۱۴۰۵

مجموعه پرسش‌ها و پاسخ‌های تشریحی

آزمون بورد و ارتقاء

زنان

جهت استفاده داوطلبین آزمون ارتقاء، بورد و فلوشیپ

artinteb.com

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

مقدمه

به نام خداوند جان و خرد

کتابی که هم اینک در دستان شماست 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 ارتقا رشته‌ی جراحی زنان و زایمان کمک کننده باشد.

این مجموعه شامل سؤالات امتحان بورد و 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 نیوشا جمشیدنژاد

پاییز ۱۴۰۵

artinteb.com

فهرست مطالب

عنوان صفحه

مجموعه پرسش‌ها و پاسخ‌های تشریحی آزمون بورد زنان ۱۴۰۵ ..... ۵
مجموعه پرسش‌ها و پاسخ‌های تشریحی آزمون ارتقا زنان ۱۴۰۵ ..... ۱۵۸

artinteb.com

آزمون بورد زنان
سال ۱۴۰۵

۱ـ کدامیک از فاکتورهای رشد زیر در فاز سکرتوری و حتی تا اوایل بارداری در اندومتر دیده می‌شود؟

الف) EGF　　ب) IGF1　　ج) TGF　　د) IGF2

پاسخ: گزینه د　　**اسپیروف، فصل ۳**

IGFها با تحریک میتوز و تمایز سلولی، در تنظیم رشد و تکامل بافت‌های دستگاه تناسلی نقش دارند و بیان آنها تحت تأثیر هورمون‌های استروژن و پروژسترون تنظیم می‌شود. در اندومتر، IGF-1 عمدتاً در مرحله تکثیری و ابتدای مرحله ترشحی بیان می‌شود، در حالی که ظهور IGF-2 بیشتر به اواسط و انتهای فاز ترشحی مربوط است و این فاکتور در دسیدوای اوایل بارداری نیز همچنان وجود دارد. میزان بیان IGF-1 در اندومتر طی سیکل قاعدگی با غلظت استروژن سرم ارتباط دارد؛ ازاین‌رو به نظر می‌رسد استروژن با افزایش تحریک IGF-1، رشد اندومتر را تقویت می‌کند. در مقابل، IGF-2 بیشتر در فرآیند تمایز اندومتر که تحت تأثیر پروژسترون قرار دارد، مشارکت می‌کند.

IGFها در میومتر نیز از عوامل مؤثر بر رشد بافتی محسوب می‌شوند. یافته‌های حاصل از مطالعات انجام‌شده در میمون نشان می‌دهد که IGF-1 یکی از تنظیم‌کننده‌های اصلی رشد میومتر در پاسخ به استروژن و نیز در پاسخ به ترکیب استروژن و پروژسترون است.

تنظیم فعالیت IGFها در میومتر توسط پروتئین‌های متصل‌شونده به IGF یا IGFBPها انجام می‌شود. پاسخ این پروتئین‌ها نیز به هورمون‌های جنسی یکسان نیست:

* تغییرات IGFBP-2 تقریباً موازی با تغییرات IGF-1 است.
* استروژن موجب کاهش IGFBP-3 در عضله می‌شود، اما بیان آن را در اندوتلیوم عروقی افزایش می‌دهد.
* IGFBP-4 و IGFBP-5 به استروژن پاسخ می‌دهند، در حالی که افزودن پروژسترون تغییر قابل‌توجهی در آنها ایجاد نمی‌کند.
* IGFBP-1 از محصولات عمده اندومتر دسیدوآل‌شده به شمار می‌رود.

GnRH تنها در هیپوتالاموس تولید یا بیان نمی‌شود و در اندومتر نیز حضور دارد؛ میزان آن در فاز ترشحی و در بافت دسیدوا افزایش پیدا می‌کند. در سلول‌های دسیدوآی انسان، GnRH موجب افزایش بیان MMPها می‌شود و از این طریق ممکن است در تنظیم آنزیم‌های دخیل در فرآیند لانه‌گزینی مشارکت داشته باشد. علاوه بر این، GnRH از طریق مسیرهای پیام‌رسانی مرتبط با تکثیر و تخریب سلولی و نیز از طریق برهم‌کنش با اینتگرین‌ها، آنزیم‌ها و عوامل آنژیوژنیک، در تنظیم فرآیندهای مختلف اندومتر نقش ایفا می‌کند.

سلول‌های عضله صاف میومتر و سلول‌های استرومایی اندومتر قادر به بیان پروتئین مرتبط با هورمون پاراتیروئید، یعنی PTHrP (parathyroid hormone-related protein)، هستند؛ با این حال، عملکرد دقیق PTHrP در این بافت‌ها هنوز

artinteb.com

۵۵ـ خانم ۳۵ ساله چاق (BMI=30) مبتلا به فشارخون مراجعه کرده است. با روش‌های اولیه شامل ورزش و رژیم غذایی به نتیجه نرسیده است. وی تمایل به حاملگی دارد و جهت درمان دارویی کاهش وزن مراجعه کرده است. کدام درمان برای وی مناسب‌تر است؟

الف) orlistat
ب) phentermine
ج) Phentermine- Topiromat
د) Sibutramine

پاسخ: گزینه الف اسپیروف، فصل ۱۷

راهکارهای دارویی برای کاهش وزن

داروهای ضدچاقی از طریق تأثیر بر اشتها، متابولیسم یا جذب چربی موجب کاهش وزن می‌شوند. هدف از درمان دارویی، علاوه بر کاهش وزن، کاهش عوارض و بیماری‌های مرتبط با چاقی و افزایش پایبندی بیمار به اصلاحات سبک زندگی است.

بر اساس گایدلاین انجمن غدد، در افراد با BMI ≥30 یا در افراد دارای BMI ≥27 همراه با حداقل یک بیماری مرتبط با چاقی، از جمله HTN، دیس‌لیپیدمی، T2DM یا OSA، می‌توان دارودرمانی را توصیه کرد.

اورلیستات

اورلیستات با اثر موضعی در دستگاه گوارش، لیپاز پانکراسی را مهار می‌کند و در نتیجه روند هضم و جذب چربی کاهش می‌یابد:

مهار لیپاز پانکراسی ← کاهش هضم و جذب چربی ← افزایش دفع چربی از مدفوع ← کاهش وزن

دوز معمول اورلیستات ۱۲۰ میلی‌گرم، سه بار در روز و همراه غذا است.

شایع‌ترین عوارض آن شامل نفخ، کرامپ شکمی و مدفوع چرب است. از آنجا که کاهش جذب چربی می‌تواند جذب ویتامین‌های محلول در چربی را نیز کاهش دهد، مصرف مکمل ویتامین در زمان خواب توصیه می‌شود.

داروهای سمپاتومیمتیک

فنتیرامین

فنتیرامین با افزایش آزادسازی کاتکول‌آمین‌ها در هیپوتالاموس، اشتها و دریافت غذا را کاهش می‌دهد و در نتیجه موجب کاهش وزن می‌شود.

عوارض مهم آن شامل بی‌خوابی، عصبی‌بودن، سرخوشی، HTN و تاکی‌کاردی است. به‌دلیل عوارض CNS و قلبی‌عروقی و نیز محدود بودن اطلاعات درباره مصرف طولانی‌مدت، این دارو عمدتاً برای درمان کوتاه‌مدت و حداکثر تا ۳ ماه استفاده می‌شود. مصرف آن در افراد مبتلا به بیماری قلبی‌عروقی توصیه نمی‌شود.

فنتیرامین/توپیرامات

توپیرامات از طریق کاهش اشتها و افزایش احساس سیری، دریافت غذا را کاهش داده و موجب کاهش وزن می‌شود. ترکیب فنتیرامین و توپیرامات برای درمان طولانی‌مدت چاقی تأیید شده است.

نالتروکسان/بوپروپیون

نالتروکسان با مهار گیرنده‌های اوپیوئیدی مغز، احساس پاداش ناشی از مصرف غذا، به‌ویژه غذاهای پرچرب و پرقند، را کاهش می‌دهد و در نتیجه میل به غذا و دریافت کالری کمتر می‌شود.

بوپروپیون با مهار بازجذب دوپامین و نوراپی‌نفرین، موجب کاهش اشتها و احتمالاً افزایش مصرف انرژی می‌شود.

اثر هم‌زمان این دو دارو به کاهش اشتها و دریافت کالری و در نهایت کاهش وزن منجر می‌شود. عوارض شایع شامل یبوست، سردرد، سرگیجه و خشکی دهان است. این ترکیب دو بار در روز مصرف می‌شود.

artinteb.com

۱۲۰ـ کدامیک از داروهای زیر قبل از جراحی الکتیو ژنیکولوژی باید قطع شود؟

الف) پراپرانولول ب) ACE inhibitor ج) alpha-2- agonists د) داروهای ضد آسم

پاسخ: گزینه ب **تلیندز، فصل ۲**

پرفشاری خون

القای بیهوشی موجب فعال شدن سیستم سمپاتیک می‌شود و در بیماران مبتلا به پرفشاری خون درمان‌نشده می‌تواند فشار خون را تا ۹۰ میلی‌متر جیوه افزایش داده و ضربان قلب را ۴۰ ضربه در دقیقه افزایش دهد.

بیماران مبتلا به پرفشاری خون باید داروهای خوراکی ضدفشارخون خود را تا روز جراحی ادامه دهند. توصیه می‌شود مهارکننده‌های آنزیم مبدل آنژیوتانسین و مسدودکننده‌های گیرنده آنژیوتانسین ۲، ۲۴ ساعت پیش از جراحی غیرقلبی قطع شوند تا خطر مرگ، سکته مغزی یا آسیب میوکارد کاهش یابد.

در بیمارانی که دیورتیک مصرف می‌کنند، وضعیت حجم داخل عروقی و سطح پتاسیم باید به‌دقت پایش شود، زیرا هیپوکالمی می‌تواند اثر شل‌کننده‌های عضلانی مورد استفاده هنگام القای بیهوشی را تشدید کند. هیپوکالمی همچنین می‌تواند خطر آریتمی قلبی و ایلئوس فلجی را افزایش دهد.

۱۲۱ـ خانم ۳۱ ساله در هفته ۹ بارداری به علت پاپ اسمیر ASC-H تحت کولپوسکوپی قرار گرفته و بیوپسی نشان دهنده CIN 2 است. هیچ شواهد کولپوسکوپیک به نفع invasion وجود ندارد. قدم بعدی کدام است؟

الف) LEEP

ب) کورتاژ اندوسرویکال

ج) Cold-knife conization

د) تکرار تست سیتولوژی /HPV و کولپوسکوپی هر ۱۲ هفته

پاسخ: گزینه د **ویلیامز، فصل ۶۶**

سیتولوژی و هیستولوژی غیرطبیعی

شیوع نتایج غیرطبیعی در غربالگری سرطان سرویکس و نحوه مدیریت آن در زنان باردار و غیرباردار مشابه است. راهنماهای اجماعی مدیریت که در سال ۲۰۱۹ توسط انجمن آمریکایی کولپوسکوپی و پاتولوژی سرویکس ارائه شدند، به‌جای تمرکز بر یک نتیجه خاص در غربالگری، بر میزان خطر فرد برای CIN 3 یا سرطان سرویکس تأکید دارند.

مدیریت این موارد پیچیده شده و بر اساس تحلیل داده‌های حاصل از پایگاه‌های اطلاعاتی بزرگ تدوین شده است. عوامل مؤثر شامل نتیجه سیتولوژی و آزمایش HPV، سن بیمار و نتایج غربالگری‌های قبلی هستند. بر این اساس، الگوریتم‌هایی برای تعیین بهترین رویکرد بالینی در مواجهه با نتایج غیرطبیعی غربالگری طراحی شده‌اند. در مجموع، برخی اختلالات سیتولوژیک و نتایج آزمایش HPV نیازمند کولپوسکوپی هستند و هدف اصلی در دوران بارداری، رد سرطان مهاجم است. بنابراین، ضایعات مشکوک به بیماری درجه بالا یا سرطان باید تحت بیوپسی قرار گیرند. نمونه‌برداری از کانال اندوسرویکس، بیوپسی آندومتر و درمان ضایعات پیش‌تهاجمی در دوران بارداری قابل قبول نیستند.

زنانی که بر اساس بیوپسی حین بارداری، CIN در آنها به‌صورت هیستولوژیک تأیید شده است، می‌توانند زایمان واژینال داشته باشند. ارزیابی مجدد حداقل ۴ هفته پس از زایمان برنامه‌ریزی می‌شود. در مواردی که یافته‌های بالینی با خطر بیشتر سرطان همراه هستند، کولپوسکوپی و سیتولوژی و آزمایش HPV به‌صورت تکراری و در فواصل حداقل ۱۲ هفته‌ای انجام می‌شوند. بیوپسی تنها زمانی تکرار می‌شود که ضایعه از نظر ظاهری بدتر شده باشد یا شک به سرطان مهاجم وجود داشته باشد.

artinteb.com

بسته به اندازه نقص ایجادشده، سیستوتومی حاصل در یک، دو یا سه لایه بسته می‌شود؛ مشابه روشی که برای ترمیم سیستوتومی ناخواسته به کار می‌رود. به‌طور سنتی، برای بستن سیستوتومی از نخ‌های قابل جذب با جذب تأخیری، از نوع بافته‌شده یا مونوفیلامان، با قطر ۲-۰ یا ۳-۰ استفاده می‌شود. همانند روده، این نقایص را می‌توان با استفاده از نخ‌های خاردار نیز ترمیم کرد.

۱۴۸- یورترولیلیال اینترپوزیشن در کدامیک از موارد زیر اقدام مناسب است؟

الف) آسیب شارپ یورتر در قسمت میانی

ب) ضایعه ۵ سانتی‌متری در قسمت میانی حالب

ج) ضایعه دیستال حالب

د) ضایعه دیستال حالب که به استنت حالب جواب نداده است.

پاسخ: گزینه ب کلیندر، فصل ۳۷

اینترپوزیشن حالب و ایلئوم

آسیب‌های بخش میانی فوقانی یا قسمت پروگزیمال حالب اغلب نیازمند ترمیم نقصی هستند که طول آن بیش از مقداری است که بتوان با بالا کشیدن مثانه و فیکس کردن آن به عضله پسواس یا ایجاد فلپ پوآری پوشش داد. در چنین مواردی، می‌توان قطعه‌ای از ایلئوم را بین حالب و مثانه قرار داد تا پیوستگی دستگاه ادراری مجدداً برقرار شود (شکل ۱۲-۳۷). این روش به‌ویژه برای ترمیم تأخیری مناسب است، مشروط بر اینکه پیش از انجام آن، بیمار در مورد ضرورت ایجاد آناستوموز روده‌ای، طولانی‌تر بودن دوره نقاهت پس از عمل، تأثیر احتمالی بر عملکرد کلیه همان سمت و باقی ماندن موکوس در ادرار مشاوره شود.

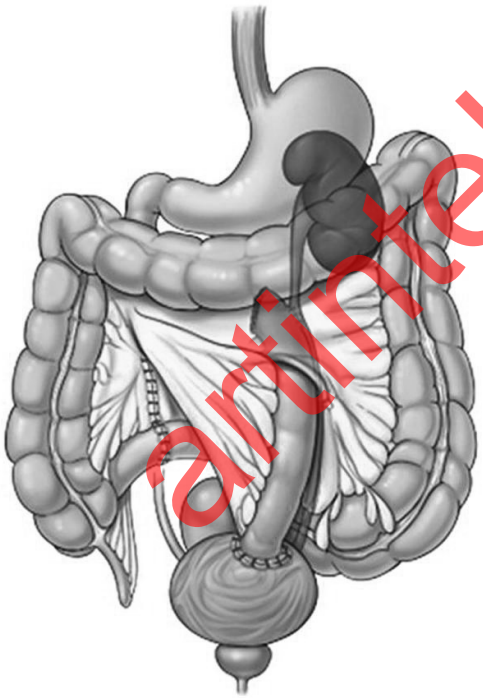

FIGURE 37.12 Ileal interposition.

پس از موبیلیزه کردن و اسپاتوله کردن انتهای دیستال حالب، فاصله بین حالب و مثانه اندازه‌گیری می‌شود. برای کاهش طول قطعه روده مورد نیاز جهت ترمیم، می‌توان در این روش از تکنیک بالا کشیدن و فیکس کردن مثانه به عضله پسواس نیز استفاده کرد. استفاده از کوتاه‌ترین قطعه ممکن از ایلئوم، اختلالات متابولیک ناشی از بازجذب ادرار و همچنین دفع موکوس هنگام ادرار کردن را به حداقل می‌رساند.

سپس قطعه‌ای از ایلئوم با طول کافی برای پوشاندن نقص حالب انتخاب می‌شود. این قطعه باید در فاصله ۱۲ تا ۱۵ سانتی‌متری پروگزیمال از دریچه ایلئوسکال قرار داشته باشد تا از بروز سوءجذب جلوگیری شود. مزانتر قطعه ایلئومی حفظ شده و سپس پیوستگی روده مجدداً برقرار می‌شود.

arinteb.com

۴۹ـ خانمی ۲۶ ساله G1 با همسر ۶۰ ساله به درمانگاه پریناتال جهت ویزیت مراجعه کرده است. ریسک کدامیک از اختلالات ژنتیکی زیر در جنین این زوج بیشتر است؟

الف) کوررنگی
ب) سندرم عدم حساسیت به آندروژن
ج) هایپرپلازی مادرزادی فوق کلیه
د) آکندروپلازی

پاسخ: گزینه د ویلیامز، فصل ۱۶

اثر سن پدری (Paternal Age Effect)

سن بالای پدر، معمولاً بیش از ۴۰ سال، با افزایش احتمال ایجاد جهش‌های ژنتیکی جدید (De novo mutations) همراه است. اسپرماتوگونی‌ها در طول زندگی به طور مداوم تحت تقسیمات میتوزی قرار می‌گیرند و افزایش تعداد دفعات تکثیر DNA، احتمال بروز جهش‌های تک‌نوکلئوتیدی را افزایش می‌دهد.

به همین دلیل، فرزندان پدران مسن‌تر در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به برخی بیماری‌های اتوزومال غالب ناشی از جهش های جدید و برخی اختلالات وابسته به کروموزوم X قرار دارند. این بیماری‌ها تحت عنوان اختلالات ناشی از اثر سن پدری (Paternal age effect disorders) شناخته می‌شوند.

این اختلالات شامل موارد زیر هستند:

ـ جهش در ژن FGFR2 که با سندرم‌های کرانیوسینوستوز مانند Apert، Crouzon و Pfeiffer ارتباط دارد.

ـ جهش در ژن FGFR3 که موجب آکندروپلازی و دیسپلازی تاناتوفوریک می‌شود.

ـ جهش در RET proto-oncogene که می‌تواند در ایجاد سندرم‌های نئوپلازی متعدد اندوکرین نقش داشته باشد.

مطالعات توالی یابی کامل ژنوم نشان داده‌اند که پس از ۴۰ سالگی، با هر افزایش یک سال در سن پدر، تقریباً ۲ جهش جدید در ژنوم فرزند ایجاد می‌شود.

با وجود این افزایش خطر، احتمال مطلق ابتلا به هر بیماری خاص همچنان بسیار پایین است، زیرا این اختلالات نادر هستند. بنابراین، غربالگری یا انجام آزمایش ژنتیکی اختصاصی صرفاً به دلیل سن بالای پدر به‌طور روتین توصیه نمی‌شود.

۵۰ـ وجود کدام آنتی‌بادی ضد آنتی‌ژن مینور گلبول قرمز می‌تواند با خطر آنمی همولیتیک و همولیز جنینی همراه باشد؟

الف) آنتی بادی Duffy گروه A
ب) آنتی‌بادی Duffy گروه B
ج) آنتی‌بادی Lewis
د) آنتی‌بادی I

پاسخ: گزینه الف ویلیامز، فصل ۱۸

آلوایمونیزاسیون علیه آنتی‌ژن‌های فرعی گلبول قرمز (Minor Antigens)

با توجه به استفاده گسترده از ایمونوگلوبولین ضد D و کاهش چشمگیر موارد آلوایمونیزاسیون علیه آنتی‌ژن Rh(D)، امروزه سهم بیشتری از موارد بیماری همولیتیک جنین و نوزاد ناشی از آنتی‌ژن های دیگر گلبول قرمز است که به آن ها آنتی‌ژن‌های فرعی گفته می‌شود.

مهم‌ترین آنتی‌ژن‌های فرعی شامل موارد زیر هستند:

ـ Kell

ـ Duffy (Fya)

ـ MNS

ـ Kidd (Jka)

artinteb.com

استروما مشابه تکا است و ممکن است دچار لوتئینیزاسیون شود.

در کودکان و نوجوانان، تومورهای سلول گرانولوزای جوانان (Juvenile granulosa cell tumors) اغلب کیستیک هستند، سلول‌های لوتئینیزه دارند و می‌توانند با بلوغ زودرس همراه باشند.

تومور سلول گرانولوزای بالغ معمولاً در زنان مسن‌تر دیده می‌شود، در حالی که نوع جوانان در کودکان و زنان جوان رخ می‌دهد. با این حال، تشخیص بر اساس سن بیمار نیست، بلکه بر اساس یافته‌های هیستولوژیک انجام می‌شود.

بیشتر تومورهای سلول گرانولوزای بالغ، برخلاف نوع جوانان، دارای جهش سوماتیک در ژن FOXL2 هستند.

تشخیص

حدود ۷۰٪ از تومورهای سلول گرانولوزای بالغ، استروژن یا آندروژن ترشح می‌کنند.

اینهبین (Inhibin) توسط برخی از تومورهای سلول گرانولوزای بالغ ترشح می‌شود و یک مارکر مفید برای این بیماری است. اینهبین یک هورمون پپتیدی است که توسط سلول‌های گرانولوزا تولید شده و در تنظیم ترشح FSH نقش دارد.

اینهبین دارای دو ایزوفرم است:

- اینهبین A
- اینهبین B

اگرچه برخی آزمایشگاه‌ها تنها اینهبین A را اندازه‌گیری می‌کنند، افزایش سطح سرمی اینهیبین B شایع‌تر است.

سطح اینهبین می‌تواند برای پیگیری بیماران در طول دوره مراقبت یا ارزیابی پاسخ به درمان استفاده شود. فاصله زمانی بین افزایش سطح اینهبین و تشخیص مستند عود بیماری حدود ۱۲ ماه است.

افزایش سطح سرمی اینهبین در یک زن پیش از یائسگی که با آمنوره و ناباروری مراجعه کرده است، مطرح‌کننده تومور سلول گرانولوزا است.

حدود ۷۵٪ از زنان مبتلا به تومور سلول گرانولوزای بالغ، پیش از عمل افزایش سطح هورمون آنتی‌مولرین (AMH) دارند و AMH حساسیتی بیش از ۹۰٪ برای شناسایی عود بیماری دارد.

هورمون آنتی‌مولرین که با نام ماده مهارکننده مولرین (Müllerian inhibitory substance; MIS) نیز شناخته می‌شود، توسط سلول‌های گرانولوزا تولید می‌شود و افزایش سطح آن اختصاصیت بالایی دارد.

این آزمایش به‌صورت تجاری در دسترس است و نقش آن در مدیریت تومورهای سلول گرانولوزا همچنان در حال بررسی است.

در مطالعه‌ای شامل ۱۲۳ بیمار مبتلا به تومور سلول گرانولوزا، مشخص شد که AMH یک مارکر مفید برای بیماری اولیه و عودکننده است؛ با حساسیت ۹۲٪ و اختصاصیت ۸۱٪. ترکیب AMH و اینهبین B توانست شناسایی بیماری عودکننده را بهبود دهد.

افزایش سطح استرادیول، مارکر حساسی برای این بیماری محسوب نمی‌شود.

حداقل ۵٪ از موارد تومور سلول گرانولوزای بالغ با کارسینوم اندومتر درجه پایین همراه هستند و ۲۵ تا ۵۰٪ موارد با هیپرپلازی اندومتر همراهی دارند.

بیشتر بیماران در سنین باروری با اختلالات قاعدگی یا آمنوره ثانویه مراجعه می‌کنند و اغلب هیپرپلازی کیستیک اندومتر دارند.

خونریزی غیرطبیعی رحمی معمولاً اولین علامت در زنان یائسه است. ترشح استروژن در این بیماران می‌تواند برای تحریک ایجاد سرطان اندومتر کافی باشد.

سایر علائم و نشانه‌های تومور سلول گرانولوزا اختصاصی نیستند و مشابه سایر بدخیمی‌های تخمدانی هستند.

آسیت در حدود ۱۰٪ موارد وجود دارد و به‌ندرت افیوژن پلور مشاهده می‌شود.

artineb.com

هم‌زمان، نمونه خون دیگری برای تعیین گروه خونی ABO و Rh و انجام غربالگری آنتی‌بادی‌ها (Antibody Screen) به بانک خون فرستاده می‌شود.

برخی مراکز یا ایالت‌ها پروتکل‌های متفاوتی دارند. برای مثال، در بعضی ایالت‌های آمریکا از جمله تگزاس، تکرار آزمایش‌های سیفلیس، هپاتیت B و HIV هنگام پذیرش در زمان زایمان الزامی است، حتی اگر این آزمایش‌ها قبلاً در دوران بارداری انجام شده باشند.

در برخی بیمارستان‌ها، آزمایش ادرار از نظر وجود پروتئین و گلوکز به‌صورت روتین برای تمام زنان انجام می‌شود. در مقابل، در بیمارستان Parkland بررسی پروتئین ادرار هنگام پذیرش عمدتاً به زنان مبتلا به پرفشاری خون محدود می‌شود.

۱۴۴ـ خانم ۳۶ ساله به دنبال زایمان واژینال ۴ ساعت قبل، دچار خونریزی شدید واژینال به علت آتونی رحم شده است. جهت کنترل خونریزی اثربخشی کدام دارو کمتر است؟

الف) اکسی توسین ب) متروژن ج) ترانسید د) کربوپروست

پاسخ: گزینه ج ویلیامز، فصل ۴۶

مدیریت مرحله سوم زایمان (Third-stage Labor Management)

شایع‌ترین علت خونریزی پس از زایمان، آتونی رحم است. در این وضعیت، پس از خروج جفت، انقباض کافی میومتر ایجاد نمی‌شود و در نتیجه عروق محل اتصال جفت به‌طور مؤثر فشرده نشده و خونریزی ادامه پیدا می‌کند. البته مقداری خونریزی در زمان جدا شدن جفت، بخشی از روند طبیعی زایمان محسوب می‌شود.

جدا شدن جفت معمولاً با یکی از دو الگوی اصلی رخ می‌دهد:

* مکانیسم دانکن (Duncan): خونریزی از محل جدا شدن جفت به سمت واژن جریان پیدا می‌کند و خروج خون پیش از تولد کامل جفت مشاهده می‌شود.
* مکانیسم شولتز (Schultze): خون ابتدا در پشت جفت تجمع می‌یابد و معمولاً پس از خروج جفت ظاهر می‌شود.

یکی از نشانه‌های جدا شدن و نزول جفت، شل شدن یا افزایش طول ظاهری بند ناف است. پس از خروج جفت، باید تون رحم و وضعیت فوندوس بررسی شود. اگر رحم شل و منقبض‌نشده باشد، ماساژ فوندوس و تجویز داروهای یوتروتونیک برای تقویت انقباض رحم و پیشگیری از خونریزی انجام می‌شود.

در صورت آتونی رحم، کشش بند ناف باید با احتیاط انجام شود؛ زیرا کشش نامناسب و بیش از حد می‌تواند خطر وارونگی رحم (Uterine Inversion) را افزایش دهد.

عوامل مستعدکننده آتونی رحم

عواملی که احتمال بروز آتونی رحم را افزایش می‌دهند عبارت‌اند از:

* چندزایمانی یا حتی اول‌زایمانی
* اتساع بیش از حد رحم، مانند بارداری با جنین درشت، چندقلویی یا پلی‌هیدرآمنیوس
* اختلالات روند طبیعی زایمان
* القا یا تقویت زایمان با اکسی‌توسین یا پروستاگلاندین‌ها
* طولانی شدن مرحله سوم زایمان، به‌ویژه بیش از ۲۰ دقیقه
* سابقه خونریزی پس از زایمان

با این حال، وجود عامل خطر برای ایجاد آتونی ضروری نیست و تعداد قابل‌توجهی از موارد در زنانی رخ می‌دهد که هیچ عامل خطر شناخته‌شده‌ای ندارند.

arjinteb.com