

آپدیت (۳)

مامایی - زنان



گردآوری و تألیف :

دکتر مهدی مخملی



سلام به همراهان همیشگی مدمشاوَر. سال ۱۳۹۶ که اولین پروژه تالیف مدمشاوَر (آپدیت درسنامه پوست) رو شروع کردیم، شاید فکر نمی‌کردیم یه روزی به این نقطه برسیم، نهالی که سال ۱۳۹۶ کاشتیم، با حمایت شما همکاران عزیز داره تبدیل به یک درخت تنومند میشه. اعتماد شما به انتشارات مدمشاوَر، مسئولیت ما رو سنگین تر می‌کنه. به همکارانم در تیم تالیف افتخار می‌کنم که بعد از تالیف ۲۸ عنوان درسنامه ریپید، پروژه "درسنامه های آپدیت" رو به سرعت شروع کردند و در فاصله کوتاه از تغییرات منابع، این درسنامه ها در اختیار شما قرار میگیره.

درسنامه های آپدیت قراره چه کمکی به ما بکنه؟

همونطور که می‌دونید، منبع درس‌های فارماکولوژی، ارتوپدی، روانپزشکی، پاتولوژی، رادیولوژی و زنان، برای آزمون دستیاری ۱۴۰۵ تغییر کرده. در بعضی از موارد این تغییرات بسیار جزئی و قابل چشم پوشی بوده ولی در بعضی موارد هم تغییرات مهمی در مباحث سوال خیز داشتیم. برای پوشش این تغییرات منابع، دو نوع محصول در اختیار شما قرار خواهد گرفت:

۱. **درسنامه های آپدیت:** (همین درسنامه) در این درسنامه ها "صرفاً مباحث تغییر کرده نسبت به منبع قبلی" آورده شده. بنابراین اگر قبلاً درسنامه های ریپید مدمشاوَر یا سایر درسنامه های موجود در در بازار رو تهیه کردید، نیاز به تهیه درسنامه جدید نخواهید داشت. کافیه در کنار درسنامه قدیمی تون همین درسنامه آپدیت رو مطالعه کنید تا متوجه تغییرات مهم بشید.
۲. **به روز رسانی درسنامه های ریپید:** علاوه بر چاپ درسنامه های آپدیت، خودِ درسنامه های ریپید هم به روزرسانی میشن، پس دوستانی که قبلاً درسنامه ای رو تهیه نکردن و برای اولین بار دارن درسنامه های ریپید جدید رو تهیه می‌کنن نیازی به درسنامه آپدیت نخواهند داشت.

به کمک تون نیاز داریم!

دوتا خواهش دارم ازتون که انشا... بتونیم این مسیر رو با انرژی ادامه بدیم.

۱. زحمت خیلی خیلی زیادی برای این درسنامه ها کشیده شده. لطفاً کپی نکنید. همین! (آه و ناله و نفرین هم نمی‌کنم! چون هرکسی بخواد کپی کنه هزاران توجیه میتونه درست کنه!). کپی کردن درسنامه ها باعث خواهد شد انگیزه ای برای ادامه این مسیر و چاپ کتاب های با کیفیت نداشته باشیم.
۲. ما تمام سعی مون رو می‌کنیم که درسنامه ها با کمترین اشکالات علمی و نگارشی دستتون برسه. ولی هیچ کار تالیفی خالی از اشکال نیست. پس حتماً از پیشنهادات و نقدهای سازنده تون استقبال می‌کنیم. دوستانی که در زمینه رفع اشکال درسنامه ها کمک مون میکنن، زحماتشون رو جبران خواهیم کرد.

با آرزوی موفقیت

دکتر میثم شریفی

مدیر مسئول انتشارات مدمشاوَر

فهرست

- فصل ۱: معاینه سلامت زنان و مدیریت مراقبت سلامت زنان ۱
- فصل ۲: نقش متخصص زنان و زایمان در غربالگری و پیشگیری ۱
- فصل ۳: اخلاق، مسئولیت و ایمنی بیمار در زنان و زایمان ۵
- فصل ۴: جنین شناسی و آناتومی ۷
- فصل ۵: فیزیولوژی مادر و جنین ۷
- فصل ۶: مراقبت پیش بارداری ۸
- فصل ۷: ژنتیک در زنان و مامایی ۱۰
- فصل ۸: مراقبت حین زایمان ۱۰
- فصل ۹: زایمان غیر طبیعی و نظارت بر جنین در حین زایمان ۱۲
- فصل ۱۰: مراقبت های فوری نوزاد ۱۲
- فصل ۱۱: مراقبت پس از زایمان ۱۴
- فصل ۱۲: خونریزی پس از زایمان ۱۶
- فصل ۱۳: حاملگی چندقلویی ۱۷
- فصل ۱۴: اختلالات رشد جنین، محدودیت رشد جنین و ماکروزومی ۱۸
- فصل ۱۵: زایمان زودرس ۱۹
- فصل ۱۶: خونریزی سه ماهه سوم ۲۰
- فصل ۱۷: پارگی زودرس پرده ها ۲۰
- فصل ۱۸: حاملگی پست ترم ۲۱
- فصل ۱۹: حاملگی خارج رحمی و سقط ۲۳
- فصل ۲۰: اختلالات اندوکراین در حاملگی ۲۵
- فصل ۲۱: عوارض گوارشی، کلیوی و جراحی ۲۸
- فصل ۲۲: قلبی و تنفسی ۳۱
- فصل ۲۳: عوارض هماتولوژیک و ایمنولوژیک ۳۳
- فصل ۲۴: بیماری های عفونی ۳۵
- فصل ۲۵: اختلالات نورولوژیک و روانپزشکی ۳۶
- فصل ۲۶: تنظیم خانواده ۳۹

فصل ۲۷: عقیم سازی	۴۹
فصل ۲۸: ولوواژینیت	۵۰
فصل ۲۹: بیماری‌های منتقله از راه جنسی	۵۱
فصل ۳۰: پرولاپس ارگان‌های لگنی، بی‌اختیاری ادرار و عفونت مجرای ادراری	۵۲
فصل ۳۱: اندومتریوز	۵۴
فصل ۳۲: دیسمنوره و درد مزمن لگنی	۵۵
فصل ۳۳: فعالیت جنسی	۵۵
فصل ۳۴: تعرض جنسی و خشونت خانگی	۵۵
فصل ۳۵: سیکل‌های باروری	۵۶
فصل ۳۶: بلوغ	۵۶
فصل ۳۷: آمنوره و خون‌ریزی غیر طبیعی رحم	۵۷
فصل ۳۸: هیرسوتیسم و ویریلیزاسیون	۵۸
فصل ۳۹: یائسگی	۵۹
فصل ۴۰: نازایی	۵۹
فصل ۴۱: سندروم پیش از قاعدگی و اختلال افسردگی پیش از قاعدگی	۵۹
فصل ۴۲: بیولوژی سلول و درمان سرطان	۶۰
فصل ۴۳: بیماری تروفوبلاستیک حاملگی	۶۰
فصل ۴۴: بیماری و نئوپلاسم وولو و واژن	۶۱
فصل ۴۵: سرطان سرویکس	۶۲
فصل ۴۶: لیومیوم و نئوپلازی رحمی	۶۴
فصل ۴۷: سرطان جسم رحم	۶۴
فصل ۴۸: بیماری‌های تخمدان و آدنکس	۶۶

فصل ششم: مراقبت پیش بارداری

سوال: خانم ۳۰ ساله‌ای برای مشاوره پیش از بارداری مراجعه کرده است. شما تصمیم دارید وضعیت ایمنی او را نسبت به برخی بیماری‌های قابل پیشگیری با واکسن بررسی و در صورت نیاز واکسیناسیون انجام دهید. کدام یک از واکسن‌های زیر را برای این بیمار تجویز نمی‌کنید؟

- ۱) واکسن دیفتی-کزاز-سیاه‌سرفه (Tdap)
- ۲) واکسن سرخک-اوریون-سرخجه (MMR)
- ۳) واکسن OPV
- ۴) واکسن پنوموکوک

مشاوره و مراقبت پیش از بارداری

- در ویراست جدید کتاب بکمن غربالگری CF (فیروز سیستمیک) و SMA در تمامی زوج‌ها توصیه شده است.
- واکسیناسیون برای افراد حساس و در معرض خطر به‌طور ایده‌آل باید پیش از بارداری انجام شود. واکسیناسیون برای بیماری‌های سرخک، اوریون، دیفتی، کزاز، سیاه‌سرفه، واریسلا، سرخجه، هپاتیت A و B، مننگوکوک و پنوموکوک توصیه می‌گردد. (واکسیناسیون علیه سرخک، اوریون، دیفتی، کزاز در ویراست جدید به لیست اضافه شده است.)

- تزریق واکسن HPV برای تمام زنان کوچکتر از ۲۶ سال توصیه می‌شود ولی می‌توان تا سن ۴۵ سالگی نیز واکسیناسیون علیه HPV را در نظر گرفت. (این قسمت در ویراست جدید اضافه شده است.)

- در صورت وجود احتمال ابتلا به HIV (از طریق رابطه جنسی یا مواد مخدر) استفاده از درمان پروفیلاکسی توصیه می‌شود. (این مطلب در ویراست جدید کتاب اضافه شده است.)

● **جواب:** گزینه ۳

سوال: خانم ۲۹ ساله‌ای با تاخیر قاعدگی و نتیجه مثبت تست بارداری مراجعه کرده است. سطح سرمی β -hCG برابر با ۱۴۰۰ mIU/mL گزارش شده ولی در سونوگرافی ترانس‌واژینال هیچ ساک بارداری داخل رحمی مشاهده نمی‌شود. بیمار علائم حیاتی پایدار دارد و تمایل به حفظ بارداری دارد. در این شرایط، با توجه به یافته‌های آزمایشگاهی و تصویربرداری، بهترین اقدام کدام است؟

- ۱) تشخیص بارداری خارج‌رحمی محتمل است و باید درمان با متوترکسات شروع شود.
- ۲) با توجه به سطح β -hCG و نبود ساک بارداری، انجام کورتاژ تشخیصی ضرورت دارد.
- ۳) بیمار در وضعیت پایدار است؛ بنابراین باید β -hCG و سونوگرافی در ۴۸ تا ۷۲ ساعت آینده تکرار شود.
- ۴) تکرار تست حاملگی و سونوگرافی یک هفته بعد.

تعیین سن بارداری

- β -hCG معادل ۱۵۰۰ mIU/mL در بارداری تک‌قلو اغلب به‌عنوان حد آستانه رویت ساک حاملگی داخل رحمی و رد تشخیص حاملگی خارج رحمی در نظر گرفته می‌شود. اگر سطح β -hCG بیش از ۴۰۰۰ mIU/mL باشد، جنین و فعالیت قلبی او در تمام انواع سونوگرافی قابل رویت است. در صورت عدم تشخیص اولیه بارداری داخل رحمی در فرد با تست بارداری مثبت، به شرط Stable بودن بیمار، می‌توان β -hCG و سونوگرافی را ۴۸ تا ۷۲ ساعت بعد تکرار کرد. (این جمله در ویراست جدید اضافه شده است.)

سوال: خانم ۳۰ ساله با آزمایش خون و سونوگرافی مبنی بر حاملگی به مطب شما مراجعه نموده است. سن حاملگی بیمار بر اساس LMP، ۷ هفته و ۰ روز و بر اساس سونوگرافی ۷ هفته و ۵ روز می‌باشد. کدام یک از گزینه‌های زیر درباره سن حاملگی بیمار صحیح است؟

- ۱) سن بر اساس LMP را مبنا قرار می‌دهیم.
- ۲) سن بر اساس سونوگرافی را مبنا قرار می‌دهیم.
- ۳) میانگین سن بر اساس LMP و سونوگرافی را مبنا قرار می‌دهیم.
- ۴) بر اساس سونوگرافی ۳ ماهه دوم تصمیم می‌گیریم.

این سوال یکی از سوالات کتاب بکمن بوده و پاسخ آن به شرح زیر است:

سونوگرافی در ۳ ماهه اول، سن حاملگی را با دقت ۳ تا ۵ روز (کمتر از ۱ هفته) می‌تواند تخمین بزند. در بیمارانی که تاریخ LMP مشخص نیست یا تفاوت سن حاملگی بر مبنای LMP با سونوگرافی بیش از ۸ روز است، سن حاملگی گزارش شده در سونوگرافی مبنا قرار می‌گیرد.

● **جواب:** گزینه ۱

سوال: خانم ۳۴ ساله‌ای در هفته ۳۵ بارداری به شما مراجعه نموده است. به دلیل تشخیص GDM، از ۲۴ هفته‌گی فعالیت ورزشی منظم دارد. در صورت وقوع کدام یک از علائم زیر در هنگام ورزش، بیمار باید فعالیت ورزشی خود را متوقف کند؟

- ۱) اسپاسم عضلانی
- ۲) درد قفسه سینه
- ۳) انقباضات گهگاهی رحمی
- ۴) بدن درد

ورزش در بارداری

- جدول مربوط به ممنوعیت انجام ورزش‌های هوازی در حاملگی حذف شده است.

- در جدول مربوط به ((نشانه‌های هشداردهنده برای متوقف کردن ورزش در زنان حامله))، عبارت ((ضعف عضلانی)) به ((ضعف عضلانی که موجب اختلال در تعادل



نموده است. بیمار تحت اینداکشن با اکسی توسین قرار می‌گیرد. ۳ ساعت بعد متوجه تب ۳۹ درجه مادر و تاکی کاردی جنین می‌شوید. در معاینه، لیبر پیشرفت مناسبی نداشته است و بیمار کاندید سزارین می‌شود. پس از انجام سزارین، بیمار دچار خونریزی شدید پس از زایمان می‌گردد. کدامیک از موارد زیر در ایجاد خونریزی پس از زایمان در این بیمار نقش نداشته است؟

- (۱) سن مادر (۲) تعداد زیاد زایمان‌های قبلی (۳) کوریوآمنیونیت (۴) دریافت اکسی توسین خونریزی پس از زایمان

• در جدول ((ریسک فاکتورهای خونریزی پس از زایمان))، سابقه زایمان‌های قبلی اضافه شده و نژاد آسیایی و هیسپانتیک حذف شده‌اند. جدول جدید به‌صورت زیر است:

افسردگی پس از زایمان، عفونت زخم سزارین یا پریینه) باید در ۷۲ ساعت اول پس از زایمان انجام شده و سپس ۷-۱۰ روز بعد تکرار شود. با این حال پاراگراف زیر نیز در ویراست جدید کتاب، به مطالب قبلی اضافه شده است: ((در حال حاضر، رویکردی وجود دارد که توصیه می‌کند زمان ویزیت جامع پس از زایمان به‌صورت فردی تعیین شود و با ویزیت حضوری یا تلفنی در ۳ هفته اول پس از زایمان شروع شود تا ضمن تمرکز بر مسائل حاد بیمار، برنامه‌ای برای مراقبت مداوم تا زمان ویزیت جامع سلامت زنان (که حداکثر ۱۲ هفته پس از زایمان است)، تدوین شود.))

فصل دوازدهم: خونریزی پس از زایمان

سوال: خانم ۳۹ ساله G6P5A0L3 با حاملگی ۳۹ هفته به دلیل پارگی کیسه آب از ۱۰ ساعت قبل به اورژانس مراجعه

ریسک فاکتورهای خونریزی پس از زایمان

- * زایمان طول کشیده
- * زایمان سریع
- * اپیزیوتومی (به ویژه مدیولترال)
- * زایمان ابزاری
- * سابقه زایمان‌های متعدد (High parity) (در ویراست جدید اضافه شده است.)
- * رحم بیش از حد متسع (ماکروزومی، چندقلویی، هیدرآمنیوس)
- * سابقه جراحی رحم و سایر ریسک فاکتورهای جفت غیرطبیعی
- * زایمان طول کشیده
- * زایمان سریع
- * اپیزیوتومی (به ویژه مدیولترال)
- * زایمان ابزاری
- * سابقه زایمان‌های متعدد (High parity) (در ویراست جدید اضافه شده است.)
- * رحم بیش از حد متسع (ماکروزومی، چندقلویی، هیدرآمنیوس)
- * سابقه جراحی رحم و سایر ریسک فاکتورهای جفت غیرطبیعی

برای بیمار مطرح می‌گردد. برای رساندن فیبرینوژن بیمار به عدد ۲۰۰ کدام گزینه درمانی را پیشنهاد می‌کنید؟

(۱) تزریق ۵ واحد کرایو (۲) تزریق ۲ واحد FFP (۳) تزریق ۴ واحد پلاکت (۴) تزریق ۳ واحد کرایو

• جدول فرآورده‌های خونی تغییرات جزیی داشته است. جدول جدید به‌صورت زیر است:

• جواب: گزینه ۱

سوال: بیماری را پس از زایمان به دلیل خونریزی رحمی ادامه دار ویزیت می‌کنید. در معاینه رحم منقبض بوده و قوام سفت دارد. در معاینه واژینال نکته غیرطبیعی به نفع پارگی زایمانی/ هماتوم وجود ندارد. در بررسی‌های آزمایشگاهی، Fib=50 (NL>200) بوده و تشخیص DIC

محصول	محتویات	حجم (میلی‌لیتر)	اثر
گلبول قرمز فشرده	گلبول قرمز، گلبول سفید، پلاسما	۳۵۰-۴۵۰	افزایش هماتوکریت ۳٪ به ازای تزریق هر واحد، افزایش هموگلوبین ۱ گرم/دسی‌لیتر
پلاکت	پلاکت، گلبول قرمز، گلبول سفید، پلاسما	۵۰	افزایش شمارش پلاکت به میزان ۵۰۰۰ تا ۱۰۰۰۰ در میلی‌مترمکعب به ازای هر واحد
FFP	فاکتورهای V و VIII، فیبرینوژن، آنتی‌ترومبین III	۲۵۰	افزایش فیبرینوژن به میزان ۱۰ میلی‌گرم/دسی‌لیتر
کرایو	فاکتورهای VIII و XIII، فیبرینوژن، vWF	۲۰	افزایش فیبرینوژن به میزان ۵۰ میلی‌گرم/دسی‌لیتر

• جواب: گزینه ۴



موارد منع مصرف درمان دارویی (متوترکسات) در حاملگی خارج رحمی
مطلق
* شیردهی
* حاملگی هتروتوپیک با حاملگی زنده داخل رحمی
* شواهد آشکار یا آزمایشگاهی نقص ایمنی
* حساسیت شناخته شده به متوترکسات
* بیماری ریوی فعال
* بیماری زخم معده
* اختلال عملکرد کبدی، کلیوی، ریوی یا خونی
* همودینامیک ناپایدار
* بارداری خارج رحمی پاره شده (این مورد در ویراست جدید افزوده شده است.)
نسبی
* ساک بارداری بزرگتر از ۴ سانتی‌متر (در ویراست قبلی ۳/۵ سانتی‌متر ذکر شده بود.)
* $hCG < 5000$ (این مورد در ویراست قبلی ذکر نشده بود.)
* وجود ضربان قلب جنین
* عدم پایداری بیمار به پروتکل درمان دارویی (این مورد در ویراست جدید اضافه شده است.)

همراه با افزایش خطر سقط خود به خودی زودرس است که در ویراست جدید علاوه بر آن، فاکتور ۵ لیدن نیز ذکر شده است.

● جواب: گزینه ۲

سوال: خانم ۲۶ ساله، G2P1، در هفته ۱۰ بارداری با شکایت خون‌ریزی واژینال و درد خفیف قسمت تحتانی شکم به اورژانس مراجعه می‌کند. در معاینه لگنی سرویکس بسته است و در سونوگرافی ترانس‌واژینال، جنین با ضربان قلب طبیعی دیده می‌شود. بر اساس شرح حال و معاینه، محتمل‌ترین تشخیص کدام است؟

- (۱) خون‌ریزی اوایل بارداری (۲) سقط بی‌علامت
(۳) ساک حاملگی خالی (۴) سقط کامل

انواع سقط

مبحث سقط تغییراتی در زمینه ترمینولوژی داشته است که به شرح زیر است:

- برای اشاره به ((تهدید به سقط)) در ویراست جدید از عبارت ((خون‌ریزی در اوایل بارداری)) استفاده شده است ولی توضیحات ارائه شده یکسان است.

- مطالب مربوط به نحوه تجویز پروتکل تک دوز متوترکسات و نحوه پیگیری درمان با β -hCG تغییری نداشته‌اند. تنها موردی که تغییر داشته تغییر اسم ((پروتکل دوز متعدد)) به ((پروتکل ۲ دوزی)) است ولی مطالب ذکر شده تغییری نکرده است.

- سایر درمان‌های دارویی (نظیر میفه پرستون و...) که در ویراست قبلی ذکر شده بودند، در ویراست جدید تماماً حذف شده‌اند. تنها درمان دارویی ذکر شده برای حاملگی خارج رحمی در ویراست جدید متوترکسات است.

● جواب: گزینه ۱

سوال: خانم ۲۸ ساله را به دلیل سقط ۳ ماهه اول ویزیت می‌کنید. بیمار BMI=18 داشته و در آزمایشات تیترا بالا Anti-TPO داشته است. بیمار سابقه خانوادگی اختلال فاکتور ۵ لیدن دارد. در سونوگرافی رحم نیز میوم‌های ساب موکوزال متعدد داشته است. کدامیک از شرایط زیر در ایجاد سقط جنین در بیمار نقشی نداشته است؟

(۱) تیترا بالا Anti-TPO

(۲) BMI بیمار

(۳) ابتلا به اختلال فاکتور ۵ لیدن

(۴) ابتلا به میوم ساب موکوزال

علل سقط

- قسمت ((عوامل عفونی)) تغییرات زیر را داشته است: پاروویروس، ویروس زیکا و سیتومگالوویروس به‌عنوان عوامل عفونی مرتبط با سقط اضافه شده و HIV1 و استرپتوکوک گروه B حذف شده‌اند.

- این جمله به قسمت ((عوامل اندوکراین)) افزوده شده است: چاقی نسبت به دیابت عامل خطر مهمتری برای سقط می‌باشد.

- در قسمت ((عوامل محیطی)) مطالب مربوط به رادیاسیون تغییراتی داشته و به‌صورت زیر ذکر شده است: در اغلب روش‌های تشخیصی میزان اشعه دریافتی کمتر از ۵۰ میلی‌گری (۵ راد) قرار است که خطر سقط جنین را افزایش نمی‌دهد. (این قسمت تغییری نداشته است.)

میزان سقط خود به خودی و ناهنجاری‌های مادرزادی زمانی افزایش می‌یابد که جنین در معرض بیش از ۱۰۰ میلی‌گری (۱۰ راد) اشعه قرار بگیرد. (در ویراست قبلی ۲۰ راد ذکر شده بود که در این ویراست تغییر یافته است.)

- در قسمت ((عوامل ایمنولوژیک)) در ویراست قبل ذکر شده بود که سندرم آنتی فسفولیپید تنها ترومبوفیلی



سوال: خانم ۳۶ ساله نولی پار با حاملگی ۳۵ هفته با شکایت سردرد به شما مراجعه کرده است. بیمار از هفته ۲۴ بارداری با تشخیص GDM تحت درمان قرار داشته است. بیمار سابقه ناباروری داشته و حاملگی فعلی به کمک IUI انجام شده است. در معاینه فشار خون ۱۵۰/۹۰ و ادم +۲ اندام تحتانی دارد. در آزمایش ادرار پروتئینوری قابل توجه داشته است. کدامیک از موارد زیر نقش کمتری در ایجاد این وضعیت در بیمار داشته است؟

(۱) سن مادر (۲) نولی پارینه

(۳) ابتلا به GDM (۴) حاملگی به کمک IUI

پره اکلامپسی

● تعریف پره اکلامپسی تغییر جزئی داشته است:

فشارخون $\geq 140/90$ mmHg (در دو نوبت با فاصله ۴ ساعت) به همراه پروتئینوری (≥ 300 میلی گرم پروتئین در ادرار ۲۴ ساعته یا نسبت پروتئین به کراتینین ≤ 0.3 در یک نمونه ادرار)

● جدول عوامل خطر پره اکلامپسی تغییراتی داشته است. جدول جدید به صورت زیر است:

عوامل خطر پره اکلامپسی
نولی پارینه
چندقلویی
سن مادر ۳۵ سال یا بیشتر (در ویراست قبلی ۴۰ سال ذکر شده بود).
پره اکلامپسی در بارداری قبلی
فشار خون مزمن
ابتلا به دیابت پیش از بارداری
اختلالات عروقی و بافت همبند
نفروپاتی و سایر بیماری های مزمن کلیوی
سندرم آنتی فسفولیپید
چاقی
نژاد آفریقایی-آمریکایی
فناوری های کمک باروری (در ویراست قبلی صرفاً IVF ذکر شده بود).

● جواب: گزینه ۳

سوال: خانم ۳۳ ساله G3P2 با حاملگی ۱۸ هفته جهت مراقبت های روتین بارداری مراجعه نموده است. بیمار سابقه ختم پره ترم حاملگی قبلی را به دلیل ابتلا به پره اکلامپسی شدید در هفته ۳۵ بارداری دارد. با توجه به سابقه بیمار چه توصیه ای در رابطه با بارداری فعلی دارید؟

(۱) افزایش تعداد ویزیت های بارداری و چک مکرر فشار خون (۲) شروع داروی ضد فشارخون پروفیلاکتیک (۳) ادامه مراقبت های روتین حاملگی و آموزش علائم پره اکلامپسی شدید به بیمار (۴) شروع آسپرین

پیشگیری از پره اکلامپسی

مطلب زیر در ویراست جدید اضافه شده است:

● درمان پروفیلاکسی با آسپرین دوز پایین (۸۱ میلی گرم در روز) در زنانی که یک ریسک فاکتور قوی یا بیش از یک ریسک فاکتور برای پره اکلامپسی دارند توصیه می شود. درمان پروفیلاکسی باید بین هفته های ۱۲ تا ۲۸ بارداری (به طور مطلوب قبل از هفته ۱۶) آغاز شود و تا زمان زایمان ادامه یابد.

● ریسک فاکتورهای قوی شامل سابقه پره اکلامپسی، بارداری چندقلویی، فشار خون مزمن، دیابت پیش بارداری، بیماری مزمن کلیوی و بیماری های خودایمن (لوپوس اریتماتوی سیستمیک، سندرم آنتی فسفولیپید) می شوند.

● ریسک فاکتورهای متوسط شامل نولی پاریتی، چاقی ($BMI > 30$)، سابقه خانوادگی پره اکلامپسی (مادر یا خواهر)، نژاد سیاه، سن بالای ۳۵ سال و سابقه شخصی (وزن کم هنگام تولد یا SGA، سابقه بارداری نامطلوب قبلی، فاصله بین بارداری ها بیش از ۱۰ سال) است.

● جواب: گزینه ۴

سوال: خانم باردار ۳۴ ساله در هفته ۳۶ بارداری به دلیل سردرد به اورژانس مراجعه نموده است. بیمار در معاینه فشار خون ۱۷۰/۱۱۲ دارد. کدام گزینه درمان ارجح برای این بیمار است؟

(۱) تجویز منیزیم سولفات، لابتالول، کورتیکواستروئید، اینداکشن

(۲) تجویز منیزیم سولفات، هیدرالازین، کورتیکواستروئید، درمان انتظاری

(۳) تجویز منیزیم سولفات، کورتیکواستروئید، اینداکشن

(۴) تجویز منیزیم سولفات، کورتیکواستروئید، درمان انتظاری



را هر روز در یک زمان مشخص مصرف کنند، داروهای ضدبارداری پروژستینی طولانی اثر (LARC، DMPA) ممکن است انتخاب بهتری باشند.

● **جواب:** گزینه ۳

سوال: خانم ۳۰ ساله جهت مشاوره پیشگیری از بارداری مراجعه نموده است. به دلیل تمایل به مصرف هفتگی دارو، پیچ پوستی برای بیمار تجویز می‌کنید. بیمار در روز ۱۰ سیکل قاعدگی خود است. در رابطه با استفاده از پیچ پوستی در این بیمار، کدام گزینه صحیح‌تر است؟

(۱) استفاده از پیچ پوستی بدون نیاز به روش پشتیبان

(۲) استفاده از روش پشتیبان به مدت یک هفته

(۳) استفاده از روش پشتیبان تا پایان سیکل فعلی

(۴) استفاده از روش پشتیبان تا ۴۸ ساعت

پیچ پوستی و Ring

● استفاده از پیچ پوستی باید در ۵ روز اول سیکل آغاز شود. در صورت شروع استفاده از اواسط سیکل، برای ۷ روز باید از یک روش پشتیبان استفاده شود. (مشابه مطلب ذکر شده در سرفصل CHC)

● بیمارانی که به دنبال مصرف قرص‌های هورمونی دچار تهوع می‌شوند ممکن است روش‌های غیر خوراکی نظیر پیچ و Ring را بهتر تحمل کنند. (مطلب جدید)

● برای بیمارانی که تمایل به بهره‌مندی از اثرات مفید CHC را داشته اما در مصرف روزانه آنها مشکل دارند، پیچ یا حلقه واژینال ممکن است گزینه مناسب‌تری باشند.

● **جواب:** گزینه ۲

سوال: کدامیک از گزینه‌های زیر در رابطه با استفاده از روش‌های سدی در پیشگیری از بارداری صحیح نیست؟

(۱) تمام انواع کاندوم‌ها از ابتلا به عفونت‌های آمیزشی نظیر HPV جلوگیری می‌کنند.

(۲) تمام انواع کاندوم‌ها جهت پیشگیری از HIV موثر هستند.

(۳) استفاده همزمان از کاندوم و اسپرم کش نرخ شکست مشابه روش‌های هورمونی دارد.

(۴) استفاده از دیافراگم نقشی در پیشگیری از STI‌ها ندارد.

نحوه برخورد با فراموش کردن OCP

این سرفصل در ویراست جدید اضافه شده است و مهمترین قسمت‌های آن به شرح زیر است:

● اگر بیمار یک قرص OCP را فراموش کند، باید به محض یادآوری، قرص فراموش شده را مصرف کرده و بقیه بسته را طبق برنامه ادامه دهد.

● فراموش کردن یک قرص در یک سیکل، خطر شکست درمان را افزایش نمی‌دهد ولی فراموشی ۲ یا چند قرص در طی یک سیکل می‌تواند باعث تخمک‌گذاری شده و خطر بارداری را افزایش دهد.

● اگر بیماری در نیمه اول سیکل، دو یا چند قرص را فراموش کند، علاوه بر پیشگیری اورژانسی با پروژستین‌ها (لوونورجسترل/یولی پریستال)، باید از یک روش پشتیبان نیز به مدت ۷ روز استفاده کند و به مصرف بقیه قرص‌های بسته ادامه دهد (قرص‌های فراموش شده را می‌توان دور ریخت).

● اگر بیمار در نیمه دوم سیکل، بیش از ۲ قرص را فراموش کند، باید به مدت ۷ روز از یک روش جایگزین استفاده کند، بقیه قرص‌های فعال آن بسته را مصرف کند، قرص‌های دارونما را حذف کند و در صورت امکان بسته بعدی را فوراً آغاز کند.

● آزمایش بارداری باید ۲ تا ۴ هفته پس از فراموش کردن قرص‌ها انجام شود.

● **جواب:** گزینه ۴

سوال: خانم ۲۶ ساله که ۲ ماه قبل زایمان کرده است با شکایت لکه بینی‌های مکرر مراجعه نموده است. بیمار از زمان زایمان در حال مصرف قرص‌های ضدبارداری پروژسترونی است. برای رفع شکایت بیمار کدامیک از راهکارهای زیر را توصیه می‌کنید؟

(۱) افزایش دوز مصرفی دارو

(۲) جایگزینی قرص پروژسترونی با OCP

(۳) جایگزینی قرص پروژسترونی با IUD لوونورجسترلی

(۴) جایگزینی روش‌های سدی

قرص‌های Progesterone only

مطلب تغییری نداشته و فقط جمله زیر اضافه شده است:

● برای بیمارانی که از لکه بینی مکرر (عارضه مهم قرص‌های Progesterone only) شکایت دارند یا نمی‌توانند قرص خود



● مفهوم شماره ۲: درمان بیماران باید بر اساس خطر ابتلا به CIN3+ باشد، نه صرفاً بر اساس نتیجه غربالگری فعلی. تخمین خطر ابتلا به CIN3+ بر اساس نتیجه غربالگری‌های فعلی (سیتولوژی و HPV) و همچنین نتایج غربالگری‌های گذشته انجام می‌شود.

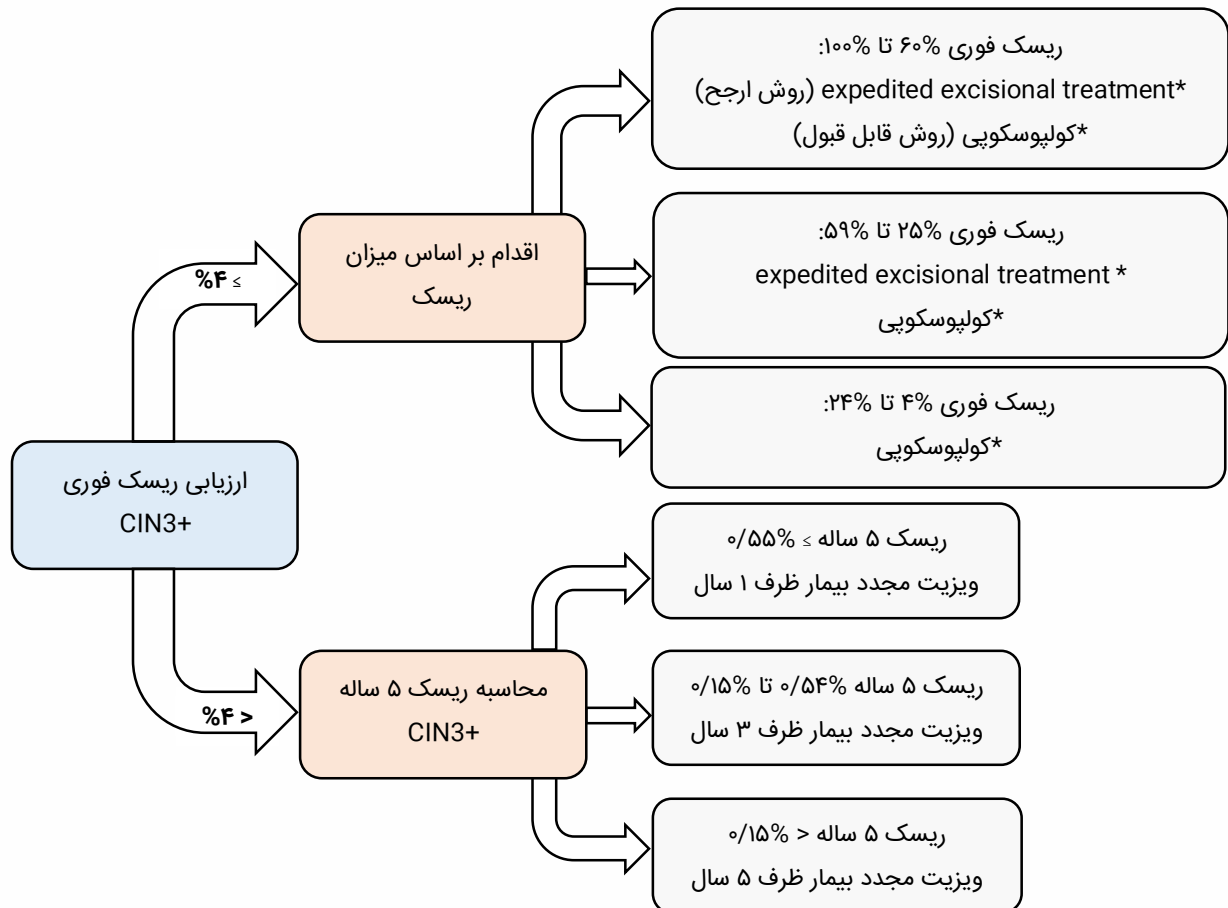
غربالگری سیتولوژی سرویکس (پاپ اسمیر) مطالب این سرفصل نیز متناسب با آنچه در بالا ذکر شد تغییر کرده است:

غربالگری سیتولوژی سرویکس به‌عنوان نشانگری برای خطر فعلی CIN عمل می‌کند. یافته‌های غیرطبیعی سیتولوژی سرویکس باید طبق گایدلاین ASCCP ارزیابی شوند. بسته به میزان خطر ابتلا به CIN3+، گزینه‌های ارزیابی شامل تکرار سیتولوژی، آزمایش HPV، کولپوسکوپی با بیوپسی‌های هدایت‌شده و ارزیابی اندوسرویکس است.

US، ACS-H، LSIL، HSIL، ...)) همگی حذف شده‌اند و مطلب و الگوریتم زیر جایگزین شده است:

برخلاف ((الگوریتم‌های مبتنی بر نتایج)) که تنها نتایج غربالگری فعلی را در نظر می‌گرفتند، گایدلاین‌های جدید ASCCP، از ((الگوریتم مبتنی بر ریسک)) که بر اساس نتیجه غربالگری فعلی و نتایج غربالگری‌های قبلی، خطر ابتلا به ضایعات CIN3 و بالاتر (CIN3+) را در بیمار تخمین می‌زنند، استفاده کرده است. دو مفهوم اساسی در الگوریتم فعلی شامل موارد زیر است:

● مفهوم شماره ۱: هر چه مدت ابتلا به عفونت HPV طولانی‌تر باشد، خطر ابتلا به ضایعات CIN3 و بالاتر (CIN3+) بیشتر می‌شود و ریسک ضایعات پیش‌سرطانی و سرطانی به‌طور قابل توجهی افزایش می‌یابد. به ویژه زمانی که عفونت به مدت ۵ سال یا بیشتر ادامه داشته است.



● جواب: گزینه ۱