالات و پاسخ‌های بالینی، بر اساس جدیدترین ویرایش مرجع نواک، تدوین شده است. در این مجموعه، سؤالات آزمون‌های رسمی ارتقا، فلوشیپ و بوردهای تخصصی زنان و زایمان طی سال‌های ۱۴۰۰ تا ۱۴۰۴ گردآوری شده و پاسخ‌ها بر پایه‌ی آخرین استانداردهای علمی و به‌روزرسانی‌های نواک تنظیم شده‌اند.

پاسخ‌ها به گونه‌ای ارائه شده‌اند که ضمن پوشش نکات کلیدی، رویکردهای تشخیصی و درمانی مبتنی بر شواهد، امکان مرور سریع و هدفمند را برای داوطلبان فراهم کنند. توجه ویژه به مباحث پرتکرار، نکات چالش‌برانگیز و محورهایی که در آزمون‌های ارتقا و بوردهای اهمیت بیشتری دارند، از اصول اصلی تهیه‌ی این مجموعه بوده است.

امید است این کتاب بتواند به‌عنوان منبعی معتبر و کارآمد، مسیر مطالعه و یادگیری دستیاران و متخصصان را تسهیل کرده و نقش مؤثری در موفقیت آنان در آزمون‌های تخصصی و فوق‌تخصصی ایفا نماید.

تیم مولفین

پاییز ۱۴۰۴

فهرست براساس فصول

۷	 Principles of Patient Care :۱ فصل
۲۰	 Initial Assessment and Communication :۲ فصل
۲۷	 Quality,Safety,and Performance Improvement :۳ فصل
۴۰	 Clinical Research :۴ فصل
۵۶	 Anatomy and Embryology :۵ فصل
۷۴	 Molecular Biology and Genetics :۶ فصل
۷۶	 Reproductive Physiology:۷ فصل
۷۹	 Puberty:۸ فصل
۸۳	 Pediatric and Adolescent Gynecology:۹ فصل
۹۰	 Adult Gynecology:۱۰ فصل
۹۷	 Uterine Fibroids :۱۱ فصل
۱۱۷	 Pelvic Pain and Dysmenorrhea:۱۲ فصل
۱۴۴	 Endometriosis :۱۳ فصل
۱۶۰	 Family Planning :۱۴ فصل
۱۷۰	 Genitourinary Infections and Sexually Transmitted Diseases :۱۵ فصل
۱۸۹	 Intraepithelial Disease of the Cervix, Vagina, and Vulva :۱۶ فصل
۲۲۶	 Sexuality and Sexual Dysfunction :۱۷ فصل
۲۳۷	 Menopause:۱۸ فصل
۲۴۳	 Benign Breast Disease:۱۹ فصل
۲۵۹	 Gender-Based Violence and Sexual Violence Against :۲۰ فصل
۲۶۶	 Preventive Health Care and Screening :۲۱ فصل
۲۷۰	 Primary Care:۲۲ فصل
۲۸۸	 Common Psychiatric Problems :۲۳ فصل
۲۹۳	 Complementary and Integrative Health Approaches :۲۴ فصل
۲۹۸	 Preoperative Evaluation and Postoperative Management :۲۵ فصل
۳۱۵	 Gynecologic Endoscopy :۲۶ فصل
۳۴۳	 Hysterectomy:۲۷ فصل
۳۵۱	 Robotics :۲۸ فصل
۳۵۷	 Urinary Tract:۲۹ فصل
۳۸۴	 Pelvic Organ Prolapse :۳۰ فصل
۴۱۰	 Anorectal Dysfunction :۳۱ فصل
۴۲۰	 Early Pregnancy Loss and Ectopic Pregnancy :۳۲ فصل
۴۳۳	 Recurrent Pregnancy Loss :۳۳ فصل
۴۴۰	 Amenorrhea:۳۴ فصل
۴۴۵	 Endocrine Disorders :۳۵ فصل
۴۵۲	 Infertility :۳۶ فصل
۴۵۵	 Uterine Cancer :۳۷ فصل
۴۹۶	 Cervical and Vaginal Cancer :۳۸ فصل
۵۴۴	 Ovarian,Fallopian Tube, and Peritoneal Cancer :۳۹ فصل
۵۸۴	 Vulvar Cancer :۴۰ فصل
۶۱۴	 Gestational Trophoblastic Disease :۴۱ فصل
۶۳۵	 Breast Cancer :۴۲ فصل

Principles of Patient Care

- ۱- در هنگام ویزیت و صحبت با بیمار در کلینیک، از کدامیک از استایل‌های زیر باید پرهیز شود؟ (بورد ۱۴۰۴)
- الف) برقراری ارتباط چشمی و نگاه مستقیم به بیمار (eye contact)
- ب) شوخ طبعی به جا و مناسب (humor)
- ج) گفتار جدی در مورد تشخیص و روش‌های مدیریت بیماری فرد (power)
- د) رفتار غیر رسمی و راحت (casual)

پاسخ: د

ارائه اطلاعات به بیمار

- تعادل قدرت: پزشک باید رابطه‌ای متعادل با بیمار برقرار کند و اطلاعات را در زمان مناسب ارائه دهد.
- شرایط محیطی: گفت‌وگو باید در فضای خصوصی و با حفظ حریم بیمار انجام شود؛ بیمار باید لباس مناسب داشته باشد و روبه‌روی پزشک نشسته باشد.
- زبان بدن: اهمیت بالایی دارد؛ باید از حالت‌های بیش از حد خودمانی یا غیر حرفه‌ای پرهیز شود تا احساس بی‌احترامی یا فقدان همدلی ایجاد نشود.
- تماس چشمی: پزشک باید به بیمار نگاه مستقیم کند تا توجه و حضور کامل خود را نشان دهد و از نگاه کردن به جاهای دور خودداری شود.

- ۲- در حین معاینه‌ی لگن در خانم‌ها، کدام عبارت صحیح است؟ (ارتقا ۱۴۰۴)

الف) استفاده از بزرگترین سایز اسپیکولوم

- ب) استفاده از مقادیر اندک لوبریکانت بدون اثر روی سیتولوژی
- ج) اطلاع دادن یافته غیر طبیعی به بیمار در حین معاینه روی تخت معاینه
- د) استفاده از اسپیکولوم Grave در افرادی که از نظر جنسی فعال هستند.

پاسخ: ب

معاینه لگنی - اصول و روش‌ها

وضعیت بیمار:

معمولاً در وضعیت دورسال لیتوتومی انجام می‌شود.



خلاصه طبقه‌بندی:

۱. کاندید مناسب: زنانی با بارداری مطمئن تمام‌شده، انگیزه بالا و وضعیت بالینی مناسب
۲. زمان ایده‌آل: بلافاصله پس از زایمان یا سقط
۳. مزایا: استفاده آسان، ایمن، طولانی‌مدت، تداوم بیشتر
۴. عیب اصلی: دفع بالاتر، خصوصاً پس از زایمان واژینال

۲- خانم ۳۰ ساله G2P2 به دنبال نزدیکی محافظت نشده شش روز قبل، جهت مشاوره جلوگیری از بارداری به شما مراجعه می‌کند. گزینه صحیح کدام است؟ (ارتقا ۴-۱۴)

- (الف) گذاشتن IUD
(ب) تجویز کنتراسپتیو ترکیبی خوراکی
(ج) تجویز لوونورژسترل خوراکی تک دوز
(د) تزریق پروژسترون عضلانی

پاسخ: الف

جلوگیری از بارداری اورژانسی (Emergency Contraception)

۱. لوونورژسترل (LNG)
تاریخچه و اثربخشی
• ابتدا از دوزهای بالای استروژن استفاده می‌شد. سپس ترکیب EE/LNG از اواخر دهه ۱۹۹۰ LNG تنها به دلیل اثربخشی بهتر جایگزین شد.
• در کارآزمایی WHO روی ۱۹۹۸ زن:
• EE/LNG: نرخ بارداری ۳,۲٪
• LNG تنها: نرخ بارداری ۱,۱٪

عوارض

- تهوع و استفراغ با LNG کمتر است نسبت به EE/LNG
- تأثیر زمان مصرف
• اثربخشی با گذشت زمان کاهش می‌یابد، اما حتی پس از ۷۲ ساعت نرخ بارداری LNG فقط ۲,۷٪ است.
• دوز مصرفی

• ۱,۵ mg تک‌دوز ≈ دو دوز ۰,۷۵ mg

• هر دو مورد تأیید FDA

• WHO اجازه مصرف LNG تا ۱۲۰ ساعت پس از رابطه را می‌دهد.

مکانیسم عمل

- به تعویق انداختن تخمک‌گذاری
- فقط در صورتی موثر است که پیش از روز تخمک‌گذاری مصرف شود.
- Abortifacient نیست.

ایمنی

LNG تنها ایمن‌تر است از مواردی با ترکیب EE/LNG از نظر ترومبوز

Primary Care

۱- در کدامیک از موارد زیر غربالگری دیابت در بانوان غیر باردار توصیه می‌شود؟ (ارتقا ۱۴۰۴)

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/قومیت‌های پرخطر

۵. $HTN \geq 140/90$

۶. $HDL \leq 35$ mg/dL یا $TG \geq 150$ mg/dL

۷. سابقه GDM یا نوزاد < 4 کیلو

عوارض اصلی

• نابینایی

• نارسایی کلیه

• بیماری قلبی-عروقی



گاهی این حالت چندین هفته یا چندین ماه (اغلب ۶ ماه) طول می کشد و معمولاً پس از آن فانکشن مثانه به حالت عادی برمی گردد و در صورت عدم بازگشت مثانه به حالت طبیعی پس از این مدت، بررسیهای مجدد عملکرد مثانه بایستی انجام گیرد.

۲۵- خانم ۶۷ ساله با شکایت خروج توده از واژن مراجعه نموده است. سابقه هیستریکتومی شکمی در سن ۴۸ سالگی را دارد. تست سرفه با اصلاح پرولاپس منفی می باشد. اظهار می دارد برای ادرار کردن نیاز به جا اندازی توده دارد. معاینه POPQ:

Aa= +2cm Ba= +5cm C= +4cm PB= 5cm GH= 5cm TVL=6cm
Ap= +1cm Bp= +2cm

ابتدا جهت بیمار پساری تعبیه شد ولی متأسفانه انواع آن از واژن خارج می شد، بیمار کاندید جراحی شد. کدام بررسی علاوه بر آزمایشات اولیه، قبل از عمل برای بیمار ضروری است؟ (بورد ۱۴۰۱)

الف) بررسی آئرویدینامیک ب) سیستوسکوپی ج) MRI د) مانومتري

پاسخ: الف

تست آئرویدینامیک در این شرایط کارایی دارد:

- ۱- تشخیص به دلیل ناسازگاری بین شرح حال، معاینه فیزیکی، مقیاس علامتی و چارت دفعات ادراری نامشخص است.
 - ۲- زنان با علائم ترکیبی و پیچیده که به درمان حمایتی پاسخ نداده اند.
 - ۳- افرادی که جهت انجام جراحی پرولاپس در نظر گرفته می شوند در صورتی که هیچ شکایتی از علائم ادراری ندارند یا تست سرفه آنها منفی است (جهت تشخیص وجود یا عدم وجود بی اختیاری استرسی مخفی)
 - ۴- سابقه قبلی جراحی بی اختیاری ادراری که شکست خورده یا علائم عود کرده
 - ۵- تخلیه ناکامل مثانه
 - ۶- وجود علائم بی اختیاری در همراهی با شرایط عصبی مانند مولتیبیل اسکروزیس (MS)
- به جدول ۲-۳۰ در سوالات قبل توجه نمایید.

۲۶- خانم ۶۳ ساله G6P6 با شکایت بی اختیاری ادراری مراجعه کرده است در معاینه تست سرفه مثبت است:

معاینه POPQ:

Aa= -3cm Ba= -2cm C= -4cm PB=5cm GH=5cm TVL=10cm
Ap= -2cm Bp= -1cm D= -7cm

در بررسی:

UDS: PVR=10cc
Pdet= 5cmH2O

Filling phase: VLPP= positive in 150cc with 95m H2O
Voiding phase: Qmax=25ml/s Pdet= 30cmH2O

بیمار کاندید جراحی است. کدام روش زیر برای بیمار ارجح است؟ (بورد ۱۴۰۱)

Bulking agent (د) TVT (ج) TOT (ب) Burch (الف)

پاسخ: ج

تست دیگری که نشان دهنده ی یکپارچگی اورتراست، تست نقطه فشار والسالواست (VLPP) که بیانگر مقداری از فشار داخل شکمی یا داخل مثانه ای است که باعث نشت ادراری می شود. معمولاً زمانی که مثانه به راحتی با ۲۰۰ سی سی پر



مرحله IIC با زیرگروه‌های IIC1 و IIC2 به ترتیب برای منعکس کردن متاستازهای غدد لنفاوی لگنی و پارائورت اضافه شد. این امر بر اساس تصویربرداری بهبود یافته و ارزیابی حداقل تهاجمی متاستازهای غدد لنفاوی و همچنین بدتر شدن نتایج در صورت وجود متاستازهای غدد لنفاوی بود. حاشیه‌نویسی‌های (تصویربرداری) یا (پاتولوژیک) باید اضافه شوند تا نشان دهند که چگونه مرحله IIC ارزیابی شده است. طبق FIGO، درگیری فضای لنفاوی عروقی مرحله را تغییر نمی‌دهد، اما باید به آن توجه داشت زیرا ممکن است بر درمان تأثیر بگذارد.

گزینه‌های درمانی

گزینه برای درمان اولیه سرطان دهانه رحم، جراحی یا پرتودرمانی است. در حالی که پرتودرمانی می‌تواند در تمام مراحل بیماری استفاده شود، جراحی محدود به بیمارانی است که بیماری در مراحل اولیه، از جمله مراحل IA، IB1، IB2 و بیماری IIA1 انتخابی دارند. شیمی‌درمانی همزمان به طور کلی درمان انتخابی برای مراحل IB3 تا IVA است که بر اساس چندین کارآزمایی تصادفی انجام شده است. (شیمی‌درمانی) پرتودرمانی می‌تواند برای بیمارانی که بیماری در مراحل اولیه دارند و کاندید جراحی نیستند یا جراحی را رد می‌کنند، استفاده شود.

۲۱- خانمی ۴۰ ساله G2P2 با پاپ اسمیر ASC-H، کولپوسکوپی و بیوپسی AIS، تحت کونیزاسیون قرار گرفته، جواب پاتولوژی AIS و مارژین داخلی کونیزاسیون از لحاظ ضایعات غددی پیش بدخیم با درجه بالا مثبت می‌باشد. اقدام صحیح کدام است؟ (اونکولوژی ۱۴۰۱)

- الف) Reconization
ب) پیگیری با HPV testing
ج) پیگیری با کولپوسکوپی و ECC
د) هیستروکتومی ساده

پاسخ: الف

این پنل نتیجه‌گیری کرد که با هیستروکتومی ساده یا کونیزاسیون به تنهایی در بیماران مبتلا به SCC سرویکس که عمق تهاجم استرومایی کمتر از سه میلی‌متر و حاشیه کونیزاسیون منفی دارند، میزان بهبودی قطعی ۱۰۰ درصد است (شکل ۲۵-۳ تلیند).

کارسینوم با تهاجم میکروسکوپی را نمی‌توان با پانچ بیوپسی به تنهایی تشخیص داد زیرا ممکن است نواحی مجاور مبتلا به تومور پیشرفته باشند لذا برای تشخیص قطعی نیاز به انجام کونیزاسیون می‌باشد که در بسیاری از موارد، درمان قطعی



FIGURE 25.3 Cervical conization specimen with suture at 12 o'clock for orientation.

نیز است. با این حال، برای بیمارانی که با کونیزاسیون به تنهایی درمان می‌شوند باید هم حاشیه داخلی کونیزاسیون و هم کورتاژ اندوسرویکال (ECC) بعد از کونیزاسیون هر دو منفی باشند چرا که در صورت مثبت بودن هر یک از حاشیه یا کورتاژ پس از کونیزاسیون احتمال باقی ماندن کانسر مهاجم به طور قابل توجهی افزایش می‌یابد.

بیوپسی مخروطی سرویکس نقش تشخیصی و درمانی در سرطان سرویکس دارد. این عمل برای اثبات تشخیص کانسر لازم است و به صورت قطعی مرحله Ia1 بیماری را درمان می‌کند وقتی حفظ عملکرد باروری مدنظر است، برای درمان موثر هیچ یافته‌ای از تهاجم



۴۲- بیمار خانم ۶۵ ساله منوپوز با شکایت لمس توده در پستان سمت راست مراجعه کرده است. در معاینه توده قابل لمس وجود دارد. ماموگرافی و سپس Needle Biopsy جهت بیمار انجام شد و جواب پاتولوژی Atypical گزارش شده است. مناسب‌ترین اقدام جهت بیمار کدام است؟ (کف لگن ۱۴۰۱)

- الف) Observe
ب) Definitive Surgery
ج) Surgical Excision
د) Needle biopsy ۳ ماه بعد

پاسخ: ج

توده قابل لمس پستان حتما باید تحت بیوپسی تشخیصی از طریق FNA یا CNA قرار بگیرد و در صورت مشکوک بودن یا تایید بدخیمی تحت اکسیژون قرار گیرد.

۴۳- در خانم ۶۵ ساله با تشخیص کانسر SCC وولوکه در معاینه یک ضایعه ۳/۵ سانتی‌متری دور از خط وسط در لایپماژور سمت راست دارد و در بررسی انجام شده سایر نواحی نرمال می‌باشد و در ناحیه اینگوئینال لنف نود قابل لمس ندارد. کدام اقدام با عارضه کمتر و تأثیر بیشتر در اداره غدد لنفاوی توصیه می‌شود؟ (ارتقا ۱۴۰۲)

الف) برداشتن لنف نود اینگوئینال یک طرفه
ب) برداشتن لنف نود اینگوئینال دوطرفه
ج) برداشتن لنف نود اینگوئینال سنتینل دوطرفه
د) برداشتن لنف نود اینگوئینال سنتینل سمت راست

پاسخ: د

دایسکشن یکطرفه کشاله ران در مقابل دایسکشن دوطرفه اگر ضایعه اولیه یکطرفه باشد و لنف‌نود سمت ضایعه منفی باشد، نیاز به دایسکشن دوطرفه نمی‌باشد. اقدامات مربوط به لنف‌نود سنتینل منجر به کاهش شدید موربیدیتی در مقایسه با لنف‌دنکتومی کامل می‌شود در حالیکه هیچ تأثیر منفی روی پروگنوز بیماران انتخابی ندارد. این روش در صورت انجام توسط فرد با تجربه در مراحل اولیه بیماری با ضایعه تومورال تک کانونی $> 4\text{cm}$ و عدم وجود لنف‌نود بالینی کشاله ران در معاینه بالینی و تصویربرداری روش مناسبی است.

۴۴- خانمی ۳۰ ساله سیگاری، HPV16 مثبت به علت بروز سه ضایعه پوستی بر روی ولو به درمانگاه مراجعه کرده، پاتولوژی بیوپسی از ضایعات اسکوآموس سل کارسینوم گزارش کرده است. در این صورت احتمال کدام ساب تایپ هیستولوژیک بیشتر است؟ (اونکولوژی ۱۴۰۴)

- الف) Simple
ب) basaloid
ج) keratinizing
د) differentiated

پاسخ: ب

کنسر SCC ولو:

۱- انواع بازالوئید یا زگیل شکل:

- ۴۰٪ موارد است.
- چند کانونی است.
- در زنان جوان‌تر دیده می‌شود.
- با HPV, VIN, سیگار و سرکوب ایمنی مرتبط است.



۲- نوع کراتینیزان تمایز یافته یا ساده:

- ۶۰٪ موارد است.
- تک کانونی است.
- در بیماران مسن‌تر دیده می‌شود.
- با لیکن اسکلروز و درماتوزهای مزمن التهابی و VIN تمایز یافته مرتبط است.

۴۵- خانم ۳۸ ساله‌ای با ضایعه‌ای در نزدیکی کلیتوریس، در میدلاین ولو مراجعه کرده و از آن بیوپسی به عمل آمده است. جواب پاتولوژی S.C.C است. کدام درمان زیر برای ضایعه اولیه مناسب است؟ (اونکولوژی ۱۴۰۴)

- الف) radical vulvectomy (ب) wide local excision
ج) external pelvic radiation+ chemotherapy (د) small field radiation+ chemotherapy

پاسخ: د

درمان کنسر SCC ولو در نواحی قدامی به ویژه کلیتوریس با توجه به عوارض روانی جنسی به خصوص در بیماران جوان:

Small field radiation+
Sensitization chemotherapy+BX

پس از اتمام درمان جهت اطمینان از عدم وجود بیماری باقی مانده بیوپسی انجام می‌دهیم.

۴۶- خانم ۶۳ ساله با ضایعه اولسره حدود ۲/۵ سانت در فورشت خلفی مراجعه کرده است. بیوپسی SCC ولو با عمق تهاجمی ۱ میلی متر را گزارش کرده است. در معاینه کشاله ران هیچ گره لنفاوی قابل لمس وجود ندارد و در MRI گره لنفاوی مشکوک لگنی دیده نمی‌شود. بهترین درمان کدام است؟ (اونکولوژی ۱۴۰۴)

- الف) اکسیزیون رادیکال موضعی همراه با لنفادنکتومی دوطرفه اینگوئینال - فمورال
ب) اکسیزیون رادیکال موضعی همراه با لنفادنکتومی اینگوئینال - فمورال و لگنی
ج) استفاده از کمورادیوتراپی اولیه و سپس برنامه‌ریزی جهت جراحی
د) اکسیزیون رادیکال موضعی بدون نیاز به لنفادنکتومی

پاسخ: الف

اندیکاسیون لنف آدنکتومی اینگوئینال فمورال دوطرفه:

- ۱- وجود LN حجیم سمت تومور
- ۲- چند LN مثبت از نظر میکروسکوپی سمت تومور
- ۳- ضایعات میدلاین (کلیتوریس، قدام لبیا مینورها و فورشت خلفی)
- ۴- ضایعات در فاصله ۲ سانتی متر از خط وسط

۴۷- خانم ۶۵ ساله‌ای با ضایعه بزرگ گل کلمی سمت چپ ولو مراجعه کرده است. بیوپسی کارسینوم Verrucocus گزارش شده. FNA از گره لنفاوی کشاله ران همان طرف متاستاز را نشان داده، درمان انتخابی کدام است؟ (اونکولوژی ۱۴۰۴)

- الف) اکسیزیون رادیکال موضعی همراه با لنفادنکتومی اینگوئینال فمورال سمت چپ
ب) ولوکتومی رادیکال و لنفادنکتومی دوطرفه اینگوئینال فمورال
ج) اکسیزیون رادیکال موضعی همراه با لنفادنکتومی دوطرفه اینگوئینال فمورال