

فهرست

عنوان

.....	فصل اول : بارداری و زایمان در دید وسیع.....
.....	فصل دوم : آناتومی مادر.....
.....	فصل سوم : مراقبت های قبل از حاملگی.....
.....	فصل چهارم : لیبر طبیعی.....
.....	فصل پنجم : لیبر غیر طبیعی.....
.....	فصل ششم : بررسی جنین.....
.....	فصل هفتم : تصویربرداری از جنین.....
.....	فصل هشتم : زایمان واژینال.....
.....	فصل نهم : نوزاد.....
.....	فصل دهم : بیماری ها و آسیب های نوزادان ترم.....
.....	فصل یازدهم : اختلالات هیپرتانسیو.....
.....	فصل دوازدهم : فیزیولوژی مادر.....
.....	فصل سیزدهم : تشخیص پره ناتال.....
.....	فصل چهاردهم : اختلالات جنینی.....
.....	فصل پانزدهم : درمان جنین.....
.....	فصل شانزدهم : اختلالات جفت.....
.....	فصل هفدهم : خونریزی زایمانی.....
.....	فصل هجدهم : حاملگی اکتوپیک.....
.....	فصل نوزدهم : سقط.....
.....	فصل بیستم : بیماری های تروفوبلاستیک حاملگی.....
.....	فصل بیست و یکم : تراولوژی.....
.....	فصل بیست و دوم : ناهنجاری های مادرزادی ادراری - تناسلی.....

فصل بیست و سوم : فیزیولوژی لیبر.....

فصل بیست و چهارم : آنالژی و بی هوشی.....

فصل بیست و پنجم : لانه گزینی و تکامل جفت.....

فصل بیست و ششم : امبریونز.....

فصل بیست و هفتم : مرده زایی.....

فصل بیست و هشتم : ژنتیک.....

فصل بیست و نهم : زایمان بریچ.....

فصل سی ام : زایمان ابزاری.....

فصل سی و یکم : دوره نفاس.....

فصل سی و دوم : عوارض نفاس.....

فصل سی و سوم : چندقلویی.....

فصل سی و چهارم : مراقبت های پره ناتال.....

فصل سی و پنجم : بررسی هنگام زایمان.....

فصل سی و ششم : اختلالات رشد داخل رحمی.....

فصل سی و هفتم : لیبر پست ترم.....

فصل سی و هشتم : لیبر پره ترم.....

فصل سی و نهم : نوزاد پره ترم.....

فصل چهلم : مایع آمنیون.....

فصل چهل و یکم : سزارین.....

فصل چهل و دوم : سزارین قبلی.....

فصل چهل و سوم : جلوگیری از حاملگی.....

فصل چهل و چهارم : عقیم سازی.....

فصل چهل و پنجم : القاء و تقویت لیبر.....

منابع.....

فصل پنجم: لیبر غیر طبیعی

پیشرفت آهسته زایمان بطور غیرطبیعی، دیستوشی Dystocia نام دارد. و از نظر لغوی به معنی لیبر دشوار است. *نکته: دیستوشی شایعترین اندیکاسیون سزارین اولیه می باشد. *نکته: شایع ترین علت دیستوشی ترکیبی از تنگی لگن و اختلال فونکسیون رحم می باشد.

علل دیستوشی	
اختلال در نیروهای خارج کننده جنین	اختلال در پرزانتاسیون، پوزیشن یا تکامل جنین
- اختلال فونکسیون رحم	- تنگی لگن
- زور زدن ناکافی مادر	- اختلالات بافت نرم کانال زایمانی

*نکته: یافته های بالینی شایع در زنان مبتلا به لیبر غیر مؤثر (ناکارآمد)، عبارتند از: دیلاتاسیون ناکافی سرویکس یا نزول ناکافی جنین (لیبر طول کشیده-پیشرفت آرام؛ لیبر متوقف شده-عدم پیشرفت؛ تلاش ناکافی برای خارج کردن-زور زدن غیرمؤثر)؛ عدم تناسب جنینی-لگنی (بزرگ بودن اندازه جنین؛ گنجایش ناکافی لگن؛ نمایش یا وضعیت غیرطبیعی جنین؛ آناتومی غیرطبیعی جنین)؛ پارگی پرده ها در غیاب لیبر. *نکته: در پایان حاملگی، سر جنین برای عبور از مجرای زایمان باید با سگمان تحتانی نسبتاً ضخیم رحم و سرویکس غیر دیلاته مواجه شود. با شروع لیبر، انقباضات رحمی، مقاومت سرویکس و فشار رو به جلوی ناشی از سر جنین، عواملی هستند، که بر سیر پیشرفت لیبر تأثیر می گذارند. *نکته: پس از دیلاتاسیون کامل سرویکس، ارتباط مکانیکی که بین اندازه و موقعیت سر جنین با گنجایش لگن وجود دارد، (یعنی همان تناسب جنینی-لگنی)، با تلاش جنین برای نزول واضح تر می شود، به همین دلیل، اختلالات تناسب جنینی-لگنی پس از فرا رسیدن مرحله دوم آشکارتر می شوند.

الگوهای غیرطبیعی، معیارهای تشخیصی و روش های درمانی آن ها				
الگوی طولانی شدن	نولی پار	مولتی پار	درمان اولیه	درمان اورژانسی
طولانی شدن فاز نهفته	۲۰ > ساعت	۱۴ > ساعت	استراحت	اکسی توسین یا سزارین
طولانی شدن دیلاتاسیون	۱/۲ < سانتی متر در ساعت	۱/۲ < سانتی متر در ساعت	استراحت	سزارین در صورت تنگی لگن
طولانی شدن نزول	۱ < سانتی متر در ساعت	۲ < سانتی متر در ساعت	استراحت	سزارین در صورت تنگی لگن
ایست در فاز دسلراسیون	۳ > ساعت	۱ > ساعت	اکسی توسین	استراحت
ایست ثانویه دیلاتاسیون	۲ > ساعت	۲ > ساعت	اکسی توسین	استراحت
نزول	۱ > ساعت	۱ > ساعت	اکسی توسین	سزارین

• کدام گزینه در مورد معیار تشخیصی الگوی غیر طبیعی زنان نولی پار در اختلال طول کشیدن نزول سر جنین صحیح است؟ (ارشد ۹۰)

الف) کمتر از ۱ سانتی متر در ساعت (ب) کمتر از ۱/۵ سانتی متر در ساعت

ج) کمتر از ۱/۲ سانتی متر در ساعت (د) کمتر از ۲ سانتی متر در ساعت

- جواب: گزینه الف.

• همه موارد زیر از علل دیستوشی است، بجز؟ (ارشد ۹۰)

الف) اختلال بافت های نرم (ب) آسینکلیتیسیم (ج) اختلال در تکامل جنین (د) نمایش اکسی پوت خلفی
- جواب : گزینه د.

• در رابطه با انواع اختلالات توقف لیبر کدام نادرست است؟ (دکتر ۹۰)

الف) طولانی شدن فاز افت مرحله اول به میزان بیش از دو ساعت.

ب) توقف ثانویه اتساع به میزان بیش از دو ساعت.

ج) توقف نزول به میزان بیش از یک ساعت.

د) عدم نزول در فاز افت یا مرحله دوم زایمان.

- جواب : گزینه الف.

• برای خانم گراوید یک با پوزیشن OA و ضربان قلب جنین مطلوب که مرحله دوم زایمان او دو ساعت به طول انجامیده و هنوز زایمان نکرده است، کدام اقدام لازم است؟ (ارشد ۹۲)

الف) انجام سزارین (ب) استفاده از واکيوم (ج) انتظار برای ختم زایمان (د) استفاده از فورسپس

- جواب : گزینه ج.

• کدام اقدام در دیستوشی زایمانی توصیه می شود؟ (ارشد ۹۲)

الف) سزارین در ۴۵۰۰ کیلوگرم و بالاتر. (ب) زایمان واژینال در نمایش چانه خلفی.

ج) سزارین در اکسی پوت خلفی پایدار. (د) تجویز اکسی توسین در هیپراکتیویته رحم.

- جواب : گزینه ب.

• عدم نزول سر جنین بیش از چه مدتی نشانه اختلال توقفی زایمان در زنان نولی پار است؟ (ارشد ۹۴)

الف) ۱ ساعت (ب) ۲ ساعت (ج) ۳ ساعت (د) ۴ ساعت

- جواب : گزینه الف.

• زن گراوید ۲ پارا؛ در بخش زایمان با دیلاتاسیون ۳ سانتی متر و افسمان ۴۰٪ بستری شده است. در عرض دو ساعت سرویکس چندان تغییر نکرده است. اقدام بعدی چیست؟ (دکتر ۹۶)

الف) آمنیوتومی و در صورت عدم تغییر طی ۳ ساعت اینداکشن شروع می گردد.

ب) انتظار و در صورت عدم تغییر طی ۳ ساعت آمنیوتومی انجام می گردد.

ج) آمنیوتومی و پس از ۱ ساعت اینداکشن شروع شود.

د) آمنیوتومی و طی ۵-۴ ساعت در صورت عدم تغییر اینداکشن با رژیم دز بالا شروع شود

- جواب : گزینه الف.

● در مورد تعریف اختلالات توقف در لیبر کدام عبارت نادرست است ؟ (دکتر ۹۶)

الف) طولانی شدن فاز افت مرحله اول به میزان بیش از ۲ ساعت. (ب) توقف ثانویه اتساع به میزان بیش از ۲ ساعت.

ج) توقف نزول به میزان بیش از یک ساعت. (د) عدم نزول در فاز افت یا مرحله دوم.

- جواب : گزینه الف.

● کدامیک از موارد زیر نشانگر لیبر غیر طبیعی در یک زن نولی پار است ؟ (ارشد ۱۴۰۱)

الف) مرحله نهفته طولانی بیشتر از ۱۴ ساعت

ب) طولانی شدن نزول کمتر از ۲ سانتی متر در ساعت

ج) توقف ثانویه دیلاتاسیون بیشتر از ۲ ساعت

د) طولانی شدن دیلاتاسیون در مرحله فعال کمتر از ۱/۵ سانتی متر در ساعت

- جواب : گزینه ج.

اختلال فونکسیون رحم دو نوع است		
خصوصیات	رحم هیپوتونیک	رحم هیپرتونیک
تونیسیتة بازال رحمی	کم یا صفر	زیاد
گرادیان فشار	نرمال	غیر طبیعی
انقباضات	غیر مؤثر	غیر مؤثر
زمان ایجاد	فاز فعال زایمان	فاز نهفته زایمان
انسیدانس	شایع	ناشایع
دیلاتاسیون سرویکس	حداقل ۴ سانتی متر	کمتر از ۴ سانتی متر

در نوع هیپرتونیک، درد رحم با شدت انقباضات و میزان تأثیر آن در ایجاد افاسمان و دیلاتاسیون تناسبی ندارد. و بیمار معمولاً یک درد مداوم و تندر نس رحمی دارد. *نکته : حد تحتانی فشار انقباضی لازم جهت اتساع سرویکس ۱۵ میلی متر جیوه است. انقباضات خودبخودی و طبیعی در اکثر موارد فشاری د حد ۶۰ میلی متر جیوه ایجاد می کنند. *نکته : اتیولوژی دیستوشی: ایدیوپاتیک (۵۰٪ موارد)، تنگی لگن، پرزانتاسیون غیر طبیعی جنین، اتساع بیش از حد رحم (مانند دوقلویی و هیدرآمنیوس)، است. *نکته : مهمترین عوارض دیستوشی شامل عفونت های داخل رحمی، خستگی بیش از حد مادر، ایجاد عوارض روانی روی مادر است. *نکته : دکولمان جفت باید همیشه به عنوان یک علت احتمالی هیپرتونی در رحم در نظر باشد.

*نکته : علل زور زدن ناکافی مادر
- بی حسی های موضعی مانند اپیدورال
- بی حسی عمومی
- خستگی مادر از درد شدید
- استفاده بیش از حد از آرام بخش ها
- پاراپلژی یا همی پلژی به علل مختلف

***نکته:** آنالژی نورآگزپال ممکن است، لیبر را آهسته تر کند. و با طولانی تر شدن مراحل اول و دم لیبر و کاهش سرعت نزول جنین همراه باشد. ***نکته:** کوریوآمنیونیت با لیبر طولانی مدت در ارتباط است. و خود این عفونت مادری حین زایمان، در اختلال فعالیت رحم دخالت دارد.

***نکته:** زایمان و وضع حمل تسریع شده Percipitate Labor: خارج شدن جنین در کمتر از ۳ ساعت است. اتساع سرویکس در نولی پارها ۵ سانتی متر در ساعت و مولتی پارها ۱۰ سانتی متر در ساعت است. ***نکته:** عوارض زایمان تسریع شده: آمبولی مایع آمنیون، خونریزی از محل لانه گزینی جفت، هیپوتونی پس از زایمان، آسیب داخل جمجمه جنین می باشد.

به مادر باید تعلیم داده شود که همزمان با انقباضات رحمی دم عمیق انجام دهد و گلوتش را ببندد. و عضلات شکم را به طور مکرر و شدید منقبض کند. ***نکته:** در مواردی که مادر به علت درد ناشی از انقباضات دیگر نتواند. زور بزند، مخلوط نیتروس اکسید و اکسیژن با حجم های مساوی مطمئن ترین و سالم ترین راه برای از بین بردن درد مادر است. ***نکته:** ایجاد رینگ پاتولوژیک از علل دیستوشی است. در طی فاز دوم زایمان؛ رحم به دو بخش عمده و مجزا تقسیم می شود:

سگمان فوقانی رحم	سگمان تحتانی رحم
فعال است. و با پیشرفت زایمان ضخیم تر می شود.	نسبت به سگمان فوقانی غیرفعال است. با پیشرفت زایمان نازک تر می شود.

در طی زایمان طبیعی دو سگمان فوق با معاینه شکم به راحتی قابل افتراق اند. سگمان فوقانی کاملاً سفت یا سخت است. در حالیکه سگمان تحتانی خیلی نرم تر است. ***نکته:** مرز بین دو سگمان مذکور را رینگ فیزیولوژیک می گویند. در صورتی که سگمان تحتانی بیش از حد نازک شود، رینگ مذکور به طور قابل ملاحظه ای ضخیم می گردد. که به آن حلقه انقباضی پاتولوژیک باندل می گویند. ***نکته:** علل رینگ پاتولوژیک عبارتند از: پارگی طولانی مدت پرده ها، زایمان طولانی مثل ماکروزومی، عدم تناسب سری- لگنی. ***نکته:** عارضه مهم رینگ پاتولوژیک، پارگی رحم می باشد. و لذا بهتر است هر چه زودتر سزارین صورت گیرد.

تنگی لگن؛ هم در قسمت ورودی، هم میانی و هم خروجی، سبب ایجاد دیستوشی می شود. ***نکته:** زمانی ورودی لگن تنگ در نظر گرفته می شود. که کوتاه ترین قطر قدامی- خلفی آن کمتر از ۱۰ سانتی متر، یا بزرگترین قطر عرضی آن کمتر از ۱۲ سانتیمتر، یا کونژوگه دیاگونال کمتر از ۱۱/۵ سانتی متر باشد. ***نکته:** عوارض تنگی ورودی لگن عبارتند از: پوزانتاسیون های غیرطبیعی، پرولاپس بندناف، پارگی رحم (به علت رینگ پاتولوژیک)، عفونت داخل رحمی به علت پارگی طولانی مدت پرده ها، پنومونی جنین ناشی از آسپیراسیون مایع آمنیوتیک عفونی، ایجاد کاپوت سوکسیدانوم بزرگ، مولدینگ بیش از حد سر جنین و شکستگی جمجمه، ایجاد فیستول های وزیکوواژینال، رکتوواژینال، و وزیکوسرویکال. ***نکته:** در صورتیکه قطر قدامی خلفی از ۹ سانتی متر کمتر باشد و همچنین شرایط برای زایمان طبیعی مساعد نباشد. سزارین باید صورت گیرد. ***نکته:** میدپلوپس زمانی تنگ است. که مجموع اقطار عرضی (اینتراسپاینوس)، و ساژیتال خلفی که به طور نرمال ۱۵/۵ سانتی متر است. به ۱۳/۵ سانتیمتر یا کمتر برسد. ***نکته:** تنگی میدپلوپس شایعترین نوع تنگی لگن است. و به طور شایع باعث ایست عرضی سر جنین میشود. ***نکته:** زایمان با فورسپس برای زایمان در موارد تنگی میدپلوپس به کار می رود. که سراز محل تنگی عبور کرده باشد. و زمانی سر از محل تنگی عبور کرده است که پرینه برجسته شده باشد. و ورتکس قابل دید باشد. وانتوز زمانی در تنگی میدپلوپس استفاده می شود. که سرویکس دیلاتاسیون کامل پیدا کرده باشد. و قطر بای پاریتال

سر جنین از محل تنگی عبور کرده باشد. *نکته: اکسی توسین در درمان دیستوشی ناشی از تنگی میدپلوپس هیچ جایی ندارد.

• در کدامیک از حالات زیر قطعاً تنگی لگن میانی وجود دارد؟ (ارشد ۹۱)

- (الف) قطر بین خاری کمتر از ۱۰ سانتی متر. (ب) قطر قدامی خلفی کمتر از ۱۰/۵ سانتی متر.
(ج) قطر قدامی خلفی ۱۱/۵ سانتی متر. (د) قطر بین خاری کمتر از ۸ سانتی متر.

- جواب: گزینه د.

تنگی خروجی لگن؛ زمانی مطرح است که قطر عرضی آن ۸ سانتی متر یا کمتر باشد. تنگی خروجی بدون تنگی میدپلوپس، نادر است. در تنگی خروجی، با نزدیک تر شدن توپروزیته های ایسکیال به هم، مثل قدامی تنگ می شود. و سر به سمت خلف منحرف می شود. و پروگنوز زایمان طبیعی اغلب بستگی به طول قطر ساژیتال خلفی دارد. تنگی ایزوله خروجی لگن معمولاً دیستوشی زیادی ایجاد نمی کند. مگر آنکه عدم تناسب سری- لگنی قابل ملاحظه وجود داشته باشد. *نکته: در تنگی خروجی لگن معمولاً اپی زیتومی مدیولترال وسیع لازم است. *نکته: در صورت شکستگی لگن، باید توجه داشت. که ترمیم شکستگی ۸-۱۲ هفته زمان می برد، پس در صورت شکستگی اخیر زایمان سزارین ضرورت پیدا می کند.

• در تنگی لگن، به هنگام لیبر کدام عبارت نادرست است؟ (ارشد ۹۳)

- (الف) تنگی بخش میانی لگن موجب توقف عرضی سر می شود.
(ب) چنانچه فاصله دو توپریزیه ۸ سانتی متر شود تنگی خروجی لگن داریم.
(ج) تنگی خروجی لگن معمولاً همراه با تنگی بخش میانی لگن است.
(د) تنگی ورودی لگن مترادف با قطر کونژوگه دیاگونال کمتر از ۱۰ سانتی متر است.

- جواب: گزینه د.

• محتمل ترین رخداد در زنان دارای تنگی لگن طی زایمان چیست؟ (دکتر ۹۵)

- (الف) نمایش بریج (ب) نمایش صورت (ج) پارگی رحم (د) پرولاپس بندناف

- جواب: گزینه د.

انواع نمایش های جنین و لیبر غیرطبیعی			
نمایش صورت	نمایش ابرو	قرار عرضی	نمایش مرکب
- سر جنین هیپراکستانسیون. - چانه عضو نمایش. - در صورت چانه خلفی توقف پیشرفت زایمان. - در معاینه دهان، بینی، استخوان های گونه و برآمدگی اوربیت قابل تشخیص است. - شایع در جنین آنانسفال. - سبب مولدینگ قابل توجه.	- نادرترین نوع نمایش. - سر جنین بین فلکسیون و اکستانسیون کامل قرار دارد. - در معاینه سوچورهای فرونتال، فونتال قدامی بزرگ، برآمدگی های اوربیت، چشم ها و ریشه بینی قابل لمس. - در لگن بزرگ و جنین کوچک امکان انجام NVD	- محور طولی جنین عمود بر محور طولی مادر. - شانه در بالای ورودی لگن. - سر و ته جنین در یکی از حفرات ایلپاک. *نکته: علل شایع ایجاد، پره ترم، جفت سرراهی، رحم غیرطبیعی، هیدرامنیوس، تنگی لگن، مولتی	- یکی از اندام ها در کنار عضو نمایش و هر دو با هم در لگن. - در شرایطی که از بسته شدن کامل ورودی لگن توسط سر جنین جلوگیری می کنند. مانند زایمان پره ترم. - در صورتیکه بازو کنار نرفت باید به آرامی آن را به سمت بالا فشار داد. و همزمان سر جنین را از راه

<p>- غالباً سزارین می شوند.</p>	<p>- ایجاد کاپوت سوکسیدانثوم بر روی پیشانی جنین.</p>	<p>پاریده، شل بودن دیواره شکم. - معاینه شکم به شکل غیر عادی پهن، فوندوس روی ناف. - جنین خیلی کوچک (<80 گرم)، و لگن بزرگ: NVD</p>	<p>اعمال فشار بر فوندوس به سمت پایین هدایت کرد. - میزان عوارض و مرگ و میر پری ناتال بالاست.</p>
---------------------------------	--	---	---

*نکته: Conduplicato corpore در قرار عرضی، جنین در حالیکه بر روی خود تا شده است، خارج می شود.

• همه موارد زیر از اتیولوژی های نمایش صورت است، بجز؟ (ارشد ۹۰)

- (الف) نوزاد پره ترم
(ب) بزرگ شدگی شدید گردن
(ج) ناهنجاری جفت
(د) وجود بندناف در اطراف گردن
- جواب: گزینه ج.

• خانمی در شیوع لیبر فعال دارای جنینی با قرار عرضی است، کدامیک از تدابیر درمانی زیر صحیح است؟ (ارشد ۹۸)

- (الف) معمولاً اندیکاسیونی برای زایمان سزارین است.
(ب) در صورت پاره شدن پرده ها، چرخش خارجی انجام می شود.
(ج) برای انجام سزارین انسزیون عرضی تحتانی ارجح است.
(د) با اعمال فشار بر فوندوس، سر جنین به سمت پایین هدایت می شود.
- جواب: گزینه الف.

• در معاینه واژینال خانمی G3P2 در لیبر فاصله بین اوربیت ها و فونتانل قدامی به دست می خورد. تشخیص چه نوع پرزانتاسیونی است؟ (ارشد ۱۴۰۰)

- (الف) مرکب
(ب) صورت
(ج) ورتکس
(د) پیشانی
- جواب: گزینه د.

عوارض مادری دیستوشی؛ *نکته: به ویژه در صورت طولانی بودن لیبر، افزایش می یابد. عفونت به صورت کوریوآمیونیوت حین زایمان و یا عفونت لگنی بعد از زایمان، در لیبرهای بی نظم و طولانی مدت شایع تر است. احتمال خونریزی بعد از زایمان در اثر آتونی، در لیبرهای طولانی مدت و تقویت شده افزایش می یابد. همچنین در صورتیکه سر جنین در لگن گیر کرده باشد. میزان بروز پارگیهای رحم در هنگام هیستروتومی افزایش می یابد. یکی دیگر از خطرهای پارگی رحم است. نازک شدن غیر طبیعی سگمان تحتانی رحم، خطر قابل توجهی را در طی لیبر طول کشیده (به ویژه در زنان دارای پاریده بالا و زنان دارای سابقه سزارین)، ایجاد میکند. در مواردی که عدم تناسب به حدی شدید است. که هیچگونه انگاژمان یا نزولی رخ نداده است، سگمان تحتانی رحم به طور فزاینده تحت کشش قرار می گیرد. و ممکن است پاره شود. در این موارد، حلقه انقباضی، طبیعی تشدید می یابد.

تشکیل فیستول ممکن است، از دیستوشی ناشی شود. چون عضو نمایش محکم در داخل ورودی لگن به دام می افتد. (حالت گوه ای پیدا می کند). بافتهای مجرای زایمان که بین قسمت پیشرو جنین و دیواره لگن قرار دارند، ممکن است در معرض

فشار بیش از حد قرار بگیرند. به علت اختلال در خونرسانی، ممکن است، نکرور ایجاد شود. و چند روز بعد از زایمان به صورت فیستولهای وزیکوواژینال، وزیکوسروییکال، یا رکتوواژینال بروز کند. *نکته: آسیب عصبی اندام تحتانی مادر، ممکن است به دنبال مرحله دوم لیبر رخ بدهد.

*نکته: شایعترین مکانیسم آسیب، فشردگی خارجی عصب فیولار مشترک است. میزان بروز سپسیس جنین پری پارتوم، کاپوت سوکسیدانثوم، مولدینگ، تروماهای مکانیکی مانند، آسیب عصبی، شکستگی ها، و سفالوهماتوم، در لیبر طولانی مدت افزایش دارد.

● عارضه شایع زایمان طولانی (زایمان سخت)، چیست؟ (ارشد ۹۳)

الف) پارگی رحم ب) فیستول وزیکوواژینال ج) عفونت لگنی د) سپسیس جنینی

- جواب: گزینه ج.

● کدام گزینه زیر در مورد عوارض مادری دیستوشی صحیح است؟ (ارشد ۹۶)

الف) احتمال پارگی در سگمان فوقانی رحم وجود دارد.

ب) شیوع فیستول ها در همه جوامع مشابه است.

ج) آسیب های کف لگن سبب بی اختیاری و پرولاپس اعضای لگنی می شود.

د) شایع ترین مکانیسم آسیب اعصاب اندام تحتانی، فشردگی عصب رکتال است.

- جواب: گزینه ج.

سئوالات فصل پنجم

۱. دیستوشی به چه معنی است؟
- الف) به هر گونه اختلال هورمونی منجر به ناباروری در زنان. (ب) به هر گونه زایمان سخت و طولانی و غیر طبیعی.
ج) نوعی شستشوی واژن بعد از مقاربت غیر ایمن.
د) خونریزی واژینال شدید در بارداری.
۲. علل عمده زایمان طولانی شده (Prolonged Labor)، کدام است؟
- الف) قرار داشتن سر جنین در وضعیت قدامی.
ب) استفاده از مسکن در فاز فعال زایمان.
ج) پُر بودن مثانه و رکتوم مادر.
د) پارگی کیسه آب.
۳. خانمی حامله ترم که به علت شروع دردهای زایمانی مراجعه کرده در معاینه شکمی مانورهای اول، دوم، سوم، چهارم لئوپولد منفی است نمایش جنین چگونه است؟
- الف) صورت (ب) بریچ (ج) مرکب (د) عرضی
۴. شایعترین پرزانتاسیون های همراه در نوع مرکب کدام است؟
- الف) سفالیک+ پا (ب) بریچ+ بازو (ج) سفالیک+ دست (د) بریچ+ دست
۵. در عدم پیشرفت زایمان که ممکن است. سبب رایجتر رحم شود، علامت هشدار دهنده کدام است؟
- الف) انقباض تونیک رحمی (ب) انقباض هیپرتونیک رحم
ج) انقباض هیپوتونیک رحمی (د) عدم وجود انقباض رحم
۶. وضعیت اکسی پوت خلفی در کدام مورد شایع تر است؟
- الف) لگن پلاتی پوئید (ب) لگن ژنیکوئید (ج) لگن آندروئید (د) لگن آنتروپوئید
۷. معمولاً وضعیت Transvert Arest در کدام مورد بیشتر دیده می شود؟
- الف) لگن پلاتی پوئید (ب) لگن ژنیکوئید (ج) لگن آندروئید (د) لگن آنتروپوئید
۸. در مواجه با انقباض هیپوتونیک رحمی کدام گزینه درمانی زیر را توصیه می کنید؟
- الف) استفاده از داروی های بی هوشی عمومی. (ب) تزریق سنتوسینون.
ج) تزریق وریدی پتدین.
د) تزریق وریدی سولفات منیزیم.
۹. خانمی در حین فاز فعال زایمان دچار توقف ناگهانی انقباضات رحمی شده است، کدام اقدام زیر ارجح است؟
- الف) انفوزیون فوری سرم+ اکسی توسین.
ب) آماده کردن بیمار برای اتاق عمل و انجام سزارین.
ج) رایچر کردن مامبرانها برای تسریع انجام NVD. (د) انجام مجدد معاینه لگنی جهت رد کردن CPD.

۱۰. پرولاپس بندناف در کدام پرزانتاسیون شایع تر است؟

الف) بریج (ب) سفالیک (ج) صورت (د) عرضی

۱۱. وجود کدامیک از موارد طی لیبر، اندیکاسیون سزارین ندارد؟

الف) آسینکلیتیسیم قدامی (ب) بریج همراه با هایپراکستنشن سر

ج) منتوم پوسترپور (د) قرار عرضی جنین

۱۲. در مورد حلقه انقباضی باندل کدام مورد توصیه می شود؟

الف) سزارین (ب) فورسپس (ج) واکيوم (د) زایمان طبیعی

۱۳. خانمی گراوید ۲، با سابقه یک زایمان طبیعی در مرحله دوم زایمان در حدود ۲۰ دقیقه دچار توقف نزول سر جنین در استیپیشن +۱، شده است. در توشه واژینال آسینکلیتیسیم قدامی تشخیص داده می شود اقدام بعدی شما چیست؟

الف) استفاده از اکسی توسین ۸-۴ قطره در دقیقه. (ب) دادن فرصت بیشتری برای نزول سر جنین.

ج) آماده سازی فوری مریض جهت سزارین. (د) استفاده از واکيوم جهت تسهیل امر زایمان.

۱۴. حداقل سرعت طبیعی اتساع دهانه رحم برای فاز فعال زایمان در زنان نولی پار چند سانتی متر است؟

الف) ۱/۲ (ب) ۱/۳ (ج) ۱/۵ (د) ۲

۱۵. طولانی شدن مرحله دوم زایمان سبب بروز کدام مورد می شود؟

الف) با وجود عبور سر از تنگه فوقانی پیشرفت زایمانی سریع باشد.

ب) در Descent تغییری ایجاد نمی شود.

ج) سر جنین به راحتی Internal Rotation انجام می دهد.

د) سر جنین Molding پیدا می کند تا بتواند از لگن تنگ عبور نماید.

۱۶. عارضه وخیمی که در اثر تطابق ناقص بین قسمت نمای جنین و دهانه دخول لگن بروز می کند، کدام است؟

الف) حلقه انقباضی (ب) پرولاپس بندناف (ج) انقباضات شدید (د) انقباضات خفیف

۱۷. اقدام مناسب جهت فاز نهفته طولانی کدام است؟

الف) عدم پذیرش در بیمارستان (ب) سزارین

ج) آمنیوتومی (د) تجویز مسکن

۱۸. تنگی دهانه دخول لگن به کدامیک از موارد زیر اطلاق می شود؟

الف) قطر دیاگونال کمتر از ۱۱/۵ سانتی متر. (ب) قطر دیاگونال کمتر از ۱۲/۵ سانتی متر.

ج) قطر عرضی کمتر از ۱۲ سانتی متر. (د) قطر قدامی خلفی کمتر از ۱۱ سانتی متر.

۱۹. خانم حامله ۴۰ هفته، که طبق سونوگرافی نیز سن حاملگی ۳۸ هفته می باشد، در مانور لئوبولد ارتفاع رحم ۲۴ هفته و سر جنین در حفره ایلیاک چپ لمس می شود، کدام گزینه صحیح است ؟

الف) انجام زایمان واژینال به دنبال چرخش داخلی. (ب) انجام زایمان به طریق سزارین.

ج) آمنیوتومی و تحریک زایمان با اکسی توسین. (د) انجام NST به منظور بررسی سلامت جنین.

۲۰. با مانور لئوبولد در نمای ابرو کدام قسمت قابل تشخیص است ؟

الف) اکسی پوت و چانه (ب) بای پاریتال ها (ج) فرونتال (د) گیجگاهی

پاسخنامه سئوالات فصل پنجم

سؤال	الف	ب	ج	د
۱		*		
۲			*	
۳				*
۴			*	
۵		*		
۶			*	
۷			*	
۸		*		
۹				*
۱۰	*			
۱۱	*			
۱۲				*
۱۳		*		
۱۴	*			
۱۵				*
۱۶		*		
۱۷				*
۱۸	*			
۱۹		*		
۲۰	*			

فصل ششم: بررسی جنین

هدف از نظارت جنینی قبل از زایمان پیشگیری از مرگ جنین می باشد. در اکثر موارد نتیجه طبیعی تست تا حد بسیار زیادی اطمینان بخش است. زیرا مرگ جنین در طول یک هفته بعد از نتیجه طبیعی نادر است. در مورد بهترین تست ارزیابی سلامت جنین توافقی وجود ندارد. ***نکته:** به طور کلی در مورد اکثر حاملگی های پرخطر توصیه می شود که آزمایش در هفته های ۳۲ تا ۳۴ شروع گردد. ***نکته:** در حاملگی با عوارض شدید نیاز به انجام زودتر در هفته های ۲۶ تا ۲۸ میباشد. فواصل تکرار تست ها نیز معمولاً به صورت هر ۷ روز ذکر شده است. مانیتورینگ جنین به دو صورت زیر انجام می شود:

EFM (External fetal monitoring): مانیتورینگ های خارجی از یک ترانسدیوسر که بر روی شکم مادر قرار گرفته، و ضربانات قلب جنین را ثبت می کند. و یک توکوترانسدیوسر که فعالیت رحم، تواتر و طول مدت انقباضات رحمی مادر را بررسی میکند، تشکیل شده است.

IFM (Internal fetal monitoring): مانیتورینگ داخلی به منظور بررسی ضربان قلب جنین از راه داخل رحم در طول دردهای زایمانی استفاده می شود. ***نکته:** این روش را نمیتوان قبل از اتساع دهانه رحم تا میزان ۲ سانتیمتر و پاره شدن پرده ها به کار برد.

شمارش حرکات جنین؛ در این روش هر ۲ ساعت از مادر خواسته می شود که تعداد حرکات جنین را گزارش دهد. ***نکته:** اگر حداقل ۱۰-۴ حرکت در مدت ۱۲ ساعت توسط مادر گزارش شود. شمارش طبیعی است. و کمتر از این تعداد غیر طبیعی تلقی می گردد. ***نکته:** تعداد طبیعی حرکات جنینی در هفته بر اساس شمارش مادر بین ۵۰ تا ۹۵۰ حرکت است.

تکامل حرکات جنین		
از هفته ۳۰-۲۰	پس از ۸ هفتگی	۷ هفتگی
سازمان یافتن حرکات؛ دوره فعالیت و استراحت	عدم توقف حرکات بیش از ۱۳ دقیقه	شروع فعالیت تحریک نشده و غیرفعال

حالت های رفتاری جنین شامل موارد: FHR، حرکات عمومی بدن و حرکات چشمی است.			
۱F	۲F	۳F	۴F
- حالت خاموش، خواب آرام - نوسان FHR محدود. - افزایش حجم مثانه.	- حرکات محسوس و مکرر بدن - حرکات مداوم چشمی. - نوسان FHR وسیع تر. - کاهش حجم مثانه. *نکته: همتهای مرحله REM نوزادی (خواب فعال)	- حرکات چشمی پیوسته. - بدون حرکات بدن. - بدون تسریع FHR.	- حرکات بدنی شدید. - حرکات چشمی پیوسته. - تسریع FHR. *نکته: معادل مرحله بیداری در نوزاد.

***نکته:** جنین بخش اعظم زمان درون رحم را در حالت ۱F و ۲F می گذارند. (در هفته ۳۸؛ ۷۵٪ در این مراحل). یکی از شاخصهای مهم فعالیت جنین، وجود چرخه های خواب-بیداری است. که مستقل از چرخه های خواب-بیداری مادر هستند. ***نکته:** طول مدت چرخه خواب جنین تقریباً از ۲۰ تا ۷۵ دقیقه متغیر است. احساس غیر رسمی مادر از حرکات جنین، به همان اندازه شمارش و ثبت رسمی حرکات جنین ارزشمند است. ***نکته:** کاهش حرکات جنین، با انواع اختلالات جفت، از جمله انفارکتوس در ارتباط است.

تفاوت حرکت تنفسی جنین؛ با نوزاد مسأله مهمی است. به این ترتیب که در در حین دم، قفسه سینه فرو رفته و شکم برآمده میشود. دو نوع حرکت تنفسی برای جنین شناسایی شده که عبارتند از: (۱) Gasps or sighs: نفس نفس زدن یا آه کشیدن

Irregular bursts of breathing: حرکات سریع تنفسی / ۲۴۰ سیکل در دقیقه. *نکته: حرکات نوع دوم، یعنی حرکات سریع تنفسی، با حرکات سریع چشم (REM)، در ارتباط هستند. *نکته: توأم با افزایش حجم تنفسی در هفته های ۳۳-۳۶ حاملگی و همزمان با بلوغ ریه جنین، تعداد تنفس جنین کاهش پیدا می کند. از آنجائیکه حرکات تنفسی جنین اپیزودیک هستند، ممکن است، تفسیر سلامت جنین در موارد فقدان تنفس دشوار باشد. *نکته: عوامل مؤثر بر هیپوکسی جنینی عبارتند از: (۱) لیبر (امری طبیعی است)؛ (۲) تعداد FHR؛ (۳) Gestational age؛ (۴) Preterm labour؛ (۵) آمنیوسنتز؛ (۶) استعمال دخانیات؛ (۷) محرک های صوتی؛ (۸) هیپوکسمی.

NST (Non Stress Test) (تست بدون استرس)؛ جنین نرمال سیکل های خواب و بیداری ۲۰ تا ۴۵ دقیقه ای دارد. که طول این سیکل ها با پیشرفت حاملگی افزایش می یابد. با حرکات جنین ضربان قلب جنین، به طور نرمال دچار Acceleration (شتاب)، می شود. *نکته: در NST حرکات جنین که توسط مادر درک می شود، ثبت می گردد. و FHR ثبت می گردد. و داپلر تحت مانیتورینگ قرار می گیرد. و نتیجه تست به یکی از دو صورت زیر است:

نتیجه تست NST	
راکتیو (واکنشی)	نان راکتیو (غیر واکنشی)
در عرض ۲۰ دقیقه اول شروع تست دو یا بیش از دو Acceleration رخ دهد. بطوریکه در هر یک از Acceleration ها، FHR ۱۵ ضربه در دقیقه یا بیشتر افزایش یابد و ۱۵ ثانیه یا بیشتر طول بکشد.	در طی یک دوره ۴۵ دقیقه ای، کمتر از ۲ بار Acceleration رخ دهد.
*نکته: این پاسخ، نشانه فونکسیون نرمال رحمی جفتی است.	*نکته: این پاسخ، نشانه نارسای فونکسیون رحمی جفتی است.

*نکته: اگر تست تا زمان ۸۰ دقیقه، واکنشی شود و یا به مدت ۹۰-۱۲۰ دقیقه، غیرواکنشی بماند؛ ۹۳٪ نشانگر بیماری شدید جنین و پاتولوژی پری ناتال است. *نکته: Silent oscillatory pattern؛ زمانیکه تعداد پایه FHR، در حد کمتر از ۵ ضربه در دقیقه باشد نشانگر فقدان و تغییرپذیری ضربه به ضربه می باشد که الگوی خاموش نوسانی نامیده می شود. *نکته: در موارد: دیابت نوع ۱، زایمان دیررس، IUGR، چندقلویی، اختلالات هیپرتانسیو بارداری، این تست ضرورت می یابد.

تست تحریک آکوستیک (تست بدون استرس با تحریک صوتی)؛ ایجاد یک تحریک ۱-۲ ثانیه ای که تا ۳ بار و به مدت ۳ ثانیه قابل تکرار است. پاسخ (+)، آن: پیدایش تسریع ضربان قلب می باشد.

CST (Contraction Stress Test) or OCT (Oxytocin Challenge Test): در این روش مادر در پوزیشن خوابیده به پشت قرار می گیرد. و FHR و انقباضات رحمی در یک دوره ۲۰ دقیقه ای مورد ارزیابی قرار می گیرد. سپس انقباضات به وسیله تحریک متناوب نوک پستان CST یا انفوزیون محلول رقیق اکسی توسین OCT ایجاد می شوند (که با سرعت ۰/۵ میکروواحد در دقیقه شروع شده، و هر ۲۰ دقیقه دو برابر می شود، مدت زمان کلی: ۹۰ دقیقه می باشد). الگوی FHR تا زمانی که فرکانس انقباضات به ۳ تا در ۱۰ دقیقه افزایش یابد، بررسی می شود، انقباضات از ۵ تا در ۱۰ دقیقه نباید تجاوز کند. سپس تحریک قطع می شود. و FHR تا زمانیکه انقباضات القاء شده فروکش کرده اند، ارزیابی می شود.

نتایج تست CST، OCT				
منفی (طبیعی)	مبهم - مشکوک	مبهم - تحریک مفرط	مثبت (غیرطبیعی)	غیررضایت بخش
افت (کند شدن) دیررس یا افت متغیر قابل توجهی وجود ندارد.	افت های دیررس متناوب یا کند شدن های متغیر قابل توجه.	افت تعداد ضربان قلب جنین که در حضور انقباضات بیش از یک بار در دقیقه، یا بیش از ۹۰	افت (کند شدن های) دیررس به دنبال ۵۰٪ انقباضات یا بیشتر وجود	کمتر از ۳ انقباض در ۱۰ دقیقه / به دست آمدن یک منحنی

غیرقابل تفسیر	دارد.	دقیقه طول می کشد.	
---------------	-------	-------------------	--

بر اساس نتایج بالا، اقدامات زیر باید انجام گیرد		
مثبت	مشکوک یا تحریک بیش از حد	منفی
ارزیابی بیشتر یا زایمان فوری	تکرار در عرض ۲۴ ساعت	نشانگر سلامت جنین؛ تکرار تست هفته ای یک بار

● الگوی افت متغیر ضربان قلب جنین در تست انقباضی CST بیانگر کدام مورد زیر است؟ (ارشد ۹۲)

الف) الگوهای در آمنیوس (ب) اختلال رحمی - جفتی

ج) فشار بر روی سر جنین (د) اسیدوز جنین

- جواب: گزینه الف.

BPP (Bio Physical Profile): پروفایل بیوفیزیکی تلفیقی از ۵ متغیر است. که به هر یک از اجزاء در صورت طبیعی بودن نمره ۲ و در صورت غیر طبیعی بودن نمره صفر داده می شود. بنابراین بیشترین نمره ۱۰ خواهد بود.

اجزاء نمودار بیوفیزیکی و نمره دهی آن ها		
۱. حرکات تنفسی جنین	امتیاز ۲	وجود حداقل ۳۰ ثانیه حرکات تنفسی جنین در مدت ۳۰ دقیقه.
	امتیاز ۰	کمتر از ۳۰ ثانیه حرکات تنفسی در عرض ۳۰ دقیقه.
۲. حرکات جنین	امتیاز ۲	۳ یا بیش از ۳ حرکت واضح بدن جنین در عرض ۳۰ دقیقه.
	امتیاز ۰	۲ یا کمتر از ۲ حرکت واضح بدن در عرض ۳۰ دقیقه.
۳. NST	امتیاز ۲	راکتیو.
	امتیاز ۰	نان راکتیو.
۴. تون جنین	امتیاز ۲	حداقل یک اپیزود حرکت یک اندام از حالت فلکسیون به اکستانسیون و برگشت سریع به حالت فلکسیون.
	امتیاز ۰	عدم وجود اپیزود حرکتی.
۵. حجم مایع آمنیون	امتیاز ۲	پاکت مایع آمنیوتیک به میزان حداقل یک سانتیمتر در دو سطح عمود بر هم.
	امتیاز ۰	بزرگترین پاکت مایع آمنیوتیک در دو سطح عمود بر هم کمتر از یک سانتی متر.

نمره نمودار بیوفیزیکی، تفسیر، اقدامات لازم در حاملگی		
نمره نمودار بیوفیزیکی	تفسیر	اقدامات توصیه شده
۱۰	جنین نرمال	تکرار تست هفته ای یک بار، و هفته ای دو بار در بیماران دیابتی و حاملگی های پست پارتوم.
۸-۱۰	جنین نرمال	تکرار تست طبق پروتکل.
۸-۱۰	شک آسفیسی مزمن جنین	انجام زایمان.
۶	امکان آسفیسی جنین. پیش بینی کننده ضعیف.	در صورت کاهش مایع: انجام زایمان، اگر مایع نرمال و جنین بیش از ۳۶ هفته و سرویکس مطلوب زایمان صورت گیرد.
۴	آسفیسی احتمالی جنین	تکرار تست در همان روز و در صورت امتیاز ۶ یا کمتر از ۶، زایمان باید صورت گیرد.

زایمان فوری.	آسفیکسی تقریباً قطعی است. *نکته: پیش بینی بسیار دقیق.	۲-۰ (نتیجه غیرطبیعی)
--------------	--	----------------------

*نکته: BPP اصلاح شده؛ مورد اعتماد است. و بر اساس نتایج آن تصمیم گیری های مهم لحاظ می گردد: روش آن بدین صورت است. که در زمان (۱۰ دقیقه)، تست بدون استرس ویبروآکوستیک، و همزمان بررسی AFI صورت می گیرد. و نتیجه مساوی و کمتر از ۵ سانتیمتر غیرطبیعی تلقی می شود.

• کلیه گزینه های زیر در مورد انجام تست های سلامتی جنین صحیح است، بجز؟ (ارشد ۹۰)

- الف) انجام دو بار در هفته NST، در موارد چندقلویی، دیابت و IUGR مناسب است.
 ب) میزان حجم مایع آمنیون نسبت به دیگر اجزای پروفایل بیوفیزیک ارزش تشخیصی منفرد دارد.
 ج) استفاده از وسایل تحریک صوتی در ابتدای تست NST، مدت انجام تست را کوتاه تر می کند.
 د) احساس ده حرکت مشخص جنین توسط مادر در طی ۱۲ ساعت، بعد از هفته ۲۸ حاملگی اطمینان بخش است.
 - جواب: گزینه د.

• کدامیک از گزینه های زیر، اقدام صحیح پس از انجام بیوفیزیکال پروفایل را به درستی بیان کرده است؟ (ارشد ۹۱)

- الف) نمره ۸، تکرار تست در همان روز. ب) نمره ۴، تکرار تست در همان روز.
 ج) نمره ۶، تکرار تست یک هفته بعد. د) نمره ۲، تکرار مجدد تست.
 - جواب: گزینه ب.

• در غربالگری ها و تست های دوران حاملگی، کدام مورد را توصه نمی کنید؟ (ارشد ۹۳)

- الف) انجام سونوگرافی برای تشخیص آنانسفالی در سه ماهه اول.
 ب) انجام تست بدون استرس به فواصل ۷ روز در مادر دیابتی ۳۷ هفته.
 ج) کنترل حرکت جنین در طی ۲ ساعت توسط مادر در حاملگی پست دیت.
 د) پروفایل بیوفیزیکال اصلاح شده شامل ویبروآکوستیک بدون استرس و شاخص مایع آمنیونی در پست دیت.
 - جواب: گزینه ب.

• در خانم باردار ۳۵ هفته نمره پروفایل بیوفیزیکی ۴ تعیین شد. پس از تکرار تست در همان روز نمره برابر ۶ گردید. کدامیک از اقدامات زیر را توصیه می کنید؟ (دکتر ۹۴)

- الف) تکرار مجدد تست در کمتر از یک هفته. ب) انجام زایمان علیرغم حجم طبیعی مایع آمنیون.
 ج) انجام زایمان در صورت حجم غیر طبیعی مایع آمنیون. د) انجام تست استرس انقباض.

- جواب : گزینه ب.

• کدامیک از موارد زیر در مورد خانمی با نمره پروفایل بیوفیزیکی ۴ درست است؟ (ارشد ۹۵)

الف) آسفیکسی تقریباً قطعی است. (ب) زایمان انجام شود.

ج) تکرار تست و با نمره کمتر از ۶ زایمان انجام شود. (د) حجم مایع آمنیون اندازه گیری شود.

- جواب : گزینه ج.

• نمره بیوفیزیکال پروفایل در جنین ۳۵ هفته مادر دیابتیک ۶ و حجم مایع آمنیون طبیعی است کدام اقدام ضروری است؟ (ارشد، دکترا ۹۵)

الف) ختم بارداری (ب) تکرار تست (ج) انجام مراقبت روتین (د) انجام OCT

- جواب : گزینه ب.

اهمیت برآورد حجم آمنیون؛ از آنجا مشخص می شود، که این معیار تقریباً در تمام روش های مورد استفاده برای بررسی سلامت جنین گنجانده شده است. *نکته : این ارزیابی بر پایه این منطبق استوار است. که کاهش پرفوزیون رحمی - جفتی ممکن است، سبب کاهش جریان خون کلیه جنین، کاهش تولید ادرار و در نهایت اولیگوهایدرآمیوس شود. اگر برای تشخیص اولیگوهایدرآمیوس به جای AFI از سنجش عمیق ترین بسته عمودی استفاده شود، میزان مداخلات غیر ضروری کاهش می یابد. و این مسأله با افزایش پیامدهای پری ناتال نامطلوب همراه نیست.

اولتراسونوگرافی داپلر؛ روشی غیرتهاجمی در ارزیابی جریان خون از طریق مشخص کردن مقاومت جریان رو به پایین به شمار می رود. بر طبق، اصل داپلر با برخورد امواج صوتی با یک هدف متحرک، فرکانس این امواج که به عقب انعکاس می یابند، متناسب با سرعت و مسیر هدف متحرک تغییر جهت می دهند. از این طریق می توان سرعت جریان خون از عروق مادر و جنین را مشخص نمود. *نکته : نسبت D/S سیستولیک به دیاستولیک پر استفاده ترین شاخص داپلر است. *نکته : نسبت D/S؛ در ابتدا مقاومت به جریان خون شریان نافی زیاد است. اما، با پیشرفت حاملگی این میزان کاهش می یابد. در هفته ۲۰ : ۴ می باشد. در هفته ۳۰ : کمتر از ۳؛ و در هفته ۴۰ : در حدود ۲ است. در صورتیکه شاخص D/S به بالاتر از صدک ۹۵ برای سن حاملگی برسد. یا چنانچه جریان دیاستولیک وجود نداشته باشد. یا معکوس باشد. مورد ملاحظه قرار می گیرد. *نکته : فقدان یا وارونگی جریان یافته ای بسیار نامطلوب است. که بر مقاومت شدید و به پایین اختلال عملکرد جفت و به مخاطره افتادن جنین دلالت دارد. این امر منحصراً با محدودیت رشد جنین در ارتباط است. *نکته : خطر مرگ جنین پیش از هفته ۳۲، در صورت پره اکلامپسی، دکولمان، IUGR به گونه ای معنا دار با مقاومت بالای عروقی در ارتباط است.

• انجام تست سرعت سنجی داپلر در کدامیک از حاملگی های زیر ارزشمند است؟ (ارشد ۹۱)

الف) حاملگی پست ترم (ب) دیابت بارداری

ج) محدودیت رشد جنین (د) سندرم آنتی بادی آنتی فسفولیپید

- جواب : گزینه ج.

سرعت جریان شریان مغزی میانی (MCA)، با سرعت سنجی داپلر برای تشخیص مخاطره جنینی توصیه نمی شود. باوجود این، جنین هیپوکسیک تلاش می کند، با کاستن از امیدانس مغزی - عروقی و در نتیجه افزایش جریان خون سبب مصون

ماندن مغز شود، این فناوری توجه ویژه ای به خود جلب کرده، این گونه محافظت مغزی، در جنینهای مبتلا به محدودیت رشد، حالت معکوس پیدا می کند. *نکته: ارزش MCA، در تشخیص کم خونی جنین مبتلا به آلوایمونیزاسیون آنتی ژن D به اثبات رسیده است. سرعت سنجی مجرای وریدی، بهترین پیشگویی کننده پیامد پری ناتال است. *نکته: در نیمه نخست بارداری، به علت تهاجم بافت تروفوبلاستی به عروق خون مادر، به طور طبیعی مقاومت عروقی در گردش خون رحمی کاهش پیدا می کند. خطر مرگ جنین قبل از ۳۲ هفتگی، در مواردیکه با دکولمان، پره اکلامپسی، یا محدودیت رشد جنین مرتبط است، جریان خون شریان رحمی پر مقاومت است. پس در حاملگیهای در معرض مرده زایی، به عنوان ابزار غربالگری، می تواند محسوب گردد.

سئوالات فصل ششم

۱. در صورتیکه با حرکات جنین، ضربان قلب افزایش نیابد تفسیر کدام است؟

الف) راکتیو (ب) نان راکتیو (ج) رضایت بخش نیست (د) طبیعی است

۲. در ارزیابی سلامت جنین، اساس تست بدون استرس کدام است؟

الف) افزایش تعداد ضربان قلب جنین در پاسخ به حرکات جنین.

ب) نمونه گیری از خون مادری است جهت تشخیص کاربوتایپ جنین.

ج) تحریک رحم جهت انقباض و ارزیابی ضربان قلب جنین است.

د) نوعی سونوگرافی داپلر از حرکات پاهای جنین است.

۳. با حرکات جنین ضربان قلب جنین به میزان ۱۵ ضربه در دقیقه به مدت ۱۵ ثانیه در یک دوره ۲۰ دقیقه ای افزایش یافته است. سلامت جنین را چگونه ارزیابی می کنید؟

الف) بسیار خطرناک (ب) غیر طبیعی (ج) مشکوک (د) طبیعی

۴. کدامیک از متغیرهای زیر حرکات تنفسی جنین را تحت تأثیر قرار نمی دهند؟

الف) هیپرتری گلیسیریدی (ب) پره ترم لیبر

ج) آمنیوسنتز (د) محرک های صوتی

۵. OCT چیست؟

الف) نشان دهنده ضربان قلب (ب) نارسایی جفت

ج) میزان تحمل جنین نسبت به انقباضات رحمی (د) تغییرات قلب جنین

۶. کدامیک از موارد زیر در مورد تست پروفایل بیوفیزیکیال تعدیل شده صحیح بیان شده است؟

الف) این آزمایش به میزان ۷/۶ در هر ۱۰۰۰۰ نفر مثبت کاذب و ۰/۵٪ منفی کاذب دارد.

ب) این آزمایش NST را با سنجش تنفس جنینی ترکیب می کند.

(ج) اگر شاخص AFI برابر با ۵/۱ سانتی متر باشد و NST واکنشی باشد طبیعی است.

(د) این آزمایش به سایر اشکال مراقبت جنینی ارجح است.

۷. شیوع دیسترس تنفسی در کدام مورد بیشتر است؟

(الف) اختلالات کروموزومی (ب) کوریوآمیونیوت

(ج) ناهنجاری های جفت (د) ناهنجاری های رحمی

۸. اگر Stress Test منفی باشد، هر چند وقت یکبار باید تکرار شود؟

(الف) هفته ای یکبار (ب) هفته ای دو بار (ج) سه هفته یکبار (د) کنترل ماهانه

۹. در مورد سرعت سنجی داپلر شریان رحمی کدامیک از موارد زیر صحیح تر است؟

(الف) مقاومت عروقی در اولین نیمه حاملگی کاهش می یابد.

(ب) این روش در سنجش حاملگی های پرخطر ناشی از نارسایی رحمی جفت کمک کننده نیست.

(ج) الگوهای با مقاومت پایین با پره اکلامپسی همراهی دارند.

(د) الگوهای با مقاومت پایین با انواعی از عوارض حاملگی ارتباط دارند.

۱۰. آزمایشاتی که جهت تشخیص نارسایی جفت انجام می شود، کدامند؟

(الف) NST / OCT (ب) استریول خون مادر / NST

(ج) استریول ادرار مادر / OCT (د) استریول خون مادر / ادرار مادر

۱۱. چه عاملی تسریع تعداد ضربان قلب جنین را کنترل می کند؟

(الف) رفلکس های گیرنده های فشاری آئورت. (ب) رفلکس های گیرنده های فشاری کاروتید.

(ج) عوامل هورمونی مانند پیتید ضد ادراری دهلیزی. (د) عملکرد اتونومیک در سطح ساقه مغز.

۱۲. چه وقت نتیجه OCT مثبت تلقی می شود؟

(الف) با انجام آزمایش Late Decelation ایجاد شود. (ب) با انجام آزمایش Late Decelation ایجاد نشود.

(ج) با انجام آزمایش Early Decelation ایجاد شود. (د) با انجام آزمایش Early Decelation ایجاد نشود.

۱۳. خصوصیات انقباضات رحمی برای انجام OCT چیست؟

(الف) مدت انقباضات ۴۰-۶۰ ثانیه و در هر ۱۰ دقیقه ۳ بار تکرار شود.

(ب) مدت انقباضات ۴۰-۶۰ ثانیه و در هر ۲۰ دقیقه ۳ بار تکرار شود.

(ج) مدت انقباضات ۲۰-۴۰ ثانیه و در هر ۱۰ دقیقه ۳ بار تکرار شود.

(د) مدت انقباضات ۲۰-۴۰ ثانیه و در هر ۲۰ دقیقه ۳ بار تکرار شود.

۱۴. کدام آزمایش برای تعیین وجود سورفاکتانت در مایع آمنیوتیک به کار می رود؟

الف) Stress Test (ب) Non Stress Test

ج) Foam stability (د) Fern Test

۱۵. چه وقت نتیجه آزمایش ثبات کف مثبت تلقی می شود؟

الف) وجود حلقه های حباب در سطح مایع- هوای موجود پس از ۵ دقیقه.

ب) وجود حلقه های حباب در سطح مایع- هوای موجود پس از ۱۵ دقیقه.

ج) وجود حلقه های حباب در سطح مایع- هوای موجود پس از ۱۰ دقیقه.

د) وجود حلقه های حباب در سطح مایع- هوای موجود پس از ۳۰ دقیقه.

۱۶. خانم حامله ۴۰ هفته با شکایت عدم حرکات جنین طی ۲ روز گذشته و انقباضات رحمی مراجعه نموده، اقدام مناسب کدام است؟

الف) کنترل حرکات جنین (ب) سزارین (ج) اینداکشن (د) تست بدون استرس

۱۷. کدامیک از گزینه های زیر از علل زجر جنین محسوب نمی شود؟

الف) هیپوکسی مادر (ب) دیابت مادر

ج) افزایش فشارخون مادر (د) افزایش حجم خون مادر

۱۸. در برخورد با فردی که مشکوک به پست ترم است. کدام عامل در تصمیم گیری برای ختم حاملگی از اهمیت بیشتری برخوردار است؟

الف) Non- Reactive NST (ب) توقف حرکات تنفسی جنین

ج) کاهش واضح و شدید مایع آمنیون (د) وضعیت نامناسب دهانه رحم

۱۹. نتیجه تست بیوفیزیکی چگونه تفسیر می شود؟

الف) شماره ۶ تا ۱۰ طبیعی است. (ب) شماره ۶ مشکوک تلقی تکرار آزمایش ۲۴ ساعت بعد.

ج) شماره ۴ یا پایین تر بلافاصله زایمان صورت گیرد. (د) شماره ۲-۰ تکرار آزمایش در همان روز.

۲۰. خانم حامله ۳۵ هفته که ۱۴ ساعت قبل پرده های جنینی پاره شده در معاینه انقباضات رحمی وجود ندارد. ضربان قلب جنین منظم است؛ اقدام مناسب کدام است؟

الف) اینداکشن (ب) سزارین (ج) OCT (د) تست نیتراژین

پاسخنامه سئوالات فصل ششم

سؤال	الف	ب	ج	د
۱	*			
۲	*			
۳				*
۴	*			
۵			*	
۶			*	
۷		*		
۸	*			
۹	*			
۱۰			*	
۱۱				*
۱۲	*			
۱۳	*			
۱۴			*	
۱۵		*		
۱۶				*
۱۷				*
۱۸			*	
۱۹		*		
۲۰			*	

نکته مهم: داوطلبین محترم توجه فرمایید که با تهیه این جزوات دیگر نیاز به خرید هیچ

گونه کتاب مرجع دیگری نخواهید داشت. برای اطلاع از نحوه دریافت جزوات کامل با

شماره های زیر تماس حاصل فرمایید.

۰۲۱-۶۶۹۰۲۰۶۱-۶۶۹۰۲۰۳۸-۰۹۳۷۲۲۲۳۷۵۶

خرید اینترنتی:

<http://shop.nokh.ir>