فهرست

بخش اول: مامایی

		درسنامه	تست‌ها
فصل ۱-	شرح حال و معاینه بالینی	۷	۹
فصل ۲-	غربالگری بیماری‌ها	۱۱	۱۳
فصل ۳-	اخلاق، مسئولیت و ایمنی بیمار	۱۷	-
فصل ۴-	جنین‌شناسی و آناتومی	۱۹	۲۳
فصل ۵-	فیزیولوژی مادر و جنین	۲۵	۳۲
فصل ۶-	مراقبت‌های پیش از بارداری و پیش از زایمان	۳۷	۴۷
فصل ۷-	ژنتیک و تشخیص‌های ژنتیکی پره‌ناتال	۵۳	۵۷
فصل ۸-	مراقبت‌های اینتراپارتوم	۵۹	۶۷
فصل ۹-	لیبر غیرطبیعی	۷۱	۷۶
فصل ۱۰-	ارزیابی جنین حین لیبر	۷۹	۸۲
فصل ۱۱-	مراقبت از نوزاد	۸۵	۸۷
فصل ۱۲-	مراقبت‌های بعد از زایمان (نفاس)	۸۹	۹۳
فصل ۱۳-	خونریزی پست پارتوم (PPH)	۹۵	۹۸
فصل ۱۴-	خونریزی سه ماه سوم	۱۰۱	۱۰۴
فصل ۱۵-	بارداری چندقلویی	۱۰۷	۱۱۰
فصل ۱۶-	IUGR و ماکروزومی	۱۱۳	۱۱۵
فصل ۱۷-	زایمان زودرس (PTL)	۱۱۷	۱۲۰
فصل ۱۸-	پارگی زودرس غشاها - PROM	۱۲۱	۱۲۴
فصل ۱۹-	حاملگی Post tram	۱۲۵	۱۲۷
فصل ۲۰-	حاملگی خارج رحمی (EP)	۱۲۹	۱۳۲
فصل ۲۱-	سقط	۱۳۵	۱۳۷
فصل ۲۲-	اختلالات اندوکرین در بارداری	۱۳۹	۱۴۴
فصل ۲۳-	عوارض گوارشی، کلیوی و جراحی	۱۴۷	۱۵۲
فصل ۲۴-	اختلالات قلبی عروقی و تنفسی	۱۵۵	۱۶۱
فصل ۲۵-	عوارض هماتولوژیک و ایمونولوژیک	۱۶۵	۱۶۷
فصل ۲۶-	بیماری‌های عفونی در بارداری	۱۶۹	۱۷۵
فصل ۲۷-	بیماری‌های عصبی و روانی	۱۷۷	۱۷۹

بخش دوم: ژنیکولوژی

		درسنامه	تست‌ها
فصل ۱-	پیشگیری از بارداری	۱۸۱	۱۸۸
فصل ۲-	ولوواژینیت	۱۹۳	۱۹۶
فصل ۳-	STI (عفونت‌های منتقله جنسی)	۱۹۹	۲۰۶
فصل ۴-	بی‌اختیاری ادرار، عفونت مجاری ادرار	۲۱۱	۲۱۶
فصل ۵-	اندومتریوز	۲۱۹	۲۲۱
فصل ۶-	دیسمنوره و درد مزمن لگن	۲۲۵	۲۲۷
فصل ۷-	عملکرد جنسی	۲۲۹	-
فصل ۸-	تجاور جنسی و خشونت خانگی	۲۳۱	۲۳۳
فصل ۹-	غدد اندوکرین تولیدمثل	۲۳۵	۲۳۷
فصل ۱۰-	بلوغ	۲۳۹	۲۴۲
فصل ۱۱-	آمنوره و خونریزی رحمی غیرنرمال (AUB)	۲۴۷	۲۵۰
فصل ۱۲-	هیرسوتیسم و ویریلیزاسیون	۲۵۵	۲۵۹
فصل ۱۳-	یائسگی	۲۶۱	۲۶۵
فصل ۱۴-	ناباروری	۲۶۷	۲۷۱
فصل ۱۵-	PMS, PMDD	۲۷۵	۲۷۷
فصل ۱۶-	لیومیوما	۲۷۹	۲۸۱
فصل ۱۷-	نئوپلاسم تروفوبلاستیک حاملگی (GTN)	۲۸۳	۲۸۶
فصل ۱۸-	بیماری‌ها و نئوپلاسم‌های ولو و واژن	۲۸۹	۲۹۳
فصل ۱۹-	نئوپلاسم و کنسر سرویکس	۲۹۵	۳۰۱
فصل ۲۰-	سرطان رحم	۳۰۵	۳۰۸
فصل ۲۱-	بیماری‌های تخمدان و آدنکس	۳۱۱	۳۱۷

شرح‌حال و معاینه بالینی

- ارتباط مؤثر بین بیمار و پزشک اصل مهمی است و در این اصل impathy مهم‌تر از sympathy است.
- در دو سوم ابتدای مصاحبه پزشک باید زمان یکسانی را به گوش دادن و صحبت کردن اختصاص دهد، این نوع مصاحبه motivational interviewing نامیده می‌شود و امروزه جایگزین مصاحبه سنتی شده است.
- ثبت اطلاعات به صورت الکترونیکی سبب کاهش خطا می‌شود.

نکته دفع لخته خون حین پریود می‌تواند نرمال باشد ولی نباید سایز آن بزرگ باشد.

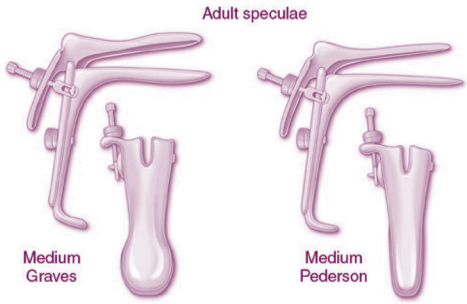
نکته در زنان بالای ۳۵ سال در صورت عدم بارداری بعد از ۶ ماه تلاش، درمان شروع شود، در سایر افراد بعد از یک‌سال درمان شروع شود.

نکته اگر بیمار یا پزشک بخواهد نفر سومی را تحت عنوان chaperone بدون توجه به جنسیت پزشک در هنگام معاینه حضور داشته باشد، اشکالی ندارد و یک احتیاط پروفیلاکسی منطقی است ولی حتماً پزشک باید زمان جداگانه‌ای را برای صحبت با بیمار بدون حضور چاپرون فراهم کند.

معاینه بالینی

نکته Breast self exam باعث احتمال شناسایی زودتر کنسر پستان می‌شود ولی امروزه آموزش روتین آن توصیه نمی‌شود زیرا مثبت کاذب بالایی دارد و باعث انجام تست‌های اضافه و غیر ضروری (مانند بیوپسی) می‌شود.

معاینه با اسپکولوم



تصویر ۱-۱-۱. معاینه با اسپکولوم

- انتخاب نوع اسپکولوم مهمترین نکته کلیدی در معاینه بدون ناراحتی و معاینه کامل است.

دو نوع اسپکولوم رایج است:

① **پدرسون:** این اسپکولوم تیغه‌های صاف و باریک دارد، کاربرد آن:

- تمام زنان نولی‌پار
- زنان یائسه که واژن آتروفیک و تنگ دارند.
- مشاهده سرویکس دختران نوجوان

② **گریوز:** تیغه‌های پهن‌تر و بلندتر دارد و برای زنان مولتی پار استفاده می‌شود.

نکته: وارد کردن اسپکولوم باید با توجه به آناتومی بیمار، در راستای محور واژن و با کمترین نیروی لازم باشد.
اسپکولوم ابتدا باید به‌صورت افقی (در حالی که عرض تیغه‌ها نسبت به محور عمودیِ دهانه هستند) وارد شوند و در زاویه ۴۵ درجه قرار بگیرد.

نکته: ۱) ناتوانی در پیدا کردن سرویکس معمولاً به علت کم فرو بردن اسپکولوم است که دلیل آن هم ترس از ایجاد ناراحتی برای بیمار است. در حالی که اگر از ابتدا اسپکولوم به‌طور کامل وارد شود، بیمار احساس ناراحتی نخواهد داشت.
۲) برای گرفتن پاپ‌اسمیر و یا سایر بررسی‌ها امروزه استفاده از مواد لوبریکانت اشکالی ندارد.

اندیکاسیون‌های استفاده از لوبریکانت برای اسپکولوم‌گذاری:

① دختران قبل از بلوغ ② زنان یائسه ③ بیماران دچار ضایعه در واژن

معاینه دو دستی

یک دست در واژن و یک دست روی شکم قرار بگیرد. ارزش این معاینه برای ارزیابی سایز، محل رحم، تخمدان‌ها وجود یا نبودن تندرنس یا توده است.

نکته: اشتباه رایج در معاینه دو دستی در استفاده درست از دست روی شکم است.

Figure 1-1-2. Bimanual examination of the uterus and adnexa.

دقت کنید تکنیک معاینه دو دستی با موقعیت رحم تغییر می‌کند مثلاً رحم رتروورسه (retroverted) یا چرخیده به خلف با چهار مشکل در بالین همراه است:

① تخمین سن بارداری در سه ماهه اول مشکل‌تر است.

② با دیس منوره ودیس پارونی همراه است.

③ سبب عوارض مامائی می‌شود.

④ هنگام D&C خطر پرفوراسیون رحم رتروفلکس بیشتر می‌شود.

در معاینه رکتوواژینال علاوه بر بررسی رکتوم باید لیگامان یوتروساکرال بررسی شود.

سوال و پاسخ

۱- دانشجوی مامایی بیمار یائسه‌ای را با BMI = ۲۶ بدون سابقه بیماری قبلی را که با شکایت دیسچارج شدید واژینال مراجعه کرده است با اسپکولوم معاینه می‌کند.ولی نمی‌تواند سرویکس را پیدا کند. محتمل‌ترین علت ناتوانی در پیدا کردن سرویکس در این بیمار کدام است؟ *(تالیفی)*

الف) یائسه بودن بیمار

ب) کم فرو بردن اسپکولوم

ج) عدم استفاده از لوبریکانت

د) چاقی بیمار

پاسخ: ناتوانی در پیدا کردن سرویکس معمولاً به علت کم فرو بردن اسپکولوم است که دلیل آن هم ترس از ایجاد ناراحتی برای بیمار است. در حالی که اگر از ابتدا اسپکولوم به طور کامل وارد شود، بیمار احساس ناراحتی نخواهد داشت.

پاسخ الف ب ج د

۲- کدامیک کاربرد اسپکولوم پدرسون نیست؟ *(تالیفی)*

الف) مشاهده سرویکس دختران نوجوان

ب) خانم منوپوز با واژن آتروفیک

ج) خانم منوپوز با واژن تنگ

د) خانم پره منوپوز مولتی پار

پاسخ: دو نوع اسپکولوم رایج است:

۱- پدرسون: این اسپکولوم تیغه‌های صاف و باریک دارد، کاربرد آن:

- تمام زنان نولی‌پار
- زنان یائسه که واژن آتروفیک و تنگ دارند
- مشاهدهٔ سرویکس دختران نوجوان

۲- گریوز: تیغه‌های پهن‌تر و بلندتر دارد و برای زنان مولتی‌پار استفاده می‌شود.

- قبل از گذاشتن اسپکولوم، آن را با آب گرم یا با نگه داشتن در دست گرم کنید.

پاسخ الف ب ج د

فیزیولوژی مادر و جنین

فیزیولوژی مادر

سیستم قلب و عروق

- زودرس‌ترین و برجسته‌ترین تغییرات در فیزیولوژی مادر حین بارداری تغییرات قلبی و عروقی است.
- حین بارداری قلب به سمت چپ و بالا جابه جا می‌شود و دیافراگم به‌علت بزرگ شدن شکم بالا می‌رود. دهلیز و بطن چپ بزرگتر می‌شود.
- اولین تغییر قلبی عروقی افزایش CO (برون‌ده قلبی) است. در هنگام ترم، یک پنجمِ (out put) خروجی قلبی به‌سمت رحم می‌رود بنابراین خطر خون‌ریزی پس از زایمان افزایش می‌یابد.
- در بارداری از هفته ۸ - ۶ حجم خون در گردش افزایش می‌یابد و در هفته ۳۲ به پیک افزایش خود (حدود ٪۴۵) می‌رسد. در بارداری به‌علت پروژسترون مقاومت عروق محیطی (afterload) کم می‌شود
- فشار خون از هفته ۷ حاملگی کاهش می‌یابد، در هفته ۲۶ - ۲۴ حاملگی به بیشترین کاهش خود حدود ۱۰mmhg می‌رسد می‌رسد و در زمان ترم به اندازهٔ غیربارداری می‌رسد. بنابراین افت فشار خون در بارداری فیزیولوژیک است.
- این تغییرات در صداهای قلبی طی بارداری نرمال است:
- افزایش تفکیک صدای دوم، وریدهای گردنی برجسته، سوفل خفیف سیستولیک (معمولا با افزایش جریان خون از دریچهٔ آئورت و ریوی)، صدای یک گالوپ S3 یا صدای سوم قلبی پس از نیمه دوم بارداری

نکته

۱) سوفل‌های دیاستولیک همیشه پاتولوژیک هستند و به بارداری ارتباطی ندارند و در صورت وجود حتما باید ارزیابی شوند.

۲) بیشترین فشار خون در زمانی است که بیمار نشسته است و کمترین فشار خون وقتی است که بیمار سوپاین یا به پهلو خوابیده است. بنابراین در هر ویزیت پره ناتال در حالت نشسته اندازه می‌گیریم.

سیستم تنفسی

تغییراتی که در سیستم تنفسی در بارداری رخ می‌دهد مانند تنگی نفس، فیزیواوژیک است و به‌دلیل وجود پروژسترون و افزایش نیاز مادر و جنین به اکسیژن است.

حجم‌های ریوی در بارداری تغییر می‌کنند:

- ↑: اکسیژن در دسترس ریه‌ها، حجم جاری ریه (TV)، ظرفیت دمی (inspratory capacity)، حساسیت مرکزی به CO2 به‌علت افزایش پروژسترون، آلکالوز تنفسی (جبران توسط کلیه‌ها)
- ↓: حجم باقی‌مانده (RV)، ظرفیت عملکردی باقی‌مانده (FRC)، حجم کل ریه (TLV)

نکته
۱) RR مادر تغییری نمی کند.
۲) PH خون در بارداری تغییری نمی‌کند.
۳) علائم مشابه سرماخوردگی و آلرژی طولانی مدت به‌علت افزایش خون‌رسانی مخاطات و احساس پربودن بینی در بارداری شایع است. در بارداری در CXR عروق ریه به‌علت افزایش خون به‌صورت نرمال برجسته‌تر هستند.

سیستم هماتولوژیک

اولین سازگاری آناتومیک سیستم هماتولوژیک:

① افزایش زیاد حجم پلاسما: حجم خون مادر تا زمان ترم ٪۳۵ افزایش می‌یابد.

② افزایش حجم RBC: حدودد ۴۵۰ ml افزایش می‌یابد.

③ افزایش فاکتورهای انعقادی

در بارداری هموگلوبین و هماتوکریت به‌صورت فیزیولوژیک کاهش می‌یابد و هموگلوبین بیشتر از ۱۱ طبیعی است. در ترم میانگین Hb=۱۲/۵ است در حالی در غیربارداری ۱۴ است. یک خانم باردار نرمال در طی بارداری نیاز به ۱۰۰۰ میلی گرم آهن اضافه دارد.

نکته
۱) حتی در صورت آنمی مادر، هموگلوبین جنین بدون توجه به ذخایر آهن مادر در حد طبیعی حفظ می‌شود. بنابراین تجویز آهن به مادر برای پیشگیری از آنمی مادر است نه جنین! و روزانه باید ۲۷ میلی گرم آهن المنتال به فرد نرمال باردار و ۱۲۰ - ۶۰ میلی گرم آهن المنتال به مادر باردار دچار آنمی تجویز کرد.
۲) تعداد لکوسیت‌ها در بارداری افزایش می‌یابد و تا ۳۰/۰۰۰ نرمال تقلی می‌شود و در طی زایمان، گرانولوسیت‌ها به‌دلیل استرس (نه التهاب واقعی) به بیشترین افزایش می‌رسد.

- پلاکت‌ها در بارداری کاهش خفیف دارند ولی در محدودهٔ نرمال‌اند.
- در بارداری LDH به‌صورت فیزیولوژیک افزایش می‌یابد.

فاکتورهای انعقادی:

- فیبرینوژن (فاکتور I)، فاکتور VII و VIII و IX و X و محصولات حاصل از تجزیهٔ فیبرین ↑ می‌یابد.
- پروتئین C و S ↓ می‌یابد.
- پروترومبین (فاکتور II) و فاکتور V و XII تغییری نمی‌کند.

- در بارداری قابل توجه‌ترین تغییر فاکتور انعقادی افزایش فیبرینوژن است که به ۶۰۰ - ۳۰۰ می‌رسد. (در غیربارداری: ۴۰۰ - ۲۰۰)
- طی بارداری خطر ترومبوآمبولی دو برابر می‌شود که به آن وضعیت Hypercoagulable می‌گویند و در دورهٔ نفاس خطر ترومبوآمبولی ۵/۵ برابر می‌شود.
- در بارداری تمایل اتصال هموگلوبین به اکسیژن در ریه‌های مادر افزایش می‌یابد (آلکالوز تنفسی جبران شده و شیفت به چپ منحنی که به آن اثر Bohr می‌گویند.) ولی در جفت انتقال CO_2 از جنین به مادر افزایش می‌یابد.

سیستم کلیوی

در بارداری مجاری ادراری بزرگتر و دیلاته‌ترمی‌شوند و کلیه ۱ سانتی‌متر بزرگتر می‌شود و جریان پلاسمایی کلیه‌ها و GFR افزایش می‌یابد و حالب سمت راست گشادتر می‌گردد (به‌دلیل چرخش رحم به راست و فشار شبکه وریدی تخمدانی راست). پس شیوع رنال کولیک در بارداری کمتر می‌شود.

طی بارداری تون مثانه کاهش می‌یابد (به‌علت افزایش پروژسترون)، بنابراین حجم باقی‌مانده ادرار افزایش می‌یابد.

در بارداری رحم بزرگ می‌شود، بنابراین ظرفیت مثانه کاهش می‌یابد و تکرر ادرار شایع است. بدون اینکه عفونت برای بیمار مطرح باشد. البته باید بین فرکوئنسی و UTI افتراق دهیم.

RAAS (رنین - آنژیوتاسین) طی بارداری افزایش می‌یابد ولی دقت کنید که زنان حامله نرمال به اثر افزایش فشار خون ناشی از RAAS مقاوم‌اند و دچار HTN نمی‌شوند.

> **نکته** GFR در بارداری افزایش می‌یابد و بنابراین گلوکز ادرار تقریبا در تمام زنان حامله افزایش می‌یابد، لذا گلوکوزوری در بارداری نرمال است. همچنین آمینواسیدها و Vitهای محلول در آب مثل B_{12} و اسیدفولیک در بارداری بیشتر دفع می‌شود ولی دقت کنید که هر نوع پروتئینوری در بارداری باید ارزیابی شود.

تغییرات ادراری در بارداری:

- افزایش فرکوئنسی
- افزایش باکتری اوری بدون علامت و پیلونفریت به‌علت استاز ادراری
- افزایش بی‌اختیاری استرسی ادرار

> **نکته** تست‌های تشخیصی سیستم کلیوی در بارداری دچار تغییرات زیر می‌شود:
>
> ۱) GFR افزایش می‌یابد بنابراین BUN و Cr کاهش می‌یابد.
>
> ۲) گلوکوز اوری شایع می‌شود و نرمال است.
>
> ۳) پروتئینوری افزایش می‌یابد ولی دفع پروتئین بیشتر از ۳۰۰ در ادرار ۲۴ ساعته غیرطبیعی است.

سیستم گوارشی

به‌علت افزایش پروژسترون در بارداری تمام عضلات صاف بدن شل می‌شود، بنابراین:

- تون اسفنکتر تحتانی مری کاهش می‌یابد، بنابراین رفلاکس افزایش می‌یابد که با تغییر وضعیت خوابیدن می‌توان آن را بهتر کرد.
- حرکات GI کاهش می‌یابد، بنابراین یبوست و انسداد افزایش می‌یابد.
- انقباضات کیسه صفرا کاهش می‌یابد، بنابراین سنگ کیسه صفرا و کلستاز صفراوی افزایش می‌یابد.

NVP (تهوع، استفراغ بارداری) در هفته ۸ - ۴ حاملگی شروع می‌شود و در هفتهٔ ۱۶ - ۱۴ حاملگی بهبود می‌یابد.

نکته پوسیدگی دندان در بارداری افزایش نمی‌یابد ولی لثه‌ها ادماتو و نرم می‌شوند و به‌راحتی دچار خون‌ریزی می‌شوند.

- گاهی اوقات گرانولوم پیوژنیک یا اپولیس گراویداروم در خط لثه ظاهر می‌شود که ۲ ماه بعد از زایمان خودبه خود پسرفت می‌کند ولی اگر این گرانولوم‌ها خون‌ریزی شدید داشت باید با جراحی خارج شود.
- هموروئید در بارداری شایع است و علت آن یبوست و افزایش جریان خون لگن و بزرگ شدن سایز رحم در بارداری است.

مارکرهای آزمایشگاهی مربوط به سیستم گوارش در بارداری:

- Alph، کلسترول، Total Alb ↑ می‌یابند. (البته به‌دلیل رقیق‌تر شدن خون در بارداری سطح Alb پایین‌تر است.)
- ALT و AST و Bili و آمیلاز و لیپاز بدون تغییر است.

تیروئید در بارداری

به‌طور کلی در بارداری وضعیت یوتیروئید ایجاد می‌شود، البته در تنظیم فعالیت تیروئید تغییراتی اتفاق می‌افتد:

- غدهٔ تیروئید بزرگ‌ترمی‌شود ولی گواتر نداریم.
- در سه ماههٔ اول HCG افزایش می‌یابد و سبب افزایش کوتاه مدت T4 آزاد می‌شود.
- استروژن در اوایل بارداری افزایش می‌یابد بنابراین TBG افزایش می‌یابد و T3 و Total T4 هم ↑ می‌یابد.

نکته سطح T4 و T3 آزاد تغییری نمی‌کند.

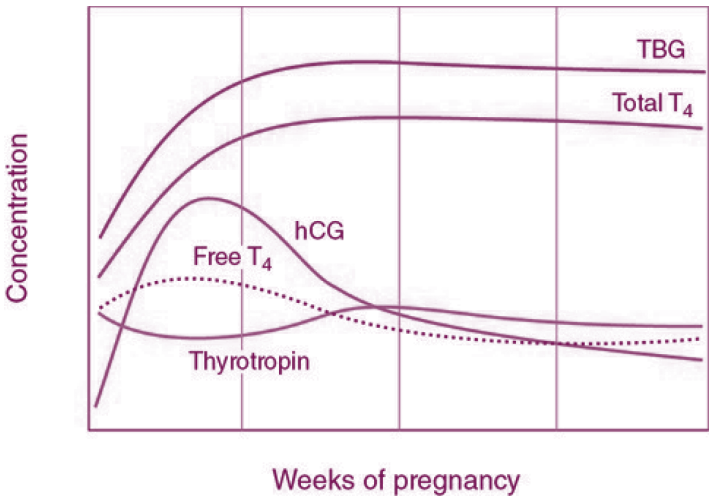


Figure 1-5-1. Changes in maternal thyroid function during pregnancy. The effects of pregnancy on the mother include a marked and early increase in hepatic production of TBG and placental production of hCG. The increase in serum TBG, in turn, increases serum thyroxine (T4) concentrations; hCG has thyrotropin - like activity and stimulates maternal T4 secretion. The transient hCG - induced increase in the serum - free T4 level inhibits maternal secretion of thyrotropin. (Adapted from Burrow GN, Fisher DA, Larsen R. Maternal and fetal thyroid function. N Engl J Med. 1994;331(16):1072–1078.)

سوال و پاسخ

۱- خانمی باردار ۲۰ هفته، جهت بررسی دوران بارداری مراجعه می‌کند. کدام‌یک از تغییرات ناشی از بارداری نمی‌باشد و نیاز به پیگیری دارد؟ *(دستیاری ۱۴۰۰)*

الف) گلوکوزوری Trace
ب) کراتینین ۱mg/dl
ج) دفع پروتئین ادرار ۲۴ ساعته ۱۰۰mg
د) هیدرونفروز خفیف کلیه راست

پاسخ: تغییرات سیستم کلیوی در بارداری:

۱- افزایش GFR و بنابراین کاهش Cr، BUN

۲- گلوکوزوری شایع و نرمال است.

۳- پروتئینوری افزایش می‌یابد ولی دفع پروتئین بیشتر از ۳۰۰ در بارداری غیر طبیعی است.

پاسخ الف ب ج د

۲- کدام تغییر در بارداری فیزیولوژیک نیست؟ *(تالیفی)*

الف) کاهش افتر لود قلبی (afterload)
ب) وریدهای گردنی برجسته
ج) سوفل دیاستولیک خفیف
د) افزایش برون ده قلبی

پاسخ: این تغییرات در صداهای قلبی طی بارداری نرمال است:

افزایش تفکیک صدای دوم، وریدهای گردنی برجسته، سوفل خفیف سیستولیک (معمولا با افزایش جریان خون از دریچهٔ آئورت و ریوی)، صدای یک گالوپ S۳ یا صدای سوم قلبی پس از نیمه دوم بارداری

نکته سوفل‌های دیاستولیک همیشه پاتولوژیک هستند و به بارداری ارتباطی ندارند و در صورت وجود حتما باید ارزیابی شوند.

پاسخ الف ب ج د

۳- در خانم باردار ۳۰ هفته که با تغییرات سیستم تنفسی مراجعه کرده است کدام تغییر برای بارداری فیزیولوژیک نیست؟ *(تالیفی)*

الف) برجستگی عروق ریه در CXR
ب) احساس پر بودن بینی
ج) احساس تنگی نفس
د) افزایش حجم باقی‌مانده ریه در اسپیرومتری

پاسخ: تغییراتی که در سیستم تنفسی در بارداری رخ می‌دهد مانند تنگی نفس، فیزیواوژیک است و به دلیل وجود پروژسترون و افزایش نیاز مادر و جنین به اکسیژن است. در بارداری مصرف اکسیژن کلی ٪۲۰ بیشتر از غیربارداری است.

حجم‌های ریوی در بارداری تغییر می‌کنند:

↑: اکسیژن در دسترس ریه‌ها، حجم جاری ریه (TV)، ظرفیت دمی (inspratory capacity)، حساسیت مرکزی به CO_2 به علت افزایش پروژسترون، آلکالوز تنفسی (جبران توسط کلیه ها)

↓: حجم باقی‌مانده (RV)، ظرفیت عملکردی باقی‌مانده (FRC)، حجم کل ریه (TLV)

نکته RR مادر تغییری نمی‌کند.

نکته PH خون در بارداری تغییری نمی‌کند.

نکته علایم مشابه سرماخوردگی و آلرژی طولانی مدت به علت افزایش خون‌رسانی مخاطات و احساس پربودن بینی در بارداری شایع است. در بارداری در CXR عروق ریه به علت افزایش خون به صورت نرمال برجسته‌تر هستند.

پاسخ الف ب ج **د**

۴- خانم بارداری با شکایت خونریزی سریع لثه ها به دنبال مسواک زدن مراجعه می‌کند. در معاینه لثه‌ها نرم و ادماتو است. کدامیک در مورد این بیمار صحیح نیست؟ *(تالیفی)*

الف) پوسیدگی دندان در بارداری افزایش می‌یابد.

ب) اگر اپولیس گراویدارم یا گرانولوم پیوژنیک باشد معمولا دو ماه بعد از زایمان خود به خود پسرفت می‌کند.

ج) ادماتو بودن لثه‌ها در بارداری فیزیولوژیک است.

د) اگر گرانولوم پیوژنیک خونریزی شدید داشت باید با جراحی خارج شود.

پاسخ: پوسیدگی دندان در بارداری افزایش نمی‌یابد ولی لثه‌ها ادماتو و نرم می‌شوند و به راحتی دچار خون‌ریزی می‌شوند.

گاهی اوقات گرانولوم پیوژنیک یا اپولیس گراویداروم در خط لثه ظاهر می‌شود که ۲ ماه بعد از زایمان خودبه‌خود پسرفت میکند ولی اگر این گرانولوم‌ها خون‌ریزی شدید داشت باید با جراحی خارج شود

پاسخ **الف** ب ج د

۵- کدامیک از المان‌های تیروئید در بارداری تغییری نمی‌کند؟ *(تالیفی)*

الف) Total T۳ ب) Total T۴ ج) TBG د) Free T۳

پاسخ: به طور کلی در بارداری وضعیت یوتیروئید ایجاد می‌شود، البته در تنظیم فعالیت تیروئید تغییراتی اتفاق می‌افتد:

*غدهٔ تیروئید بزرگ‌تر می‌شود ولی گواتر نداریم.

*در سه ماههٔ اول HCG افزایش می‌یابد و سبب افزایش کوتاه مدت T۴ آزاد می‌شود.

استروژن در اوایل بارداری افزایش می‌یابد بنابراین TBG افزایش می‌یابد و T۳ و Total T۴ هم ↑ می‌یابد.

سطح T۴ و T۳ آزاد تغییری نمی‌کند

پاسخ الف ب ج **د**

۶- خانم باردار ۳۲ هفته با شکایات متعدد سیستم عضلانی اسکلتی مراجعه کرده است. کدامیک از تغییرات سیستم عضلانی اسکلتی در بارداری فیزیولوژیک نیست؟ *(تالیفی)*

الف) کایفوز جبرانی ب) افزایش هرنی نافی ج) کمر درد د) بی‌ثباتی در راه رفتن

پاسخ: در بارداری این تغییرات رخ می‌دهد:

۱- لوردوز جبرانی در کمر که مفید است و به نگه داشتن مرکز ثقل بدن کمک می‌کند ولی سبب کمردرد می‌شود.

۲- افزایش هرنی نافی و دیوارهٔ شکم به علت افزایش سایز رحم و افزایش پروژسترون

۳- بازشدن سمفیز پوبیس حدود ۳۰-۲۸ هفته

۴- بی‌ثباتی در راه رفتن و افزایش خطر سقوط به دلیل تغییر مرکز ثقل بدن

پاسخ الف ب ج د

۷- در خانم بارداری که با شکایت blurred vision به شما مراجعه کرده است کدام مورد صحیح نیست؟ *(تالیفی)*

الف) این شکایت به علت افزایش قطر قرنیه اتفاق می‌افتد

ب) این شکایت به علت کاهش فشار کره چشم رخ داده است

ج) باید برای بیمار لنز جدید تجویز شود

د) این شکایت معمولا در سه ماهه اول بارداری شروع می‌شود.

پاسخ: در بارداری شایع ترین شکایت چشمی Blurred vision (دید مبهم) است.

علت: ۱-افزایش قطر قرینه به دنبال احتباس مایع ۲-کاهش فشار کرهٔ چشم

این تغییرات در سه ماههٔ اول شروع می‌شود و ۶ هفته پس از زایمان از بین می‌روند. بنابراین به بیمار اطمینان دهید و در لنزهای بیمار نباید تغییری بدهید

پاسخ الف ب ج د

۸- در بارداری و پس از بارداری به ترتیب کدام تغییرات رشد مو رخ می‌دهد؟ *(تالیفی)*

الف) در بارداری آناژن افزایش و تلوژن کاهش می‌یابد- پس از بارداری تلوژن افلوویم رخ می‌دهد

ب) در بارداری تلوژن افلوویم رخ می‌دهد - پس از بارداری آناژن افزایش و تلوژن کاهش می‌یابد

ج) در بارداری و پس از آن تلوژن افلوویم رخ می‌دهد

د) در بارداری و پس از آن آناژن افزایش و تلوژن کاهش می‌یابد

پاسخ: در بارداری فاز آناژن و رشد مو افزایش و فاز تلوژن یا استراحت کاهش می‌یابد ولی پس از بارداری یعنی ۴-۲ ماه بعد از زایمان تلوژن افلوویوم یعنی ریزش موی قابل توجهی داریم که حدود ۱۲-۶ ماه بعد از زایمان به میزان نرمال باز می‌گردد. بنابراین پس از بارداری در مورد موقت بودن ریزش مو و بازگشتن رشد مو به بیمار اطمینان دهید.

پاسخ الف ب ج د

۹- کدامیک در مورد تغییرات breast در بارداری صحیح نیست؟ *(تالیفی)*

الف) در ترم کلستروم به خصوص در زنان مولتی پار تولید میشود.

ب) احساس سوزن سوزن شدن نیپل و پستان (Tingling) پاتولوژیک است

ج) سایز پستان ها در ۸ هفته اول به سرعت و سپس به صورت ثابت افزایش می‌یابد.

د) آرئول ها بزرگ تر و تیره تر می‌شوند

پاسخ: سایز پستان ها در ۸ هفته اول به سرعت و سپس به صورت ثابت افزایش می‌یابد.

آرئول ها بزرگ تر و تیره تر میشوند. نیپل ها بزرگ تر و متحرک تر می‌شوند.

مجاری به علت افزایش استروژن و آلرئول ها به علت افزایش پروژسترون رشد میکنند.

در ترم کلستروم به خصوص در زنان مولتی پار تولید میشود.

نکته تولید شیر به این هورمون ها به صورت سینرژیک وابسته است:

استروژن، پروژسترون، پرولاکتین، HPL، کورتیزول، انسولین

احساس سوزن سوزن شدن نیپل و پستان (Tingling) شایع است.

پاسخ الف ب ج د

۱۰- خانم باردار ۲۰ هفته با شکایت خونریزی پس از رابطه جنسی مراجعه می‌کند. پس از گذاشتن اسپکولوم مشاهده تمام تغییرات زیر نرمال است، به جز؟ *(تالیفی)*

الف) واریس های ولو
ب) اکتروپیون سرویکس
ج) عروق موزائیسم شکل در سرویکس
د) لکوره واژن

پاسخ: این تغییرات در بارداری صورت میگیرد:

- افزایش واریس های ولو که بعد از بارداری طبیعی میشود.
- افزایش لکوره بارداری یا ترشحات واژن که نباید آن را با عفونت یا ROM اشتباه کرد.
- افزایش اکتروپیون سرویکس: اپیتلیوم استوانه ای اندوسرویکس به اکتوسرویکس گسترش مییابد.

پاسخ الف ب ج د

۱۱- در خانمی با بارداری تک قلو ۳۰ هفته و هموگلوبین ۱۰/۵ چه میزان آن المنتال روزانه باید تجویز شود؟ *(تالیفی)*

الف) ۲۰۰ میلی‌گرم
ب) نیاز به آهن مکمل ندارد
ج) ۶۰ میلی‌گرم
د) ۳۰ میلی‌گرم

پاسخ: در بارداری هموگلوبین و هماتوکریت به صورت فیزیولوژیک کاهش مییابد و هموگلوبین بیشتر از ۱۱ طبیعی است. در ترم میانگین Hb=۱۲/۵ است در حالی در غیربارداری ۱۴ است. یک خانم باردار نرمال در طی بارداری نیاز به ۱۰۰۰ میلی‌گرم آهن اضافه دارد.

نکته حتی در صورت آنمی مادر، هموگلوبین جنین بدون توجه به ذخایر آهن مادر در حد طبیعی حفظ میشود. بنابراین تجویز آهن به مادر برای پیشگیری از آنمی مادر است نه جنین! و روزانه باید ۲۷ میلی‌گرم آهن المنتال به فرد نرمال باردار و ۱۲۰-۶۰ میلی‌گرم آهن المنتال به مادر باردار دچار آنمی تجویز کرد.

پاسخ الف ب ج د

۱۲- کدامیک در مورد تغییرات پوستی در بارداری صحیح نیست؟ *(تالیفی)*

الف) آنژیوم عنکبوتی در بالاتنه، دست و صورت به علت افزایش استروژن.

ب) اریتم پالمار به علت افزایش استروژن.

ج) با مصرف کرم های پوستی استریا قابل پیشگیری است.

د) افزایش سایز و رنگ خالهای پوستی بعد از بارداری به حد قبلی برمی‌گردد.

پاسخ: استریا به افزایش وزن ربطی ندارد و هیچ روش درمانی و جلوگیری ندارد.

پاسخ الف ب ج د

STI (عفونت‌های منتقله جنسی)

STI شایع‌ترین علت نازایی قابل پیشگیری است و به‌شدت با EP همراه است. همچنین STI با افزایش خطر ابتلا به HIV همراه است.

غربالگری STI

غربالگری روتین

- زنان ≥۲۴ سال فعال جنسی باید به طور روتین از نظر کلامیدیا و گنوره غربالگری شوند.
- زنان دچار ناتوانی و اختلالات رشد باید از نظر STI غربالگری شوند.
- غربالگری HIV در زنان ۶۴ - ۱۳ سال حداقل یکبار در طول زندگی و در جمعیت پرخطر، سالی یک‌بار توصیه می‌شود.

غربالگری بر اساس ریسک فاکتورها

- زنان با سابقه پارتنر جنسی متعدد یا اگرپارتنر جنسی آنها، شرکای متعدد دارد، تماس جنسی با STI اثبات شده در کشت، سابقه اپیزودهای STI متعدد، هنگام مراجعه به کلینیک برای STI باید به‌طور روتین از نظر STI غربالگری شوند.
- زنان بدون علامت ≤۲۵ سال که در معرض خطر زیادی برای STI هستند باید به‌صورت روتین از کلامیدیا و گنوره غربالگری شوند.

کلامیدیا

عوارض کلامیدیا: EP، PID، نازایی، اورتریت غیر گنوکوکی و کنژکتیویت

تشخیص:

① کلامیدیا ممکن است بدون علامت یا با علائم غیراختصاصی باشد.

> **نکته** کلامیدیا اغلب با گنوره همراه است، پس هر بیمار مبتلا به گنوره باید از نظر کلامیدیا بررسی شود.

② ارزیابی آزمایشگاهی: ELISA / کشت / ایمونوفلورسانس مستقیم / NAAT

NAAT حساس‌ترین آزمایش است و FDA آن را تایید کرده است.

> **نکته** ۱) سوآپ واژینالی که خود فرد برای NAAT تهیه کرده است از نظر حساسیت و ویژگی ارزشی معادل سوآپ تهیه شده توسط پزشک دارد.
> ۲) اگر نوجوانی تمایل به معاینه لگنی ندارد می‌توان به‌جای آن تست ادراری کلامیدیا را برای او انجام داد.

درمان: آزیترومایسین یا داکسی سیکلین

درمان جایگزین: اریترومایسین، اوفلوکساسین و لووفلوکساسین

نکته ۱) در صورتی که احتمال برود که بیمار پایبند به درمان نباشد یا اگر احتمال داشته باشد که به عفونت مجدد مبتلا خواهد شد باید ۴ - ۳ هفته پس از اتمام درمان اولیه، Test of cure (تست درمان) انجام شود.

۲) هر خانم مبتلا به کلامیدیا باید سه ماه بعد از درمان یا هنگام ویزیت فالوآپ بعد از ۱۲ ماه از درمان اولیه دوباره آزمایش شود.

گنوره

تشخیص:

① ترشح از سرویکس، واژن یا آنوس

② گاهی گنوره سبب آبسه یا کیست بارتولن می‌شود که درمان آن در این موارد کاتتر word است.

③ تشخیص آزمایشگاهی: سوآپ سرویکال، واژینال یا ادراری و کشت آن یا NAAT (اینجا نیز مانند کلامیدیا تنها روش مورد تایید FDA، NAAT است.)

درمان:

- سفتریاکسون IM + آزیترومایسین تک دوز خوراکی
- خط دوم: سفکسیم تک دوز + آزیترومایسین تک دوز خوراکی

PID

ارگانیسم‌های مسئول PID بیشتر کلامیدیا و گنوره است. زمانی که پروژسترون در سیکل قاعدگی افزایش پیدا می‌کند، PID کاهش می‌یابد، بنابراین مصرف OCP نیز به‌دلیل غالب بودن جزء پروژسترونی باعث کاهش PID می‌شود.

TL (بستن لوله رحمی) معمولا مانع گسترش PID می‌شود و برعکس حرکات لوله فالوپ به گسترش PID کمک می‌کند.

تشخیص: کرایتریای تشخیصی بالینی برای تشخیص سالپنژیت حاد:

وجود یک مورد یا بیشتر از این موارد:

① CMT (تندرنس سرویکس) ② تندرنس رحم ③ تندرنس آدنکس

به‌علاوه وجود یک مورد یا بیشتر از این موارد:

① T>۳۸/۳ ② ترشح موکوپرولانت سرویکس یا واژن

③ افزایش WBC در ترشحات واژینال ④ افزایش ESR

⑤ افزایش CRP ⑥ عفونت اثبات شده سرویکس با گنوره یا کلامیدیا

در PID ممکن است سبب درگیری پریتوئن شامل پری هپاتیت یا سندرم Fitz-Hugh-Curtis شود که منجر به فیبروز موضعی و اسکار قدام کبد می‌شود. این سندرم بیشتر توسط کلامیدیا و در درجه بعدی گنوره ایجاد می‌گردد.

PID شدید موجب به TOA (آبسه‌های تخمدانی لوله‌ای) می‌شود که این افراد بسیار بدحال‌اند، تب بالا، تاکیکاردی، تهوع، استفراغ و درد شدید شکم و لگن دارند.

اندیکاسیون‌های بستری بیماران PID:

① عدم امکان R/O اورژانس‌های جراحی مثل آپاندیست

② بیماران حامله

③ بیمارانی که به درمان آنتی‌بیوتیک خوراکی پاسخ ندادند.

④ بیمارانی که تحمل درمان خوراکی را ندارند یا امکان فالوآپ در آنها وجود ندارد.

⑤ بیمارانی که شدیدا بدحال‌اند، تهوع و استفراغ دارند یا تب بالا داند.

⑥ بیماران با TOA (آبسه توبواواریِن)

درمان PID: سفتریاکسیون IM/250 mg + آزیترومایسین ۱ gr خوراکی تک دوز

در بیماران بستری تمرکز درمانی باید بر آنتی‌بیوتیک IV وسیع‌الطیف پوشش دهنده هوازی و بیهوازی باشد.

در بیمار TOA که به AB پاسخ نمی‌دهد. ⟵ درناژ جراحی یا حتی هیسترکتومی (در بیماری که تمایل به بارداری مجدد ندارد) توصیه می‌شود.

هرپس

نکته عفونت در بار اول شدیدتر است و عودهای بعدی خفیف‌تر است.

تشخیص:

① علائم عفونت اولیه شبیه سندرم شبه آنفولانزا + درگیری عصبی که ۳ - ۲ روز بعد از ظهور ضایعات، بروز می‌کند. وزیکول‌های دردناک روی ولو و واژن و سرویکس و اطراف آنوس و گاهی اولسر ظاهر می‌شوند و بعد از ۷ - ۳ روز به باسن گسترش پیدا می‌کند. دیزوری ناشی از ضایعات هرپس سبب احتباس ادرار می‌شود.

نکته عفونت مکرر خفیف‌تر است، و به‌جای ظاهر وزیکولی ممکن است به‌صورت فیشر یا تحریک ولو تظاهر یابد، معمولا از نوع HSV2 است

② تست‌های آزمایشگاهی لازم شامل موارد زیر است:

- **کشت:** بسیار اختصاصی است.
- **PCR:** بسیار حساسیت بالای دارد.
- **آنتی‌بادی HSV در خون:** در مراحل اولیه نتیجه منفی کاذب دارد.

نکته در چه کسانی باید تیپ ویروس را از هم افتراق دهیم؟

- علائم عود ژنیتال یا علائم آتیپیک با کشت منفی HSV
- تشخیص بالینی تبخال ژنیتال بدون تشخیص آزمایشگاهی
- پارتنر جنسی با تبخال ژنیتال

درمان:

حتی درصورت عدم درمان ضایعات به‌صورت خودبه‌خود در عرض ۳ - ۲ هفته بهبود پیدا می‌کند.

سوال و پاسخ

۱- خانم ۲۲ ساله‌ای به علت دیزوری و ترشح واژینال مرجعه نموده است. در معاینه توده دردناک حدود ۳cm در قسمت تحتانی لابیا ماژور و مدخل واژن وجود دارد. سرویکس ملتهب است و ترشحات چرکی دارد. محتملترین تشخیص کدام است؟

(پره انترنی – ۸۲)

الف) واژینوز باکتریال ب) استافیلوکوک ج) سیفلیس د) گنوره

پاسخ: عامل بارتولینیت گنوره است. درمان آبسه بارتولن کاتتر word است.

پاسخ الف ب ج **د**

۲- در بیمار مبتلا به سالپنژیت گنوکوکی که از درد هنگام دم در RUQ شاکی است. کدامیک از تشخیص های زیر محتملتر است؟

(دستیاری – ۸۴)

الف) پنومونی ب) کوله سیستیت ج) پیلونفریت د) پری هپاتیت

پاسخ: در PID ممکن است سبب درگیری پریتوئن شامل پری هپاتیت یا سندرم Fitz-Hugh-Curtis شود که منجر به فیبروز موضعی و اسکار قدام کبد می‌شود. این سندرم بیشتر توسط کلامیدیا و در درجه بعدی گنوره ایجاد میگردد.

پاسخ الف ب ج **د**

۳- بیمار بدون علامت با تست VDRL متبت که با تست FTA تایید شده و سال قبل تست های فوق در او منفی بوده است مراجعه نموده است. چه درمانی را برای او پیشنهاد می‌کنید؟

(دستیاری – ۸۸)

الف) پنی سیلین کریستال ۴ میلیون هر ۶ ساعت به مدت ۲۴ ساعت

ب) پنی سیلین G ۲/۴ میلیون هر هفته به مدت ۳ هفته

ج) سفتریاکسون یک گرم روزانه به مدت یک هفته

د) پنی سیلین G بنزاتین ۲/۴ میلیون یک دوز

پاسخ: پنیسیلین بنزاتین G

نکته پس از درمان تیتر VDRL و معاینه در ماههای ۳و۶و۱۲ضروری است.

نکته تا زمان بهبود کامل ضایعات بیمار نباید رابطه جنسی داشته باشد.

پاسخ الف ب ج **د**

۴- در خانم بارداری با ضایعات مشکوک به هرپس ژنیتال کدامیک از روش های زیر جهت تشخیص ضایعه از حساسیت بیشتری برخوردار است؟

(پره انترنی – ۸۹)

الف) polymerase chain reaction ب) fluorescein tagging

ج) رنگ آمیزی ایمونوفلورسانس د) پاپ اسمیر

پاسخ: تست‌های آزمایشگاهی هرپس شامل موارد زیر است:

I – کشت: بسیار اختصاصی است

PCR-II: بسیار حساسیت بالای دارد و نسبت به تستهای سرولوژیک ارجح است.

III – آنتی بادی HSV در خون: در مراحل اولیه نتیجه منفی کاذب دارد، زیرا به طور متوسط تبدیل عفونت به seroconversion ۲۲ روز است و ۲۰٪ از بیماران ممکن است بعد از سه ماه seronegative باقی بمانند.

پاسخ الف ب ج د

۵- دختر نوجوانی با شکایت ترشحات شدید واژینال مراجعه میکند و رابطه جنسی سه ماه اخیر را ذکر می‌کند. اگربا توجه به شرح حال به کلامیدیا شک داشته باشیم و بیمار تمایل به معاینه لگنی نداشته باشد اقدام صحیح کدام است؟ *(تالیفی)*

الف) تست ادراری کلامیدیا ب) کشت سرویکال ج) کشت واژینال د) NAAT واژینال

پاسخ:

نکته اگر نوجوانی تمایل به معاینه لگنی ندارد می‌توان به‌جای آن تست ادراری کلامیدیا را برای او انجام داد.

پاسخ الف ب ج د

۶- بیماری با درد شکم و احتمال PID مراجعه نموده است. کدام یک اندیکاسیون بستری بیمار نمیباشد؟ *(تالیفی)*

الف)عدم امکان R/O اورژانسهای جراحی مثل آپاندیست ب) بیماران حامله

ج) بیماران با لوکوسیتوز > ۱۵۰۰۰ و مایع آزاد داخل شکم د) بیمارانی که تب بالا داند

پاسخ: اندیکاسیونهای بستری بیماران PID:

عدم امکان R/O اورژانسهای جراحی مثل آپاندیست

بیماران حامله

بیمارانی که به درمان آنتی بیوتیک خوراکی پاسخ ندادند

بیمارانی که تحمل درمان خوراکی را ندارند یا امکان فالوآپ در آنها وجود ندارد

بیمارانی که شدیدا بدحالاند، تهوع و استفراغ دارند یا تب بالا داند

بیماران با TOA

درمان PID: سفتریاکسیون IM / ۲۵۰ mg + آزیترومایسین ۱ gr خوراکی تک دوز

در بیمار TOA که به AB پاسخ نمی‌دهد ← درناژ جراحی یا حتی هیسترکتومی (در بیماری که تمایل به بارداری مجدد ندارد) توصیه می‌شود.

پاسخ الف ب ج د

۷- بیماری حامله ۱۲ هفته با وارت ژنیتال ۳ سانتی مراجعه نموده است. در صورت استفاده از تمام روشهای زیر بیمار بهترین پاسخ به درمان را دارد، بجز؟ *(تالیفی)*

الف) کرایو ب) کوتر

ج) لیزر د) TCA (تری کلرو استیک اسید)

پاسخ: درمان‌های شیمیایی وارت شامل پودوفیلوکس، ایمیکیمود، sinecatechins است، که درمانهای شیمیایی نباید در دوران حاملگی استفاده شوند ولی TCA یا اسید تری کلرواستیک در حاملگی هم قابل استفاده است. البته ضایعات > ۲سانت بهترین پاسخ را به کرایو، کوتر و لیزر می‌دهند.

پاسخ الف ب ج **د**

۸- کدام عبارت در مورد وارت در حاملگی صحیح نیست؟ *(تالیفی)*

الف) ضایعات وارت در بیماران حامله نسبت به درمان مقاومترند.
ب) در ضایعات وسیع ولو و واژن در بیمار حامله، گاهی توصیه می‌شود.
ج) TCA یا اسید تری کلرواستیک در حاملگی قابل استفاده است.
د) سزارین سبب کاهش قطعی انتقال HPV به نوزاد می‌شود.

پاسخ: درمان وارت:

۱- کوتر
۲- درمانهای ایمونولوژیک (تزریق اینترفرون داخل زگیل)
۳- درمانهای شیمیایی: پودوفیلوکس، ایمیکیمود، sinecatechins، که درمانهای شیمیایی نباید در دوران حاملگی استفاده شوند.
۴- TCA یا اسید تری کلرواستیک که در حاملگی هم قابل استفاده است.
۵- کرایوسرجری
۶- رزکسیون جراحی
۷- لیزر

نکته ضایعات > ۲سانت بهترین پاسخ را به کرایو، کوتر و لیزر می‌دهند.
ضایعات در بیماران حامله، DM، سیگاری، نقص ایمنی نسبت به درمان مقاوم‌ترند.

نکته در ضایعات وسیع ولو و واژن در بیمار حامله، گاهی سزارین برای جلوگیری از پارگی واژن یا مشکلات مرتبط با سوچور بافت توصیه می‌شود.

نکته سزارین سبب کاهش قطعی انتقال HPV به نوزاد نمی‌شود.

پاسخ الف ب ج **د**

۹- خانم ۳۰ ساله با سابقه هرپس ژنیتال به شما مراجعه میکند و قصد بارداری دارد. کدام مورد در مورد مراقبت‌های این بیمار توصیه نمی‌شود؟ *(تالیفی)*

الف) اگر در بارداری دچار عود مکرر هرپس شد باید از ۳۶ هفته بارداری درمان ساپرسیو دریافت کند.
ب) باید در دورهٔ پری‌ناتال به دقت غربالگری شوند
ج) کشت ژنیتال از نظر HSV حتی اگر بی علامت است توصیه می‌شود.
د) هنگام زایمان در صورت وجود پرودروم تیپیک تبخال (سوزش یا درد ولو) باید سزارین شود.

نکته زنی که در بارداری دچار عود مکرر هرپس شده باید از ۳۶ هفته بارداری درمان ساپرسیو دریافت کند.

نکته زنانی که سابقهٔ هرپس ژنیتال دارند باید در دورهٔ پری‌ناتال به دقت غربالگری شوند، ولی کشت روتین ژنیتال از نظر HSV در بیماران بی علامت توصیه نمی‌شود.

نکته زنی که سابقهٔ هرپس ژنیتال دارد باید هنگام لیبر معاینه ژنیتال شود. در صورت وجود ضایعه فعال یا پرودروم تیپیک تبخال (سوزش یا درد ولو) باید سزارین شود.

پاسخ الف ب **ج** د