

مجموعه پرسش‌ها و پاسخ‌های تشریحی

آزمون ارتقاء

۱۴۰۵

زنان

جهت استفاده داوطلبین آزمون ارتقاء، **بورد و فلوشیپ**

گردآوری و تألیف:

دکتر سحر حسینی

جراح و متخصص زنان و زایمان

رتبه ۳ بورد ۱۴۰۲

استادیار دانشگاه علوم پزشکی ایران

دکتر نیوشا جمشیدنژاد

جراح و متخصص زنان و زایمان

رتبه ۶ بورد ۱۴۰۱

استادیار دانشگاه علوم پزشکی ایران

به نام خداوند جان و خرد

کتابی که هم اینک در دبستان شماسه حاصل تلاش شبانه روزی ما و انتشارات آرتین طب است تا این کتاب به سرعت و قبل از برگزاری امتحان دانشنامه ۱۴۰۵ جهت استفاده شما عزیزان آماده گردد. خداوند متعال را به جهت این توفیق شاکریم و امیدواریم این مجموعه بتواند در راستای آماده‌سازی شما عزیزان جهت امتحانات دانشنامه و ارتقاء رشته‌ی جراحی زنان و زایمان کمک کننده باشد. این مجموعه شامل سؤالات امتحان ارتقا سال ۱۴۰۵ زنان می‌باشد. جواب سؤالات بر اساس آخرین رفرنس‌های اعلامی از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌باشد. در پایان ضمن تشکر و قدردانی از زحمات جناب آقای علی‌دایی و سرکار خانم دکتر حاجی محمدی و سرکار خانم زیرک جهت آماده‌سازی و چاپ این کتاب در این مدت کوتاه، موفقیت روزافزون شما را از خداوند متعال خواستاریم.

دکتر سحر حسینی
دکتر نبوشا جمشیدنژاد
تابستان ۱۴۰۵

فهرست مطالب

عنوان

صفحه

مجموعه پرسش‌ها و پاسخ‌های تشریحی آزمون ارتقا زنان ۱۴۰۵ ۵

artinteb.com

- Late deceleration های مکرر همراه با Variability متوسط
 - Variable deceleration همراه با ویژگی‌های غیرطبیعی مانند بازگشت آهسته ضربان به خط پایه، Overshoot یا Shoulder
Category III (غیرطبیعی)
 در این گروه، فقدان Variability در خط پایه همراه با حداقل یکی از موارد زیر مشاهده می‌شود:
 - Late deceleration های مکرر
 - Variable deceleration های مکرر
 - برادی کاردی
 - الگوی سینوزوئیدال (Sinusoidal pattern)

۱۹- بیمار خانم ۳۰ ساله PCOS با سابقه نازایی ۲ ساله و انسداد دوطرفه لوله‌های فالوپ و آنالیز اسپرم نرمال تحت سیکل IVF قرار گرفته است. جهت کاهش ریسک OHSS کدامیک از گزینه‌های زیر صحیح است؟

- الف) سیکل آنتاگونیست - تریگر تخمک‌گذاری HCG
 ب) سیکل long - تریگر تخمک‌گذاری GnRH Agonist
 ج) سیکل آنتاگونیست - تریگر تخمک‌گذاری GnRH Anonist
 د) سیکل long - تریگر تخمک‌گذاری HCG

پاسخ: گزینه ج

اسپیرو، فصل ۳۱

سندرم تحریک بیش از حد تخمدان (OHSS) مهم‌ترین عارضه مرتبط با تحریک تخمدان توسط گنادوتروپین‌ها محسوب می‌شود. این سندرم در اثر پاسخ بیش از حد تخمدان، افزایش تعداد فولیکول‌های در حال رشد و افزایش تولید استرادیول ایجاد می‌شود. مکانیسم اصلی ایجاد OHSS، افزایش بیان فاکتور رشد اندوتلیال عروقی (VEGF) و در پی آن افزایش نفوذپذیری عروق است که موجب خروج مایع به فضای سوم، ایجاد آسیت، هموکسسانتره شدن خون و در موارد شدید، بروز عوارض ترومبوآمبولیک می‌شود.

زنان مبتلا به PCOS به دلیل داشتن تعداد بالاتر فولیکول‌های آنترال، افزایش سطح پایه LH و حساسیت بیشتر به تحریک با گنادوتروپین‌ها، در معرض خطر بیشتری برای بروز OHSS قرار دارند. علاوه بر این، پاسخ شدید تخمدانی که با افزایش تعداد فولیکول‌ها و افزایش سطح پروژسترون در فاز فولیکولی همراه است، می‌تواند علاوه بر افزایش خطر OHSS، بر نتایج انتقال تازه جنین نیز اثر منفی داشته باشد.

روش‌های کاهش خطر OHSS

اقدامات مؤثر در کاهش بروز OHSS شامل موارد زیر است:

- استفاده از پروتکل آنتاگونیست GnRH به جای پروتکل آگونیست GnRH
- استفاده از تریگر آگونیست GnRH (GnRHa trigger) به جای hCG در بیماران پرخطر
- انجام فریز تمام جنین‌ها (freeze-all) در بیماران با پاسخ شدید تخمدانی و انتقال جنین در سیکل بعدی
- hCG به دلیل نیمه عمر طولانی‌تر، تحریک طولانی‌تر سلول‌های گرانولوزا و افزایش بیشتر تولید استرادیول و پروژسترون، نسبت به GnRHa خطر بیشتری برای ایجاد OHSS دارد. در مقابل، GnRHa با ایجاد یک افزایش کوتاه مدت LH درون‌زاد، موجب کاهش تولید VEGF و در نتیجه کاهش احتمال بروز OHSS می‌شود.

توصیه به استفاده از سیکل آنتاگونیست GnRH

پروتکل آنتاگونیست GnRH امروزه به دلیل ایمنی بیشتر، سهولت کاربرد و دستیابی به نتایج مشابه با پروتکل طولانی آگونیست، در بسیاری از مراکز IVF به عنوان روش ترجیحی مورد استفاده قرار می‌گیرد. مزایای این پروتکل عبارتند از:

- شروع اثر سریع و مهار مؤثر LH surge زودرس
- کاهش طول مدت درمان و کاهش میزان مصرف گنادوتروپین‌ها
- جلوگیری از flare effect و کاهش احتمال تشکیل کیست‌های فولیکولی
- کاهش خطر OHSS، به‌ویژه در زنان با پاسخ تخمدانی بالا و بیماران مبتلا به PCOS
- امکان استفاده از GnRHa trigger که در پروتکل‌های آگونیستی قابل انجام نیست
- در زنان مبتلا به PCOS، استفاده از پروتکل آنتاگونیست اهمیت ویژه‌ای دارد، زیرا:
- این بیماران خطر بالاتری برای OHSS دارند.
- تعداد فولیکول‌های بیش از حد در این گروه با پروتکل آنتاگونیست کمتر مشاهده می‌شود.
- جایگزینی GnRHa trigger به جای hCG می‌تواند خطر OHSS را به میزان بیشتری کاهش دهد.
- بنابراین، در بیماران با خطر بالای OHSS، از جمله زنان مبتلا به PCOS، افراد با AFC بالا، AMH یا سابقه پاسخ شدید تخمدانی، استفاده از پروتکل آنتاگونیست GnRH همراه با GnRHa trigger و در صورت نیاز freeze-all، رویکردی ایمن‌تر و مناسب‌تر محسوب می‌شود.

۲۰- خانم ۳۷ ساله، ۲۴ هفته، بارداری اول به علت افزایش فشارخون جدید بستری شده است. در سونوگرافی انجام شده جهت بررسی جنین، پلی داکتیلی، کلیه کیستیک و سفالوسل گزارش شده است. احتمال کدام اختلال ژنتیکی بیشتر مطرح می‌باشد؟

- الف) تریزومی ۱۸ ب) تریزومی ۲۱ ج) تریزومی ۱۳ د) تریزومی ۱۶

◀ پاسخ: گزینه ج ویلیامز، فصل ۱۶

تریزومی ۱۳ (سندروم پاتو)

تریزومی ۱۳ در اثر وجود یک نسخه اضافی از کروموزوم ۱۳ ایجاد می‌شود. شیوع این اختلال تقریباً ۱ مورد در هر ۵۰۰۰ بارداری است و میزان تولد زنده آن حدود ۱ در ۱۲۰۰۰ تا ۱۸۰۰۰ تولد گزارش شده است. حدود ۸۰٪ موارد ناشی از تریزومی کامل کروموزوم ۱۳ هستند و سایر موارد عمدتاً در اثر جابجایی‌های رابرتسونی ایجاد می‌شوند. شایع‌ترین نوع جابجایی، درگیری کروموزوم‌های ۱۳ و ۱۴ به صورت der(13;14) است که در حدود ۱ نفر از هر ۱۳۰۰ فرد سالم به عنوان ناقل بدون علامت مشاهده می‌شود. با این حال، کمتر از ۲٪ از ناقلین این جابجایی، فرزند زنده مبتلا به سندروم پاتو خواهند داشت.

ناهنجاری‌های شایع همراه با تریزومی ۱۳ عبارتند از:

- هولوپروزنسفالی و ناهنجاری‌های شدید کرانیوفاسیال مانند سیکلویی و میکروفتالمی
- نقایص مادرزادی قلبی که در حدود ۹۰٪ موارد مشاهده می‌شوند
- سفالوسل و میکروسفالی
- اومفالوسل
- ناهنجاری‌های کیستیک کلیوی
- پلی داکتیلی

- شکاف لب و کام

وجود مجموعه‌ای از یافته‌هایی مانند سفالوسل، کلیه‌های کیستیک و پلی‌دکتیلی باید احتمال تریزومی ۱۳ را مطرح کند. تریزومی ۱۳ یک اختلال با محدودیت شدید حیات و پیش‌آگهی نامطلوب است. میانه بقای نوزادان مبتلا حدود ۵ روز گزارش شده و میزان بقای پنج‌ساله کمتر از ۱۰٪ است.

۲۱- احتمال no call بودن cell free DNA در کدامیک از شرایط زیر افزایش نمی‌یابد؟

(ب) انجام تست قبل از هفته ۱۰

(د) سن بالای مادر

(الف) چاقی مادر

(ج) آنوپلوئیدی جنین

◀ پاسخ: گزینه د ویلیامز، فصل ۱۷

محدودیت‌های غربالگری cfDNA

در حدود ۲ تا ۴ درصد بارداری‌ها، پس از انجام آزمایش cfDNA نتیجه قابل گزارش به دست نمی‌آید که به آن No-call یا نتیجه نامشخص گفته می‌شود. در این شرایط، احتمال وجود آنیوپلوئیدی جنینی افزایش یافته و ممکن است تا حدود ۴٪ برسد.

شایع‌ترین علت ایجاد نتیجه No-call، کاهش fetal fraction است؛ یعنی مقدار DNA آزاد با منشأ جفتی در گردش خون مادر برای انجام تحلیل کافی نیست. مقدار fetal fraction در اواخر سه‌ماهه اول بارداری معمولاً حدود ۱۰٪ است و مقادیر کمتر از ۴٪ به‌عنوان پایین در نظر گرفته می‌شود.

کاهش fetal fraction بیشتر در شرایط زیر مشاهده می‌شود:

- انجام آزمایش پیش از ۱۰ هفته بارداری

- چاقی مادر، به‌ویژه در BMI برابر یا بالاتر از ۴۰

- وجود آنیوپلوئیدی‌های جنینی، به‌خصوص تریزومی ۱۸ و ۱۳

انجمن ACMG توصیه می‌کند مقدار fetal fraction در گزارش آزمایش cfDNA درج شود، زیرا این اطلاعات در تفسیر دقیق‌تر نتیجه اهمیت دارد.

در صورت مشاهده نتیجه مثبت یا No-call، انجام مشاوره ژنتیک و پیشنهاد تست تشخیصی مانند آمنیوسنتز ضروری است. تکرار آزمایش cfDNA پس از نتیجه No-call با احتمال شکست مجدد همراه است و میزان شکست مجدد ممکن است حدود ۴۰٪ باشد. سونوگرافی دقیق جنین می‌تواند به ارزیابی بیشتر کمک کند، اما جایگزین تست تشخیصی مانند آمنیوسنتز محسوب نمی‌شود.

نتیجه cfDNA همیشه منعکس‌کننده DNA واقعی جنین نیست و مثبت شدن آزمایش می‌تواند در شرایط مختلفی ایجاد شود، از جمله:

موزائیسم محدود به جفت

- از بین رفتن زود هنگام یک دوقلوی مبتلا به آنیوپلوئیدی

- آنیوپلوئیدی یا موزائیسم کروموزومی در مادر

- بدخیمی‌های پنهان مادری

بنابراین، پیش از انجام cfDNA باید درباره احتمال ایجاد نتیجه No-call و محدودیت‌های این روش غربالگری به بیمار توضیحات کافی ارائه شود. همچنین در صورت وجود ساک حاملگی خالی دوم، انجام cfDNA توصیه نمی‌شود.

۲۲- خانم ۳۵ ساله ترم به علت پرولاپس بند ناف در دیلاتاسیون ۴ سانتی‌متر تحت سزارین اورژانسی قرار گرفته است. PH نوزاد در بدو تولد 6.95 و $pco_2=90$ میلی‌متر جیوه می‌باشد. PH اصلاح شده را حساب نمایید؟

(د) ۷/۲۲

(ج) ۷/۲۴

(ب) ۷/۲۷

(الف) ۷/۳۵

➤ پاسخ: گزینه ب ویلیامز، فصل ۳۲

اهمیت بالینی اسیدمی

در طی روند طبیعی زایمان، اکسیژناسیون جنین و pH خون به طور معمول کاهش پیدا می‌کنند. مقادیر طبیعی pH و گازهای خون بند ناف در نوزادان ترم هنگام تولد در جدول ۳۲-۴ ارائه شده است. مقادیر مشابهی در نوزادان نارس نیز گزارش شده است. محدوده پایین طبیعی pH در نوزادان با سن حاملگی ۲۸ تا ۴۲ هفته هنگام تولد، بسته به سن حاملگی، حدود ۷.۰۵ تا ۷.۱۶ است؛ بنابراین، در تعریف اسیدمی نوزادی باید این محدوده‌های وابسته به سن حاملگی مدنظر قرار گیرند.

با این حال، بسیاری از جنین‌ها می‌توانند اسیدمی حین زایمان را حتی با pH حدود ۷.۰۰ بدون ایجاد آسیب عصبی تحمل کنند.

در یک مطالعه بر روی نوزادانی با pH کمتر از ۷.۰۰، میزان مرگ‌ومیر نوزادی ۸٪، بستری در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان ۳۹٪، نیاز به لوله‌گذاری تراشه ۱۴٪ و بروز تشنج ۱۳٪ گزارش شد. همچنین در مطالعه‌ای شامل بیش از ۵۱ هزار نوزاد ترم، شیوع انسفالوپاتی نوزادی در نوزادانی که pH هنگام تولد آنها کمتر از ۷.۰ بود، حدود ۳٪ گزارش شد. حتی نوزادانی که امتیاز آپگار دقیقه ۵ طبیعی داشتند، در صورت pH شریانی بند ناف کمتر از ۷.۰، خطر بیشتری برای عوارضی مانند دیسترس تنفسی، بستری در NICU و سپسیس داشتند. همچنین، اصلاح سریع‌تر اسیدمی پس از تولد با پیامدهای مطلوب‌تر همراه است.

اسیدمی تنفسی

قطع حاد تبادل گاز در جفت موجب تجمع دی‌اکسیدکربن (CO_2) و ایجاد اسیدمی تنفسی می‌شود. شایع‌ترین علت زمینه‌ای آن، فشردگی گذرای بند ناف است. در اغلب موارد، اسیدمی تنفسی به‌تدریج اثر زیان‌بار قابل‌توجهی برای جنین ندارد.

اثر افزایش PCO_2 بر کاهش pH (جزء تنفسی اسیدوز) قابل محاسبه است. ابتدا مقدار طبیعی بالای PCO_2 نوزاد، یعنی حدود ۵۰ mmHg، از مقدار PCO_2 اندازه‌گیری‌شده در گاز خون بند ناف کسر می‌شود. سپس به ازای هر افزایش ۱۰ mmHg PCO_2 ، pH حدود ۰.۰۸ واحد کاهش می‌یابد.

مثال:

پرولاپس حاد بند ناف در جریان زایمان رخ داده و به دنبال آن سزارین انجام می‌شود. نوزاد ۲۰ دقیقه بعد متولد می‌شود. نتایج گاز خون شریانی بند ناف عبارت‌اند از:

pH = 6.95
 $PCO_2 = 90$ mmHg

با استفاده از رابطه فوق، می‌توان سهم اختلال تبادل CO_2 ناشی از فشردگی بند ناف را در کاهش pH محاسبه کرد. بر این اساس، pH پیش از وقوع پرولاپس بند ناف تقریباً ۷.۲۷ بوده است که در محدوده طبیعی قرار دارد. بنابراین، pH پایین مشاهده‌شده پس از تولد ناشی از اسیدوز تنفسی بوده است.

اسیدمی متابولیک

اسیدمی متابولیک زمانی در جنین ایجاد می‌شود که کمبود اکسیژن به اندازه کافی طولانی و شدید باشد و سلول‌ها برای تولید انرژی به سمت متابولیسم بی‌هوازی سوق پیدا کنند.

Low و همکاران، اسیدوز جنینی را با $\text{base deficit} \geq 12 \text{ mmol/L}$ و اسیدوز شدید جنینی را با $\text{base deficit} \geq 16$ mmol/L تعریف کردند. از نظر ارتباط با خطر آسیب عصبی، ACOG اسیدوز متابولیک را به صورت pH شریانی بند ناف کمتر از ۷٫۰ همراه با $\text{base deficit} \geq 12 \text{ mmol/L}$ تعریف می‌کند.

اسیدمی متابولیک با افزایش خطر اختلال عملکرد چند ارگان همراه است. در موارد نادر، هیپوکسی شدید و طولانی می‌تواند منجر به انسفالوپاتی هیپوکسیک-ایسکمیک شود. با این حال، اسیدوز متابولیک شدید در نوزادان ترم، پیش‌بینی‌کننده ضعفی برای آسیب عصبی طولانی‌مدت محسوب می‌شود. در نوزادان نارس، وضعیت اسید-باز هنگام تولد ارتباط قوی‌تری با خونریزی داخل بطنی، لوکومالاسی اطراف بطنی و پیامدهای نامطلوب عصبی در آینده دارد. ارتباط میان اسیدمی متابولیک، آپگار پایین و مرگ‌ومیر نوزادی در نوزادان ترم و نارس گزارش شده است. در نوزادان ترم، خطر مرگ نوزادی در کودکانی که هم اسیدمی متابولیک و هم آپگار دقیقه ۵ برابر یا کمتر از ۳ داشتند، بیش از ۳۲۰۰ برابر بیشتر از نوزادانی بود که آپگار دقیقه ۵ آنها برابر یا بیشتر از ۷ بود.

توصیه‌ها برای اندازه‌گیری گاز خون بند ناف

در برخی مراکز، گاز خون بند ناف به صورت روتین در تمام تولدها اندازه‌گیری می‌شود. انجام این بررسی به‌طور منطقی در شرایط زیر توصیه می‌شود:

- سزارین به علت دیسترس جنینی
 - الگوی غیرطبیعی ضربان قلب جنین
 - تب مادر هنگام زایمان
 - آپگار دقیقه ۵ پایین
 - بارداری چندقلویی
 - محدودیت شدید رشد جنین
- اگرچه اندازه‌گیری وضعیت اسید-باز خون بند ناف توانایی محدودی در پیش‌بینی عوارض عصبی کوتاه‌مدت و بلندمدت دارد، اما همچنان عینی‌ترین روش برای ارزیابی وضعیت متابولیک جنین در زمان تولد محسوب می‌شود.

۲۳- خانم ۲۱ ساله بارداری اول که یک ساعت قبل زایمان با واکيوم داشته است، در حال حاضر از احساس فشار لگنی، همراه با درد و ناتوانی در ادرار شکایت دارد. اقدام مناسب اولیه کدام است؟

- الف) قطع اکسی‌توسین
ب) معاینه رکتوواژینال و پرینه از نظرهماتوم
ج) تشویق بیمار به ادرار کردن از طریق شستشوی پرینه
د) سونوگرافی شکم و لگن جهت بررسی هوماتوم

➤ پاسخ: گزینه ب ویلیامز، فصل ۳۶

دیورز پس از زایمان

بارداری طبیعی با احتباس قابل توجه سدیم و آب در فضای خارج سلولی همراه است و دیورز پس از زایمان، برگشت فیزیولوژیک این فرآیند محسوب می‌شود. چزلی و همکاران نشان دادند که در هفته اول پس از زایمان، فضای سدیم بدن حدود ۲ لیتر کاهش می‌یابد که نشان‌دهنده از دست رفتن هیپرولمی باقی‌مانده دوران بارداری است. در پره‌اکلامپسی، احتباس غیرطبیعی مایعات در دوران بارداری و سپس دیورز طبیعی پس از زایمان می‌تواند بسیار شدید باشد.

دیورز پس از زایمان باعث کاهش نسبتاً سریع وزن به میزان ۲ تا ۳ کیلوگرم می‌شود که علاوه بر ۵ تا ۶ کیلوگرم کاهش وزن ناشی از تولد نوزاد و خونریزی طبیعی زایمان است. کاهش وزن ناشی از خود بارداری معمولاً تا پایان هفته دوم پس

از زایمان به بیشترین مقدار خود می‌رسد. هر مقدار وزن باقی‌مانده نسبت به قبل از بارداری، احتمالاً مربوط به ذخایر چربی بدن است که باقی خواهد ماند.

عملکرد مثانه پس از زایمان

در بیشتر بخش‌های زایمان، مایعات وریدی طی زایمان و حدود یک ساعت پس از زایمان واژینال تزریق می‌شوند. همچنین اکسی‌توسین پس از زایمان معمولاً به صورت انفوزیون تجویز می‌شود و در دوزهای مورد استفاده اثر ضدادراری دارد؛ بنابراین پر شدن سریع مثانه شایع است. علاوه بر این، حس مثانه و توانایی تخلیه خودبه‌خودی آن ممکن است به دلیل عوامل مرتبط با روند زایمان کاهش یابد. در نتیجه، احتباس ادراری و اتساع بیش از حد مثانه در اوایل دوره نفاسی شایع است.

در مطالعه‌ای روی بیش از ۵۵۰۰ زن با استفاده از اسکنر مثانه، میزان احتباس ادراری حدود ۵٪ گزارش شد، اگرچه از نظر بالینی کمتر دیده می‌شود. عوامل خطر افزایش‌دهنده احتمال احتباس شامل موارد زیر هستند: نخست زایی، بی‌دردی اپیدورال، سزارین، پارگی‌های پرینه، زایمان واژینال با ابزار، کاتتریزاسیون در طی زایمان و طولانی شدن مرحله دوم زایمان.

پیشگیری از اتساع بیش از حد مثانه نیازمند پایش پس از زایمان است تا اطمینان حاصل شود که مثانه بیش از حد پر نمی‌شود و در هر بار ادرار کردن به‌طور مناسب تخلیه می‌شود. مثانه بزرگ‌شده ممکن است در ناحیه سوپراپوبیک لمس شود یا به‌صورت غیرمستقیم با بالا رفتن فوندوس رحم بالاتر از ناف مشخص شود. امروزه بیشتر از سونوگرافی خودکار مثانه برای تشخیص حجم بالای مثانه و احتباس ادراری پس از زایمان استفاده می‌شود.

اگر زنی تا ۴ ساعت پس از زایمان ادرار نکرده باشد، احتمالاً قادر به دفع ادرار نیست. در صورت مشکل اولیه در ادرار کردن، احتمال ادامه مشکل بیشتر است. ابتدا باید از نظر هماتوم پرینه و دستگاه تناسلی بررسی شود، زیرا این موارد می‌توانند در ایجاد احتباس نقش داشته باشند.

در صورت اتساع بیش از حد مثانه، باید سوند ادراری دائمی گذاشته شود و تا برطرف شدن عوامل ایجادکننده احتباس باقی بماند. حتی اگر علت مشخصی وجود نداشته باشد، معمولاً بهتر است سوند حداقل ۲۴ ساعت باقی بماند تا از عود احتباس جلوگیری و فرصت بازبایی تون و حس طبیعی مثانه فراهم شود.

پس از خارج کردن سوند، آزمون دفع ادرار (voiding trial) انجام می‌شود تا توانایی تخلیه مناسب مثانه بررسی شود. اگر زن پس از ۴ ساعت نتواند ادرار کند، حجم ادرار با سونوگرافی اندازه‌گیری می‌شود. اگر حجم باقی‌مانده بیش از ۲۰۰ میلی‌لیتر باشد، عملکرد مثانه مناسب نیست؛ در این صورت سوند مجدداً گذاشته شده و برای ۲۴ ساعت دیگر باقی می‌ماند.

اگر پس از دومین آزمون دفع نیز احتباس ادامه یابد، می‌توان سوند دائمی همراه با کیسه ادراری متصل به پا گذاشت و بیمار یک هفته بعد برای آزمون دفع سرپایی مراجعه کند. در یک مطالعه روی ۲۷ زن با دوره طولانی احتباس، همه آن‌ها تا ۳ هفته پس از زایمان دفع طبیعی ادرار را به دست آوردند.

در طی آزمون دفع، اگر حجم ادرار کمتر از ۲۰۰ میلی‌لیتر باشد، می‌توان سوند را خارج کرد و سپس مثانه به‌صورت بالینی و با سونوگرافی پایش شود. حدود ۴۰٪ از این زنان دچار باکتریوری می‌شوند؛ بنابراین پس از خارج کردن سوند، یک دوز یا دوره کوتاه درمان ضد میکروبی علیه پاتوژن‌های ادراری می‌تواند منطقی باشد.

۲۴- خانم ۲۸ ساله باردار، G3 P1 L1Ab1 با سابقه یک بار سزارین، با سن بارداری ۲۰ هفته با شکایت از خونریزی مراجعه نموده، در سونوگرافی جفت پرویا گزارش شده ولی اکرتا نمی‌باشد. جهت بررسی جفت، اولین تکرار سونوگرافی در چه سن حاملگی توصیه می‌شود؟

الف) ۲۸ هفته ب) ۳۲ هفته ج) ۳۴ هفته د) ۳۶ هفته

◀ پاسخ: گزینه الف ویلیامز، فصل ۴۳

Placenta previa Classification

Placenta previa به حالتی گفته می‌شود که جفت در سگمان تحتانی رحم قرار گرفته و تمام یا بخشی از internal cervical os را می‌پوشاند. Low-lying placenta به حالتی گفته می‌شود که لبه جفت internal os را نمی‌پوشاند اما در فاصله کمتر از ۲ سانتی‌متر از آن قرار دارد.

در گذشته placenta previa بر اساس میزان پوشاندن دهانه داخلی به total و partial تقسیم می‌شد، اما این اصطلاحات امروزه کمتر استفاده می‌شوند. تشخیص می‌تواند با باز شدن سرویکس تغییر کند؛ برای مثال یک low-lying placenta در دیلاتاسیون ۲ سانتی‌متر ممکن است با باز شدن بیشتر به partial previa تبدیل شود. معاینه دیجیتال برای تعیین رابطه لبه جفت و os هنگام دیلاتاسیون می‌تواند باعث خونریزی شدید شود و نباید انجام شود. در هر نوع placenta previa، جداسازی مقداری از جفت در روند بازسازی سگمان تحتانی و باز شدن سرویکس اجتناب‌ناپذیر است و ممکن است باعث خونریزی شود.

Placental Migration

اصطلاح placental migration برای حرکت ظاهری جفت و دور شدن آن از internal os در سونوگرافی ایجاد شد، اما جفت واقعاً حرکت نمی‌کند.

علل این پدیده شامل موارد زیر است:

۱. محدودیت و خطای سونوگرافی دوبعدی.
۲. تفاوت رشد سگمان تحتانی و فوقانی رحم در طول بارداری.
۳. رشد جفت به سمت نواحی با خون‌رسانی بیشتر (تروپوتروپیسیم) و تمایل به سمت فوندوس.

طبقه‌بندی توصیه‌شده شامل موارد زیر است:

- Placenta previa: پوشاندن کامل یا ناقص internal os توسط جفت.
 - Low-lying placenta: قرار گرفتن لبه جفت در فاصله کمتر از ۲ سانتی‌متر اطراف internal os بدون پوشاندن آن.
- در یک مطالعه، ۱۲٪ زنان در اواسط بارداری low-lying placenta داشتند. اگر جفت os را نمی‌پوشاند، معمولاً تا زمان زایمان باقی نمی‌ماند و خونریزی ایجاد نمی‌کند. حدود ۴۰٪ جفت‌هایی که در اواسط بارداری روی os قرار داشتند، تا زمان زایمان باقی ماندند.
- احتمال باقی ماندن placenta previa در صورت وجود اسکار سزارین قبلی بیشتر است.

Diagnosis (تشخیص)

در خونریزی رحمی بعد از نیمه بارداری، همیشه باید placenta previa و placental abruption را در نظر گرفت. Placenta previa نباید رد شود مگر اینکه با سونوگرافی نبود آن به‌طور واضح ثابت شود. اگر سونوگرافی در دسترس نباشد، تشخیص با معاینه دیجیتال سرویکس فقط در اتاق عمل و با آمادگی برای زایمان جراحی انجام می‌شود (double set-up technique)، زیرا حتی یک معاینه بسیار ملایم می‌تواند باعث خونریزی شدید شود.

سونوگرافی

تعیین محل جفت معمولاً با سونوگرافی ترانس‌آبdomینال انجام می‌شود. اگر جفت به وضوح روی سرویکس قرار داشته باشد یا از سگمان تحتانی رحم دور باشد، حساسیت و ارزش اخباری منفی (NPV) بالاست.