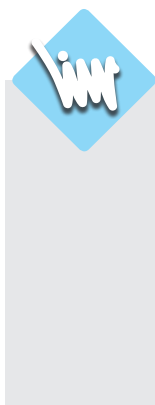


مامایی داخلی جراحی

گردآوری و تالیف:

هانیه عباسی نیا - فاطمه میرزائی - مریم محمدی



سرشناسه:

عنوان و نام پدیدآور:

مشخصات نشر:

مشخصات ظاهری:

شابک:

وضعیت فهرست نویسی:

موضوع:

عباسی نیا، هانیه، ۱۳۶۳-، گردآورنده

بیماری‌های داخلی و جراحی مربوط به مامایی/ گردآوری و تالیف هانیه عباسی نیا،

فاطمه میرزائی، مریم محمدی.

تهران: انتشارات علمی سنا، ۱۴۰۱.

۳۴۰ص: جدول.

۹۷۸-۶۰۰-۴۸۸-۴۳۶-۵

فیپا

بارداری -- عوارض و عواقب

Pregnancy -- Complications

مامایی

Midwifery

مامایی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها

.Midwifery -- Examinations, questions, etc

زنان -- بیماری‌ها

Women -- Diseases

محمدی، مریم، ۱۳۷۰-، گردآورنده

میرزایی، فاطمه، ۱۳۶۸-، گردآورنده

RG۵۷۱

۶۱۸/۳

۹۰۸۱۲۴۲

فیپا

شناسه افزوده:

شناسه افزوده:

رده بندی کنگره:

رده بندی دیویی:

شماره کتابشناسی ملی:

اطلاعات رکورد کتابشناسی:



انتشارات علمی سنا

بیماری‌های داخلی و جراحی مربوط به مامایی

نام کتاب

هانیه عباسی‌نیا - فاطمه میرزائی - مریم محمدی

گردآوری و تالیف

۹۷۸-۶۰۰-۴۸۸-۴۳۶-۵

شابک

دوم - ۱۴۰۳

نوبت چاپ

علیرضا زمانی

گرافیک

sanabook.com

فروش اینترنتی

۱۰۰ نسخه

تیراژ

برای مشاهده قیمت اسکن کنید.



«شما می‌توانید کتاب‌های مؤسسه علمی انتشاراتی را به صورت حضوری از کتابفروشی‌های

سراسر کشور و یا از نمایندگی‌های مؤسسه سنا واقع در کلیه استان‌ها تهیه نمایید.»

آدرس نمایندگی‌ها در سایت sanapezeshki.com و یا انتهای کتاب درج شده است.

مقدمه‌ی مولف

مقدمه:

با توجه به اینکه رفرنس درس داخلی جراحی در بارداری و زایمان کتاب ویلیامز می باشد که حجم بسیار سنگینی دارد بر آن شدیم تا مطالب و نکات مهم را دسته بندی کرده و بصورت نکته بنویسیم و در پایان کتاب هم تست های تالیفی و مهم را آورده ایم تا مطالعه این کتاب را برای دانشجویان مامایی آسانتر سازیم و نکات مهم در ذهن دانشجویان عزیز بیشتر تثبیت شود. این کتاب قابل استفاده برای دانشجویان مامایی برای آزمون ارشد و دکترا می باشد که در زمان اندک و با کارایی بالا می توانند آن را استفاده کنند.

در پایان از دست اندرکاران مجموعه انتشارات علمی سنا که ما را در چاپ و انتشار کتاب یاری کردند کمال تشکر را داریم.

فهرست

چاقی	۹
حاملگی و چاقی	۱۰
تدابیر درمانی هنگام زایمان	۱۲
مراقبت‌های ویژه و تروما	۱۳
تروما	۱۷
ملاحظات عمومی و ارزیابی مادر	۲۰
هیپرتانسیون مزمن	۲۵
اختلالات قلبی - عروقی	۳۰
بیماری‌های دریچه‌ای قلب	۳۵
بیماری‌های آنورت	۴۶
اختلالات ریوی (تنفسی)	۴۹
فیبروز کیستیک	۵۹
ترومبوز وریدی عمقی	۶۳
اختلالات کلیه و دستگاه ادراری	۶۹
اختلالات دستگاه گوارش	۸۱
اختلالات درمان شده در بارداری	۸۲
اختلالات دستگاه گوارش فوقانی	۸۲
بیماری التهابی روده	۸۶
کروموزوم ۱۶	۸۷
اختلالات کبد، کیسه صفرا و پانکراس	۹۰
اختلالات کیسه صفرا	۱۰۰

فهرست

اختلالات پانکراس (لوزالمعده).....	۱۰۱
اختلالات هماتولوژیک	۱۰۲
کم‌خونی همولیتیک	۱۰۴
اختلالات ارثی غشای اریتروسیت‌ها	۱۰۶
سندرم‌های تالاسمی	۱۰۹
اختلالات پلاکتی	۱۱۰
نقایص انعقادی ارثی	۱۱۳
دیابت شیرین	۱۱۵
اختلالات اندوکراین	۱۲۰
اختلالات غده فوق‌کلیه	۱۲۷
اختلالات هیپوفیز	۱۳۰
اختلالات بافت همبند	۱۳۱
اختلالات ارثی بافت همبند	۱۴۱
اختلالات نورولوژیک	۱۴۲
اختلالات تشنجی	۱۴۵
اختلالات گردش خون مغزی- عروقی شامل	۱۴۸
اختلالات دمیالینیزان (دژنراتیو).....	۱۵۴
اختلالات روانی	۱۶۷
اختلال دوقطبی	۱۷۰
اختلالات اضطرابی	۱۷۱
اختلالات اضطرابی در بارداری	۱۷۱

فهرست

اختلالات طیف اسکیزوفرنی	۱۷۱
اختلالات غذا خوردن	۱۷۲
اختلالات شخصیت	۱۷۲
اختلالات پوستی (درماتولوژیک)	۱۷۲
ظیماری‌های نئوپلاستیک	۱۸۲
تصویربرداری تشخیصی در دوران بارداری	۱۸۳
بیماری‌های عفونی	۲۱۶
بیماری‌های آمیزشی	۲۳۲
تشخیص پره ناتال	۲۳۶
سوزاک (گنوره)	۲۳۸
عفونت‌های منتشرگنوکوکی	۲۳۹
لنفوگرانولوم ونروم (LGV)	۲۴۱
بخش دوم - تست‌ها	۲۵۷



بخش اول

چاقی

تعاریف

- استفاده از شاخص توده بدن (BMI): تقسیم وزن (برحسب کیلوگرم) به مجذور قد (برحسب متر)
- تقسیم بزرگسالان براساس BMI: ۲۴/۹-۱۸/۵ (طبیعی)، ۲۵-۲۹/۹ (اضافه وزن)، ۳۰ یا بیشتر (چاقی)
- انواع چاقی براساس BMI: ۳۴/۹-۳۰ (کلاس I)، ۳۵-۳۹/۹ (کلاس II)، ۴۰ و بیشتر (کلاس III/چاقی مرضی)

سندرم متابولیک

- چاقی + عوامل ارثی = مقاومت به انسولین با ویژگی‌های اختلال متابولیسم گلوکز و افزایش احتمال ابتلا به دیابت نوع دو
- اختلالات ناشی از مقاومت به انسولین: دیابت نوع دو، دیس لیپیدمی، هیپرتانسیون

معیارهای تشخیص سندرم متابولیک (۳ یا بیش از این موارد)

۱. افزایش دور کمر (معیار ارجح)
۲. کاهش کلسترول HDL (< 40 در مردان و < 50 در زنان)
۳. افزایش میزان تری گلیسیریدها (≥ 150)
۴. افزایش فشارخون (سیستولی ≥ 130 و/یا دیاستولی ≥ 85) افزایش گلوکز ناشتا (≥ 100)
۵. میزان پلاسمایی بالای انسولین در زنان چاق مبتلا به هیپرتانسیون
۶. وجود سندرم متابولیک در اکثر مبتلایان به دیابت نوع دو

بیماری کبد چرب غیرالکلی یا استئاتوز کبدی (NAFLD)

- تجمع چربی اضافی در کبد در موارد چاقی
- پیشرفت استئاتوز به سمت استئاتوهپاتیت غیرالکلی (ASH) و سیروز و کارسینوم سلول کبدی (هپاتوسلولر)
- در مبتلایان به سندرم متابولیک
- یک چهارم موارد بیماری مزمن کبد جهانی در اثر NAFLD

موربیدیت مرتبط با چاقی

- عواقبی مانند: عدم تحمل گلوکز، هیپرتانسیون، دیس لیپیدمی، سندرم متابولیک
- ارتباط سندرم متابولیک و چاقی با بیماری‌های قلبی-عروقی مانند انفارکتوس میوکارد، فیبریلاسیون دهلیزی، نارسایی قلب، سکته مغزی
- تغییرات ساختاری مغزو کاهش عملکرد اجرایی و حافظه در بزرگسالان بر اثر مقاومت به انسولین و سندرم متابولیک

- همراهی چاقی با میزان بالاتر مرگ و میر زودهنگام ناشی از همه علل
- افزایش مرگ و میر ناشی از بیماری قلبی - عروقی و سرطان، متناسب با افزایش BMI
- در چاقی: لپتین، پروتئین واکنشی، اینترلوکین ۶، اختلال عملکرد اندوتلیال، VLDL، TG افزایش می یابد.
- در چاقی: کاهش آدیپونکتین و افزایش لپتین که منجر به افزایش فشارخون، افزایش دیابت، افزایش بیماریهای قلبی عروقی می شود.
- آدیپونکتین: اثر محافظتی بر روی قلب و لیپیدهای در گردش دارد.
- با افزایش هر واحد BMI کاهش پیشرونده و معنی دار لانه گزینی، حاملگی و تولد نوزاد زنده رخ می دهد.

درمان چاقی

- رویکردهای موفق: تکنیک های رفتاری، دارویی، جراحی یا ترکیب این ها
- تغییرات غذایی و ورزش سبب کاهش وزن و کاهش خطر سندرم متابولیک مرتبط با چاقی
- اقدامات فوق + جراحی باریاتریک = بهبود روند کنترل گلوکز در زنان مبتلا به دیابت نوع دو

حاملگی و چاقی

مخاطرات باروری در زنان چاق

۱. زایمان پره ترم
 ۲. عوارض مامایی و طبی و جراحی در رابطه با بارداری
 ۳. میزان شکست OCP ها بیشتر
 ۴. میزان بالاتر موربیدیت در نوزادان زنان چاق
 ۵. خطر مرگ مادر حامله ۴ برابر بیشتر
- عوارض در مادران دچار چاقی مرضی بسیار شدید (BMI ۵۰ یا بیشتر)**
- مادری: پره اکلامپسی، رشد بیش از حد جنین، سزارین
 - نوزادی: آسپیراسیون مکونیوم، نیاز به حمایت تهویه ای، مرگ نوزادی
 - افزایش میزان هیپرتانسیون، دیابت بارداری، افسردگی و اضطراب
 - چاقی و هیپرتانسیون: کو فاکتورهای شایع در نارسایی قلبی پری پارتوم
 - پیامدهای حاملگی در بیماری کبد چرب غیر الکلی: پره اکلامپسی، زایمان پره ترم، وزن کم هنگام تولد نوزادان، سزارین، دیابت بارداری

جدول : تقسیم بندی شدت آسم

شدت				ویژگی
مداوم				
شدید	متوسط	خفیف	متناوب	
در سرتاسر روز	هرروزه	بیش از دو روز در هفته، که به صورت هرروزه نیست.	۲ یا کمتر از ۲ روز در هفته	علائم
اکثر هفت روز هفته	بیش از یک بار در هفته، که به صورت هر شب نیست.	۳-۴ بار در ماه	۲ یا کمتر از ۲ بار در ماه	بیدار شدن از خواب در طول شب
چند بار در روز	هرروزه	۲ یا بیش از ۲ روز در هفته، اما نه بیش از یک بار در روز	۲ یا کمتر از ۲ روز در هفته	آگونیست های بتای کوتاه اثر برای علائم
محدودیت شدید	درجاتی از محدودیت	محدودیت خفیف	وجود ندارد	تداخل با فعالیت های عادی
کمتر از ۶۰ درصد مقدار پیش بینی شده	۶۰-۸۰ درصد مقدار پیش بینی شده	مساوی یا بیش از ۸۰ درصد مقدار پیش بینی شده	در بین تشدیدهای بیماری طبیعی است. بیش از ۸۰ درصد مقدار پیش بینی شده	عملکرد ریه FEV۱ (حجم بازدمی اجباری)
کاهش بیش از ۵ درصدی	کاهش ۵ درصدی	طبیعی	طبیعی	FVC / FEV۱

FVC: ظرفیت حیاتی اجباری

برونشیت حاد

- عفونت راه های هوایی بزرگ
- علائم: سرفه و بدون پنومونیت
- در زمستان شایع
- عفونت در اثر ویروس ها ایجاد می شود.
- درمان آنتی بیوتیک اندیکاسیون ندارد.

پنومونی

- در زنان حامله شایع
- یکی از اندیکاسیون‌های شایع بستری شدن در دوره بعد از زایمان
- بهترین درمان در حاملگی: اریترومايسين

علل پنومونی

- ویروس‌ها (نیمی از موارد)
- باکتریایی (یک چهارم موارد): شایع‌ترین استرپتوکوک پنومونیه
- استافیلوکوک طلايي مقاوم به متی‌سیلین

تشخیص

- علائم تبییک پنومونی؛ سرفه، تنگی نفس، تولید خلط و درد پلوریتیک قفسه سینه، لکوسیتوز خفیف
- رادیوگرافی برای تشخیص ضروری است.

تدابیر درمانی

- بستری کردن زنان حامله
- در برخی موارد؛ درمان سرپایی یا نظارت ۲۴ ساعته
- پنومونی شدید، یکی از علل شایع سندرم دیسترس تنفسی حاد در دوران حاملگی
- درمان ضد میکروبی؛ آزیترومایسین، کلاریترومایسین، اریترومايسين
- درمان ضد ویروسی؛ اوسلتامیویر

اندیکاسیون‌های بستری زنان باردار مبتلا به پنومونی

- تعداد تنفس مساوی یا بیش از ۳۰ بار در دقیقه
- ارتشاحات چند لبولی
- کنفوزیون
- اورمی
- لکوپنی؛ WBC کمتر از ۴۰۰۰ عدد در میکرولیتر
- ترومبوسیتوپنی؛ پلاکت کمتر از ۱۰۰ هزار عدد در میکرولیتر
- هیپوترمی؛ حرارت مرکزی کمتر از ۳۶ درجه سانتی‌گراد
- هیپوتانسیون که مستلزم احیای همه جانبه با مایعات
- $\text{Fio}_2 / \text{pao}_2$: (نسبت فشار نسبی اکسیژن در خون شریانی بر اکسیژن دمی): مساوی یا کمتر از ۲۵۰

✦ اختلالات درمان شده در بارداری

- آشالازی، آسیب مری، استفراغ شدید حاملگی، انسداد اوستومی، انسداد روده، بای پس ژژنوالیئال، بدخیمی‌ها، بی‌اشتهایی عصبی، بیماری کرون پارگی آپاندیس، پانکراتیت
- سکتة مغزی، سوختگی‌ها، سندرم پره اکلامپسی، سندرم روده کوتاه، کله سیستیت، کولیت اولسراتیو، گاستروپاتی دیابتی
- اختلالات گوارشی شایع‌ترین اندیکاسیون و مدت متوسط درمان ۳۳ روز
- عوارض شایع تغذیه پارانترال: پنوموتوراکس، هموتوراکس، آسیب شبکه بازویی، سپسیس ناشی از کاتتر (شایع‌ترین عارضه جدی)
- هماتوم ساب دورال جنین در اثر کمبود ویتامین K مادر
- عفونت، شایع‌ترین عارضه طولانی مدت ناشی از کاتتر مرکزی کار گذاشته شده از طریق محیطی (PICC)

✦ اختلالات دستگاه گوارش فوقانی

استفراغ شدید حاملگی (هیپرامزیس گراویداروم)

- استفراغی که شدت آن به حدی است که سبب کاهش وزن، دهیدراتاسیون، کتوز، آلكالوز و هیپوکالمی می‌شود.
- اسیدوز در اثر گرسنگی نسبی، اختلال گذرای عملکرد کبد، تجمع لجن صفراوی
- وجود گرایش نژادی یا خانوادگی
- ارتباط با بالا بودن یا افزایش سریع میزان سرمی هورمون‌های مرتبط با حاملگی: HCG، استروژن، پروژسترون، لپتین، هورمون رشد جفتی، پرولاکتین، تیروکسین، هورمون آدرنوکورتیکوتروپیک و احتمالاً گرلین‌ها، نسفاتین
- ۱ و پپتید YY
- استفراغ شدید حاملگی: PTL دکولمان و پره اکلامسی

عوامل افزاینده احتمال بستری

- هیپرتیروئیدی، سابقه حاملگی مولی، دیابت، بیماری‌های گوارشی، برخی رژیم‌های غذایی محدودکننده، آسم و سایر اختلالات آلرژیک
- عوارض
- درجات متنوع نارسایی حاد کلیه، پارگی مالوری-ویس، پنوموتوراکس، پنومومدیاستن، پارگی دیافراگم، پارگی معده ای-مروی (سندرم بوئر‌هاو)
- اسیدوز ناشی از گرسنگی
- آلكالوز ناشی از دفع HCL

تشخیص پره‌ناتال

- تشخیص قبل از تولد بیماری سلول داسی؛ با استفاده از نمونه‌های پرزهای کوریونی، یا آمینوسنتز

سندرم‌های تالاسمی

تالاسمی‌های آلفا

- توارث تالاسمی آلفا پیچیده‌تر از توارث تالاسمی بتا
- عدم وجود زنجیره‌های آلفا در هموگلوبین جنینی
- جایگزینی هموگلوبین $H(\beta^4)$ و هموگلوبین $H(\beta^4)$ در تالاسمی آلفای هموزیگوت در جنین
- شیوع آلفا تالاسمی مینور ۲ درصد
- بیماری هموگلوبین $H(\beta^4)$ و هموگلوبین $H(\beta^4)$ ؛ نادر
- تشخیص تالاسمی بتای مینور و آلفای مینور در جنین؛ از طریق آنالیز DNA با روش‌های مولکولی
- تشخیص هموگلوبین بارت در جنین؛ با استفاده از الکتروفورز موئینه‌ای

حاملگی

- اندازه‌گیری سونوگرافیک نسبت قلب به قفسه سینه جنین در هفته‌های ۱۲ تا ۱۳ حاملگی، برای شناسایی نوزادان مبتلا به بیماری هموگلوبین بارت

جدول: ژنوتیپ‌ها و فنوتیپ‌های سندرم‌های تالاسمی آلفا

ژنوتیپ	ژنوتیپ	فنوتیپ
طبیعی	$\alpha\alpha / \alpha\alpha$	طبیعی
هتروزیگوت α^+ + تالاسمی	$\alpha\alpha / -\alpha$	طبیعی؛ حامل بی علامت
	$\alpha\alpha / -\alpha$	
تالاسمی α^+ + هموزیگوت ۱	$\alpha\alpha / -\alpha$	تالاسمی آلفای مینور - کم خونی خفیف
تالاسمی α^0 + هموزیگوت ۲	$\alpha\alpha / -\alpha$	هیپوکروم میکروسیتی
هتروزیگوت مرکب α^+ / α^0	$\alpha\alpha / -\alpha$	هموگلوبین $H(\beta^4)$ ، همراه با کم خونی همولیتیک متوسط تا شدید
تالاسمی آلفای هموزیگوت	$--- / ---$	بیماری هموگلوبین بارت (۷۴)، هیدروپس جنینی

۱. در آمریکایی‌های آفریقایی تبار شایع‌تر ۰.۲ در آمریکایی‌های آسیایی تبار شایع‌تر

- نمای بالینی متغیر از خفیف تا شدید
- خطرات مرتبط با بارداری: شکستگی‌ها، عوارض مرتبط با اسکولیوز، میکروگناتی، دندان‌های شکننده، بی‌ثباتی ستون فقرات گردنی، پارگی رحم و عدم تناسب سری-لگنی
- درمان: اداره شکستگی‌ها و احتمالاً تجویز بیس فسفونات‌ها (برای کاهش اتلاف استخوان)
- احتمال درگیری جنین و شکستگی‌های داخل رحم یا حین زایمان

جدول ۱-۵۹: معیارهای تقسیم‌بندی آرتریت روماتوئید (تشخیص قطعی در صورت وجود امتیاز ۶ یا بیشتر)		
درگیری مفصلی	یک مفصل بزرگ: شانه، آرنج، هیپ، زانو، مچ پا	صفر
	۱۰-۲ مفصل بزرگ	۱
	۳-۱ مفصل کوچک: MCP, PIP, IP شست دست، MTP، مچ دست‌ها	۲
	۱۰-۴ مفصل کوچک	۳
	بالای ۱۰؛ حداقل یک مفصل کوچک	۵
بررسی سرولوژیک	RF منفی و ACPA منفی	صفر
	نتیجه «مثبت پایین» RF یا آنتی CCP	۲
	نتیجه «مثبت بالای» RF یا آنتی CCP	۳
واکنش دهنده‌های فاز حاد	طبیعی بودن ESR و CRP	صفر
	غیرطبیعی بودن ESR و CRP	۱
مدت علائم	کمتر از ۶ هفته	صفر
	۶ هفته یا بیشتر	۱

✎ اختلالات نورولوژیک

- در بارداری اغلب بیماری‌های نورولوژیک کاهش می‌یابند.
- بیماری‌های شایع‌تر در بارداری فلج بل، برخی انواع سکته مغزی، هایپرتنشن خوش‌خیم داخل جمجمه (تومور کاذب مغزی).
- تصویربرداری از دستگاه عصبی مرکزی (CNS) در بارداری سیتی اسکن (CT) در موارد نیاز تشخیص سریع کاربرد دارد و همچنین برای تشخیص خونریزی‌های اخیر ارزش بالایی دارد.
- MRI به دلیل عدم استفاده از اشعه ارجح است.

کاربردهای اصلی MRI

- تشخیص بیماری‌های دمیلبینازان

عوارض بارداری در افراد مبتلا به صرع

- افزایش احتمال سزارین
- پراکلامپسی
- خونریزی های پست پارتوم
- افزایش خطر افسردگی پست پارتوم
- احتمال ابتلا به اختلال تشنج در نوزاد مادر مبتلا به صرع ۱۰٪ است .
- ناهنجاری های مادرزادی با مصرف درمان تک دارویی در مقایسه با مصرف چند دارویی خطر کمتری دارد .
- فنی توئین و فنو باربیتال سبب افزایش خطر ناهنجاری های ماژور به ۲ الی ۳ برابر خط پایه می شوند .
- والپروات سدیم ، تراتوژن بسیار قوی و خطر تراتوژنی اثر وابسته به دوز دارد. افزایش خطر ناهنجاری های مادرزادی را ۸-۴ برابر افزایش می دهد.

پیشگیری از تشنج در بارداری

- درمان تهوع و استفراغ
- از محرک های ایجادکننده تشنج اجتناب شود.
- تأکید پذیرش درمان

اقدامات درمانی

- کمترین دوز مؤثر برای کنترل تشنج توصیه می شود .
- سنجش مقادیر سرمی داروها در بارداری برای داروهای جدید مثل لاموتریژن و اکس کاربازپین امکان پایش بیشتر است .
- با مصرف داروهای ضد تشنج در بارداری بررسی هدفمند سونوگرافی در میانه بارداری توصیه می شود .
- احتمال افزایش میزان شکست OCP با مصرف داروهای ضد تشنج وجود دارد و توصیه به استفاده از سایر روش های پیشگیری از بارداری می شود .

✎ اختلالات گردش خون مغزی- عروقی شامل

- سکته های مغزی (ایسکمیک و هموراژیک)
- اختلالات آناتومیک (ناهنجاری های شریانی- وریدی و آنوریسم ها)
- در زنان احتمال ابتلا به سکته مغزی در تمام طول عمر و همچنین میزان مرگ و میر مرتبط با آن، بیشتر از مردان است.
- بارداری هم خطر فوری و هم خطر تمام عمر سکته های مغزی ایسکمیک و هموراژیک را افزایش می دهد.
- اغلب موارد سکته های مغزی در بارداری مرتبط با فشارخون بالا یا بیماری قلبی می باشند.



۲

بخش دوم:

تست‌ها

۱. کدام یک از موارد زیر در خانم حامله چاق شیوع کمتری دارد؟

- الف) موربیدیتی ناشی از عفونت چست پارتوم
 ب) شیردهی موفق
 ج) شکست روش های جلوگیری هورمونال
 د) میزان سزارین
- پاسخ: الف ب ج د

۲. کدام یک از اختلالات زیر ناشی از مقاومت به انسولین نمی باشد؟

- الف) دیابت نوع I
 ب) دیابت نوع II
 ج) دیس لیپیدمی
 د) هیپرتانسیون
- پاسخ: الف ب ج د

۳. کدام گزینه از معیارهای تشخیصی سندرم متابولیک نیست؟

- الف) افزایش دور کمر
 ب) افزایش فشارخون
 ج) افزایش کلسترول HDL
 د) افزایش تری گلیسریدها
- پاسخ: الف ب ج د

۴. کدام گزینه درباره استئاتوز کبدی (NAFLD) نادرست است؟

- الف) ۵۰٪ موارد بیماری مزمن کبد جهانی در اثر آن است.
 ب) در اثر تجمع چربی اضافی در کبد در افراد چاق ایجاد می شود.
 ج) در مبتلایان به سندرم متابولیک به سمت سیروز پیشرفت می کند.
 د) با هر دو نوع کشنده و غیر کشنده بیماری قلبی-عروقی ارتباط دارد.
- پاسخ: الف ب ج د

۵. چاقی با همه بیماری های قلبی زیر مرتبط است به جز؟

- الف) انفارکتوس میوکارد
 ب) سکته مغزی
 ج) نارسایی قلبی
 د) فیبریلاسیون بطنی
- پاسخ: الف ب ج د

۶. کدام گزینه از مخاطرات باروری در زنان چاق نمی باشد؟

- الف) زایمان پست ترم
 ب) زایمان پره ترم
 ج) سقط راجعه
 د) سقط زودرس
- پاسخ: الف ب ج د

۷. کدام یک جزء عوارض نوزادی در مادران دچار چاقی مرضی بسیار شدید نیست؟

- الف) مرگ نوزادی
 ب) هیپرپیلی روبینمی
 ج) آسپیراسیون مکنونیوم
 د) نیاز به حمایت تهویه ای
- پاسخ: الف ب ج د

۸. چاقی نادر قبل از بارداری با کدام مورد زیر ارتباط مستقیم دارد؟

- الف) چاقی مرکزی
 ب) سندرم متابولیک
 ج) اختلالات لیپیدی
 د) همه موارد
- پاسخ: الف ب ج د

۹. کدام مطلب درباره بیهوشی در زنان چاق صحیح نیست؟

- الف) انجام آنالژزی اپیدورال و اسپینال در آن‌ها دشوار است.
 ب) همه زنان چاق باید توسط متخصص بیهوشی بررسی شوند.
 ج) عوارض ناشی از شکست لوله گذاری در آنان بیشتر از افراد با وزن طبیعی است.
 د) یکی از عوارض آنالژزی منطقه ای، افزایش مدت اقدام نورآگزپال می باشد.

پاسخ: الف ب ج د

۱۰. کدام گزینه از پیامدهای حاملگی در بیماری کبد چرب غیر الکلی نمی باشد؟

- الف) پره اکلامپسی
 ب) سزارین
 ج) زایمان پست ترم
 د) دیابت بارداری

پاسخ: الف ب ج د

۱۱. کدام گروه باکتری‌ها، با بیشترین شیوع سبب ایجاد شوک سپتیک می شود؟

- الف) آنتروباکتریاسه
 ب) استرپتوکوک‌های بی هوازی
 ج) گونه‌های باکترئیدس
 د) گونه‌های کلوستریدیوم

پاسخ: الف ب ج د

۱۲. در شرایط طبیعی، فشار کولونید انکوتیک با گرا دیان فشار گوه‌ای چقدر است؟

- الف) ۲ میلی متر جیوه
 ب) ۴ میلی متر جیوه
 ج) ۶ میلی متر جیوه
 د) ۸ یا بیشتر از ۸ میلی متر جیوه

پاسخ: الف ب ج د

۱۳. کدام یک از پاتوژن‌های زیر دارای آگزوتوکسینی است که سبب نکروز گسترده بافتی و گانگرن می شود؟

- الف) اشریشیا کولی
 ب) پروتئوس میرابیلیس
 ج) استافیلوکوک طلایی
 د) کبسیلا پنومونیه

پاسخ: الف ب ج د

۱۴. شایعترین علت تمام مرگ‌های تروماتیک جنین کدام است؟

- الف) خودکشی مادر
 ب) زخم چاقو
 ج) زخم گلوله
 د) تصادف وسایل نقلیه موتوری

پاسخ: الف ب ج د

۱۵. شایعترین علت ترومای غیرنافذ خطرناک در دوران حاملگی کدام است؟

- الف) حوادث وسایل نقلیه موتوری
 ب) خشونت‌های خانگی
 ج) حوادث ورزشی
 د) افتادن از بلندی

الف ب ج د

۱۶. تمام موارد زیر جزو عوامل خطر خشونت خانگی در دوران حاملگی هستند، به جز:

- الف) فقر
 ب) مصرف داروهای غیرمجاز
 ج) سن بالای ۳۵ سال
 د) وضعیت اجتماعی-اقتصادی پایین

پاسخ: الف ب ج د

۵۱۷. کدام گزینه جزء عوامل خطر ابتلای مادر باردار به سیفلیس است؟

- الف) سوء مصرف مواد به ویژه کوکائین
 ب) ناکافی بودن مراقبت های پره ناتال و غربالگری
 ج) شکست درمان و عفونت مجدد
 د) همه گزینه ها صحیح می باشد
- پاسخ: الف ب ج د

۵۱۸. شایع ترین روش انتقال تروپونما از مادر به جنین می باشد؟

- الف) از طریق جفت
 ب) پرده های جنینی
 ج) هنگام زایمان
 د) خون شریانی بندناف
- پاسخ: الف ب ج د

۵۱۹. مادر بارداری مبتلا به سیفلیس به پزشک مراجعه می کند نگرانی او در مورد تاثیر سیفلیس بر جنین است احتمال کدام عارضه در جنین این مادر وجود ندارد؟

- الف) محدودیت رشد داخل رحمی
 ب) ناهنجاری مادرزادی
 ج) زایمان پره ترم
 د) مرگ جنین
- پاسخ: الف ب ج د

۵۲۰. کدام گزینه جزء ویژگی های سیفلیس ثانویه نمی باشد؟

- الف) پس از انتشار تروپونما و درگیری اعضاء متعدد بدن
 ب) ضایعات پوستی به صورت راش ماکولار منتشر
 ج) در ۵٪ دچار مننژیت آسپتیک
 د) علائم ۱۰-۴ هفته بعد از پیدایش شانکر رخ می دهد
- پاسخ: الف ب ج د

۵۲۱. کدام گزینه جزء عوارض جنین مبتلا به سیفلیس است؟

- الف) اختلالات کبدی جنین
 ب) ترومبوسایتوپنی
 ج) آسیت و هیدرپس
 د) هر سه گزینه
- پاسخ: الف ب ج د

۵۲۲. کدام گزینه جزء عوارض نوزاد مبتلا به سیفلیس نمی باشد؟

- الف) زردی همراه با پتشی
 ب) رینیت
 ج) کم خونی
 د) میوکاردیت
- پاسخ: الف ب ج د

۵۲۳. کدام گزینه در مورد تشخیص سیفلیس صحیح نیست؟

- الف) در تمام زنان باردار غربالگری پره ناتال در اولین ویزیت انجام می شود.
 ب) بهترین روش تشخیص ضایعات مراحل اولیه بررسی آگزوداهای ضایعه توسط میکروسکوپ زمینه تاریک
 ج) تست PPR (آزین سریع پلاسما) جزء تست های غیر تروپونمایی
 د) کشت تروپونما در نمونه های بالینی امکان پذیر است.
- پاسخ: الف ب ج د

۵۴۳. اتیولوژی شانکرهای نرم کدام ارگانسیم است؟

- الف) تریونماپالیدوم
 ب) هموفیلوس دوکره ای
 ج) تریکوکونا وازینالیس
 د) کالیماتوباکتریوم
- پاسخ: الف ب ج د

۵۴۴. تمایز لنفوگرانولوم ونروم از کدام بیماری دشوارتر است؟

- الف) شانکروید
 ب) گرانولوم اینگوینال
 ج) ولویت ناشی از ویروس هرپس
 د) سفلیس
- پاسخ: الف ب ج د

۵۴۵. دوره کمون عفونت اولیه ویروس هرپس چند روز است؟

- الف) ۶-۸ روز
 ب) ۱۵-۱۰ روز
 ج) ۲۰-۱۶ روز
 د) ۳۶-۲۶ روز
- پاسخ: الف ب ج د

۵۴۶. شایعترین علامت عفونت کلامیدیایی در بارداری کدام است؟

- الف) ترشحات فراوان
 ب) سقط عفونی
 ج) عفونت بدون علامت
 د) محدودیت رشد جنین
- پاسخ: الف ب ج د

۵۴۷. شایع‌ترین روش انتقال تریونماپالیدوم به جنین کدام است؟

- الف) جفت
 ب) هنگام زایمان
 ج) پرده‌های جنینی
 د) هیچ‌کدام

۵۴۸. انتقال عمودی کلامیدیا سبب کدام عفونت نوزادی می‌شود؟

- الف) سپسیس
 ب) کنژکتیویت
 ج) عفونت مجاری ادراری
 د) درماتیت
- پاسخ: الف ب ج د

۵۴۹. شایع‌ترین تظاهرات سفلیس ثانویه کدام است؟

- الف) تظاهرات عصبی
 ب) تظاهرات قلبی
 ج) تظاهرات درماتولوژیک
 د) تظاهرات اسکلتی عضلانی
- پاسخ: الف ب ج د