

بارداری و زایمان

۱- گزینه ج

الف: ورید تخمدانی : راست به ورید اجوف تحتانی تخلیه می شود.

چپ: به ورید کلیوی چپ تخلیه می شود.

ب: عصب گیری ناحیه لگن عمدتاً از سیستم عصبی سمپاتیک حاصل می شود . اما قسمتی از آن نیز از سیستم های سربرو اسپانیال و پاراسمپاتیک منشا می گیرد.

ج: شریان رحمی یکی از شاخه های اصلی شریان ایلایک داخلی است

د: در حاشیه جانبی هر یک از بافتهای پهن، صفاق بر روی کناره لگن بر می گردد . قاعده ضخیم رباط پهن در امتداد بافت کف لگن قرار دارد. متراکم ترین قسمت که معمولاً رباط کاردینال یا رباط عرضی سرویکس نامیده می شود. (فصل آناتومی مادر)

۲- گزینه ج

۳- گزینه ج

وضعیت های جنینی که تولید استروژن را تاثیر قرار می دهد : مرگ جنین، آنسفالو جنین، هیپوپلازی فوق کلیه جنین، کمبود سولفاتاز جفتی جنینی، کمبود آروماتاز جفتی - جنینی، تریزومی ۲۱، کمبود بیوستنز LDL-کسترول در جنین ، باعث کاهش تولید استروژن جفتی می شود و در اریتوبلاستوز جنینی میزان استروژن پلاسمای مادر افزایش می یابد.

در وضعیت های مادری موثر بر تولید استروژن توسط جفت: درمان با گلوکوکورتیکوئید، اختلال عملکرد فوق کلیه مادر ، بیماری کلیوی مادر، بیمار تروفوبلاستیک حاملگی، میزان استروژن پلاسمای مادر کاهش می یابد . (فصل لانه گزینی ، امبریون و تکامل جفت)

۴- گزینه ج

غلظت ویتامین A در پلاسمای جنین بیشتر از مادر است

غلظت روی در پلاسمای جنین بیشتر از مادر است.

متالوپروتئین (پروتئین متصل شونده به فلزات سنگین) باعث احتباس مس ، سرب ، کادمیوم در جفت می شود و میزان این فلزات را در جنین کاهش می دهد.

در میانه حاملگی، غلظت گلوکز جنین مستقل از میزان گلوکز مادر است و ممکن است از میزان گلوکز حاد بیشتر باشد . (فصل رشد و نمو)

۵- گزینه الف

الف: تمام IgM های موجود در جنین یا نوزاد توسط خود وی تولید گردد . (فصل رشد و نمو جنین)

۶- گزینه د

این ضایعات خوش خیم تخمدان در اثر تحریک فیزیولوژیک اغراق امیز فولیکولها به وجود می آیند . که با افزایش بالای HCG همراه است و اکثراً دو طرفه است . و به طور شایع در بیماری تروفوبلاستیک حاملگی دیده می شود . احتمال بروز این حالت در حاملگی های همراه با جفت بزرگ مانند دیابت ، ایزوایمونیزاسیون D و جنین های متعدد و بیشتر است . (فصل فیزیولوژی مادر)

۷- گزینه ج



الف: غلظت Hb در زمان ترم به طور متوسط ۱۲/۵ گرم در دسی لیتر است - بنابراین در اکثر زنان اگر غلظت Hb بویژه در اواخر حاملگی در حد کمتر از ۱۱ گرم در دسی لیتر باشد باید غیر طبیعی تلقی شود. این حالت معمولاً از فقر آهن نه از هیپرولمی حاملگی ناشی می شود.

ب: در جریان حاملگی طبیعتاً تعداد لکوسیت ها به طور قابل توجهی متغیر است این میزان معمولاً ۵۰۰۰-۱۲۰۰۰ عدد در میکرولیتر است

ج: تعداد متوسط پلاکت ها در جریان حاملگی با کاهش خفیف به ۳۰۰۰/۲ عدد در میکرولیتر می رسد
د: میزان فیبرینوژن پلاسما در زنان حامله طبیعی به طور متوسط ۳۰۰ میلی گرم در دسی لیتر است. (فصل فیزیولوژی مادر)

۸- گزینه ج

در حاملگی طبیعی تقریباً ۱۰۰۰ میلی اکی والان Na و ۳۰۰ میلی اکی والان پتاسیم احتباس می یابد. با وجود افزایش GFR در حاملگی طبیعی دفع این الکترولیت ها در حاملگی طبیعی به علت تشدید جذب لوله آنها بدون تغییر می ماند. اگرچه حاملگی با افزایش میزان تام تجمع Na,K همراه است غلظت سرمی این الکترولیت ها در اثر افزایش حجم پلاسما اندکی کاهش پیدا می کند اما میزان آنها بسیار نزدیک به محدوده طبیعی زنان غیر حامله است

به میزان تام Ca سرم در حاملگی کاهش می یابد و این کاهش بازتابی از کاهش غلظت آلبومین سرم و کاهش بعدی در میزان اتصال کلسیم به پروتئین است با وجود این میزان سرمی کلسیم یونیزه بدون تغییر می ماند.

میزان منیزیم سرم نیز در جریان بارداری کاهش می یابد. در زنان حامله هم میزان تام و هم میزان یونیزه منیزیم به طور قابل توجهی کاهش می یابد. اما میزان فسفات سرم در محدوده زنان غیر حامله باقی می ماند. (فصل فیزیولوژی مادر)

۹- گزینه د

برادیکاردی در محدوده ۸۰-۱۲۰ ضربان در دقیقه همراه با تغییر پذیری خوب، اطمینان بخش است تفسیر ضربانهای کمتر از ۸۰ ضربان در دقیقه مشکل ساز است و این ضربانها عموماً غیر اطمینان بخش در نظر گرفته می شوند برخی از علل برادیکاردی جنین شامل: بلوک مادرزادی قلب و آشفته گی شدید وضعیت جنین، دکولمان جفت، هیپوترمی، پیلونفریت شدید محتصلترین توجیه برای تاکیکاردی جنین، تب مادر در اثر آمنیوتیت است اما تب ناشی از هر عاملی ممکن است تعد اد ضربان پایه قلب جنین را افزایش دهد. حرکت جنین، تحریک در اثر انقباضات رحم، انسداد بند ناف، تحریک جنین در جریان معاینه رحم، نمونه برداری از خون پوست سر جنین، تحریک صوتی و تزریق اتروپین به مادر سبب تسریع ضربان قلب جنین می شوند. (فصل بررسی هنگام زایمان)

۱۰- گزینه الف

عوامل زمینه ساز قرار عرضی شامل: مولتی پاریته، جفت سر راهی، هیدرامنیوس، ناهنجاری های رحمی، جنین پره ترم، تنگی لگن (فصل دستیوشی - لیبر غیر طبیعی)

۱۱- گزینه الف

سیستم امتیاز دهی Bishop برای بررسی قابلیت القای لیبر

عامل					
امتیاز	دیلاتاسیون	افاسمان	جایگاه	قوام سرویکس	وضعیت سرویکس
صفر	بسته	۰-۳۰	-۳	سفت	خلفی
۱	۱-۲	۴۰-۵۰	-۲	متوسط	وضعیت میانی
۲	۳-۴	۶۰-۷۰	-۱	نرم	قدامی
۳	۵ یا بیشتر	بالای ۸۰	۲+ و ۲+	---	---



امتیاز Bishop چهار یا کمتر برای شناسایی سرویکس نامطلوب استفاده می شود و این معیار ممکن است اندیکاسیونی برای آماده سازی سرویکس باشد $D=1-2$ ، $E=50\%$ ، $St=+$ ، قوام نرم سرویکس ، سرویکس میانی . (فصل القای لیبر)

۱ امتیاز - ۱ امتیاز - ۳ امتیاز - ۲ امتیاز - ۱ امتیاز = امتیاز ۸

۱۲- گزینه الف-

قاعدتاً اگر زن در عرض ۴ ساعت بعد از زایمان ادرار دفع نکند ممکن است بعداً هم قادر به این نباشد که در این گونه موارد احتمال هماتوم دستگاه تناسلی باید مورد توجه قرار بگیرد اگر بیمار نتواند بعد از ۴ ساعت ادرار دفع کند باید کاتتر تعبیه شود و حجم ادرار اندازه گیری شود . اگر بیش از ۲۰۰ میلی لیتر ادرار در مثانه وجود داشته باشد مشخص می شود که مثانه فاقد عملکرد مناسب است. در این موارد ، مثانه باید در محل باقی گذشته شود و مثانه ۲۴ ساعت دیگر تخلیه شود
ب: در ۲۴ ساعت اول بعد از شروع شیردهی، اتساع سفت شدن و ندولر شدن پستانها نامعمول نیست. این یافته ها ممکن است با بالا رفتن گذرای درجه حرارت بدن همراه باشند تب نفاسی در اثر تورم و پر خونی پستان شایع است در ۱۳ درصد تمام زنان در دوره بعد از زایمان به همین علت تب رخ می دهد که در محدوده ۳۷/۸-۳۹ درجه سانتی گراد است - تب به ندرت بیش از ۱۶-۴ ساعت باقی می ماند : تب پستانی

تب نفاسی: درجه حرارت ۳۸ درجه سانتی گراد یا بالاتر که در هریک از دو روز اول از ۱۰ روز بعد از زایمان رخ می دهد و با روش استاندارد از طریق دهان گرفته می شود و ۱ تب نفاسی می گویند - پاسخ گزینه ب (فصل عفونت نفاس و دوره نفاس)

۱۳- گزینه ج

کمبودهای ارثی یا اکتسابی مهارکننده های طبیعی انعقاد و سایر پروتئینهای تنظیمی طبیعی که جمعاً ترومبوفیلی نامیده می شوند، عامل بیش از تمام اپیزودهای ترومبومبولیک در دوران حاملگی هستند. پروتئین C فعال همراه با کوفاکتورهای پروتئین و فاکتور V با خنثی ساختن فاکتورهای پیش انعقادی Va و VIII a به عنوان ضد انعقاد عمل می کنند . با پیشرفت حاملگی طبیعی، میزان پروتئین C بدون تغییر می ماند. در همان زمان مقاومت به پروتئین C فعال به طور پیشرونده افزایش می یابد که مربوط به کاهش همزمان پروتئین های آزاد و افزایش فاکتور VIII است. به طور اختصاصی سه ماهه اول و سوم میزان پروتئین C فعال و پروتئین های آزاد کاهش پیدا می کند و در تمام طول حاملگی و همچنین اوایل دوران نفاس میزان آنتی ترومبین نسبتاً ثابت باقی می ماند.

آنتی ترومبین = نسبتاً ثابت

مقاومت به پروتئین C فعال = افزایش می یابد

پروتئین های آزاد = کاهش می یابد

پروتئین C فعال = کاهش می یابد

میزان پروتئین C = بدون تغییر

ناچاراً گزینه ج صحیح می باشد زیرا میزان پروتئین C در حاملگی بدون تغییر است . (فصل فیزیولوژی مادر)

۱۴- گزینه د

قبل هفته ۱۲ حاملگی تغییرات آناتومیکی قابل توجهی در مثانه دیده نمی شود اما بعد از این زمان در نتیجه ۱- افزایش اندازه رحم ۲- هیپریمی اعضای لگنی ۳- هیپرپلازی عضله و بافت همبند تریگون مثانه بالا می رود و سبب ضخیم شدن حاشیه خلفی یا داخلی مثانه می شود. فشار مثانه در حاملگی افزایش می یابد . برای جبران کاهش ظرفیت مثانه طول مطلق عملکردی پیشابراه افزایش می یابد و در نهایت برای قابلیت دفع ادراری ادرار حداکثر فشار داخل پیشابراه افزایش می یابد . (فصل فیزیولوژی مادر)

فیزیولوژی مادر)

۱۵- گزینه ج



حاملگی در زنان ۱۹-۱۵ حدود ۱۱ درصد تمام زایمانها را شامل می شود. احتمالاً کم خون بودن زنان ۱۹-۱۵ ساله بیشتر است و خطر تولد نوزادان مبتلا به محدودیت رشد و همچنین احتمال لیبر پره ترم و مرگ و میر بالای نوزادان در این گروه زیاد است (فصل مشاوره قبل از حاملگی)

۱۶- گزینه ج

غلظت و قوام موکوس سرویکس در طی حاملگی تغییری پیدا می کند . در صورت گستراندن موکوس سرویکس بر روی لام شیشه ای و خشک کردن آن ، بلوری شدن یا حالت دانه تسبیحی ایجاد می شود که از آثار پروژسترون است

۱۷- گزینه ب

۱۸- گزینه د

واژینوز باکتریایی عفونت نیست . بلکه وضعیتی است که در آن باکتریهای بی هوازی ، گاردنلا واژینالیس ، جایگزین لاکتوباسیلوسهای تولید کننده پراکسید هیدروژن می شود . واژینوز باکتریایی با سقط خود بخود ، لیبر پره ترم ، پارگی پره ترم پرده ها ، کوریوآمینیوت و عفونت مایع آمنیون در ارتباط است. (فصل زایمان پره ترم)

۱۹- گزینه ب

الف: در جریان حاملگی، غلظت آلبومین سرم کاهش پیدا می کند. کاهش غلظت آلبومین همراه با افزایش اندک و طبیعی میزان گلوبولین سرم سبب کاهش نسبت آلبومین به گلوبولین می شود.

ب:میزان پرولاکتین در پلاسمای مادر، در جریان حاملگی طبیعی افزایش قاب ل توجهی پیدا می کند بعد از زایمان ، غلظت پلاسمایی پرولاکتین حتی در زنانی که از پستان خود به نوزاد شیر می دهند به طور متناقض کاهش پیدا می کند.

ج: میزان ترشح کورتیزول از غدد فوق کلیه افزایش نمی یابد و حتی در مقایسه با وضعیت غیر حامله کاهش می یابد غلظت سرمی کورتیزول در گردش افزایش می یابد زیرا سرعت کلیرانس متابولیک کورتیزول کاهش می یابد چرا که نیمه عمر آن در زنان حامله تقریباً به ۲ برابر زنان غیر حامله می رسد.

د: میزان LDL در هفته ۳۶ و HDL در هفته ۲۵ در نتیجه آثار کبدی استرادیول و پروژسترون به حداکثر می رسد . (فصل فیزیولوژی مادر)

۲۰- گزینه د

در صورت مثبت بودن نتایج بررسی در سه ماهه اول و دوم اقدام به تست قطعی شده و باید کاریوتایپ جنین بررسی شود . تست یکپارچه (تست سه ماهه اول و دوم) با میزان ۹۰ درصدی کشف سندرم داون و با میزان ۴/۵ درصدی نتیجه مثبت غربالگری همراه است (فصل اختلالات رشد جنین)

۲۱- گزینه ب

محدودیت رشد جنین با موربیدیت مرگ و میر پری ناتال چشمگیری همراه است . در محدودیت رشد جنین احتمال مرگ جنین آسفیکسی زایمانی، آسپیراسیون مکونیوم و هیپوگلیسمی و هیپوترمی در دوره نوزادی همراه است . (فصل اختلالات هیپرتانسیو در حاملگی)

۲۲- گزینه د

زایمان علاج قطعی پره اکلامپسی است . سردرد، اختلالات بینایی یا درد اپی گاستر نشان می دهند که حملات تشنجی قریب الوقوع هستند . اولیگوری نیز یکی دیگر از نشانه های شوم است . پره اکلامپسی شدید، درمان ضد تشنج و درمان ضد هیپرتانسیون را الزامی می سازد و باید به دنبال این درمانها اقدام به زایمان شود. (فصل اختلالات هیپرتانسیو در حاملگی)

۲۳- گزینه الف

نئوپلازی تروفوبلاستیک حاملگی تقریباً در تمام موارد همراه و یا به دنبال برخی از اشکال حاملگی رخ می دهد . این نئوپلازی تقریباً در نیمی از موارد به دنبال مول هیداتی فورم در ۲۵ درصد موارد به دنبال سقط و ۲۵ درصد موارد به دنبال حاملگی ظاهراً طبیعی ایجاد می شود. و عمدتاً با افزایش پایدار میزان سرمی HCG تشخیص داده می شود. شایع ترین یافته بالینی خونریزی



نامنظم همراه با برگشت ناقص رحم به وضعیت اولیه است. خونریزی ممکن است مداوم و یا متناوب بوده و با خونریزی ناگهانی و گاهی حجیم همراه باشد. (فصل بیماری تروفوبلاستیک حاملگی)

۲۴- گزینه الف

تجویز روگام به منظور جلوگیری از حساس شدن مادر است در صورت مثبت شدن کومبس مستقیم و غیر مستقیم تزریق آن بی ارزش است. ریسک حساس شدن اولیه مادر Rh منفی از ۲۰-۱۰٪ به کمتر از ۱٪ کاهش یافته است و این کار با تزریق داخل عضلانی ۳۰۰ میکروگرم از گلوبولین انسانی ضد D در عرض ۷۲ ساعت اول تولد نوزاد Rh مثبت، حاملگی خارج رحمی، تروما به شکم در طی حاملگی، آمینو سنتز و نمونه گیری از پرزهای کوریونی یا سقط صورت می گیرد. انتقال خون جنین به مادر به مقدار زیاد نیازمند مقادیر بیشتر روگام است به همین خاطر تجویز روگام در هفته ۲۸-۳۲، پس در زمان تولد انجام می شود که موثر تر از دوز واحد است. (کتاب نوزادان نلسون دکتر علی اکبر ولایتی)

۲۵- گزینه ج

سطح بالای HCG، خونریزی رحمی، اندازه رحم بزرگتر از حد معمول حاملگی، عدم احساس حرکت جنین، بروز هیپرتانسیون حاملگی قبل از هفته ۲۴ حاملگی، تهوع و استفراغ شدید حاملگی و تیروتوکسیکوز از علایم مول حاملگی است. (فصل بیماری تروفوبلاستیک حاملگی)

۲۶- گزینه الف

عوامل خطر حاملگی نا به جا: عوامل با خطر زیاد

۱- جراحی ترمیمی لوله، عقیم سازی لوله ای، حاملگی نابه جای قبلی، تماس داخل رحمی با DES و وسایل داخل رحمی، پاتولوژی ثابت شده لوله ای

۲- عوامل با خطر متوسط: ناباروری، سابقه عفونت تناسلی، شرکای جنسی متعدد

۳- عوامل با خطر اندک: جراحی قبلی لگنی با شکمی، استعمال دخانیات، دوش واژینال، نزدیکی جنسی قبل از ۱۸ سالگی (فصل حاملگی نابجا)

۲۷- گزینه ب. گنوه از ارگانیسم های عامل عفونت ادراری و عفونت غدد بارتولن بوده و نوزاد

مادر مبتلا باید سفتریاکسون به میزان ۲۵ تا ۵۰ میلی گرم بر کیلوگرم به صورت داخل عضلانی یا داخل وریدی دریافت کند.

۲۸- گزینه د

رجوع شود به فصل پره ترم ویلیامز

۲۹- گزینه ب

خونریزی و درد شکم از یافته های بسیار شایع دکولمان جفت است که منجر به پره ترم لیبر ایدیوپاتیک می شود. سایر یافته شامل: کمر درد، حساسیت رحمی، انقباضات مکرر رحم و هیپرتونی مداوم رحم و دیسترس جنینی است

درمان دکولمان جفت بر اساس سن حاملگی در وضعیت مادر و جنین متفاوت است/ در صورت وجود یک جنین زنده و رسیده و با وجود علایم به نفع زایمان واژینال باشد بیمار را برای NVD آماده می کنیم که اقدام اولیه آمینوتومی خواهد بود. که چنین استدلال شده است که با آمینوترمی و خروج مایع آمنیون ممکن است خونریزی از حمل لانه گزینی جفت کاهش پیدا کند و همچنین از میزان ورود ترومبوپلاسمین و احتمالاً فاکتورهای انعقادی و فعال به گردش خون مادر کاسته شود. در مواردی که جنین به حد قابل قبولی رسیده است پارگی پرده ها ممکن است سبب تسریع زایمان شود. (فصل خونریزی زایمانی)

۳۰- گزینه ج

ب: در موارد بسیار شدید محدودیت رشد جنین ممکن است جریان پایان دیاستولی وجود نداشته باشد و یا حتی معکوس شود (به جدول ص ۴۴۶ جلد اول ویلیامز رجوع شود)

بیماری زنان

۳۱- گزینه ب



یکی از علل دیس منوره آدنومیوز می باشد که اغلب ۷ روز پیش از قاعدگی آغاز می شود و تا پس از اتمام آن تسکین نمی یابد از طرف دیگر دیس پارونی و دیس شری و متروآژی نیز وجود آدنومیوز را تایید می نماید، در این بیماران رحم بزرگ می شود اما کوچکتر از ۱۴ سانتی متر خواهد بود، در بیشتر موارد رحم نرم و حساس دارد به خصوص در زمان قاعدگی. سن درگیری به طور متوسط ۴۰ سالگی یا بعد از آن خواهد بود. (فصل ۱۵- نواک)

۳۲- گزینه الف

واژینیت تریکومونایی ترشح واژینال فراوان چرکی و بدبو دارد و امکان بروز خارش نیز وجود دارد. د، PH اینگونه ترشحات معمولاً بیش از ۵ است، مترویندازول درمان انتخابی این واژینیت است. روش تجویزی یک واحدی (۲ گرم خوراکی) و روش چند دوزی (۵۰۰ میلیگرم ۲ بار در روز به مدت ۷ روز موثر هستند) که میزان درمان در این رژیم ها ۹۵ درصد است. شریک جنسی را نیز باید تحت درمان قرار داد. اگر این درمان موثر واقع نشد باید مجدداً مترویندازول با دوز 500mg، دوبار در روز به مدت ۷ روز تجویز شود و اگر این درمان نیز موثر نبود باید دوز روزانه واحد، ۲ g مترویندازول را به مدت ۳ تا ۵ روز تجویز کرد (فصل ۱۶- نواک).

۳۳- گزینه ج

در خانم های جوانی که می خواهند فعالیت جنسی خود را حفظ کنند کولپوپکسی انجام می شود که در آن اختلال پیش آمده را از راه شکم یا واژن درمان می کنند، اما در خانم های مسن که لحاظ جنسی فعال نیستند کولپکتومی و کولپکلیزیس انجام می شود که در آن واژن برداشته شده و فضای آن بسته می شود (فصل ۲۴ - نواک).

۳۴- گزینه ب

بستری کردن بیمار در چنین شرایطی بستگی به میزان خونریزی و شدت کم خونی او دارد هرچندگاهی در CBC میزان واقعی خون از دست رفته نشان داده نمی شود ولی بررسی سربال این مشکل را مشخص می کند. چون شدت خونریزی زیاد بوده و باعث افت هموگلوبین گشته بررسی های انعقادی و سونوگرافی طبیعی بوده اند هورمون های درمانی کافی است. استروژن کنژوگه ۲۵۰-۴۰ میلی گرم هر ۶ ساعت (فصل ۱۴ - نواک).

۳۵- گزینه الف

در این زنان باید کولپوسکوپی و بیوپسی انجام شود. بیوپسی تحت هدایت کولپوسکوپی انجام شده و نحوه توزیع ضایعه تعیین می شود سپس اقدام به درمان صورت می گیرد (فصل ۱۴ - نواک).

۳۶- گزینه الف

معمولاً HPV همراه با بروز زگیل های تناسلی خارجی است، زگیل ها معمولاً در نواحی دستگاه تناسلی که در زمان مقاربت از بیشترین تماس برخوردارند بخصوص در ناحیه فورشت خلفی و مناطق جانبی ولو بروز می کنند (فصل ۱۶- نواک)

۳۷- گزینه د

این بیمار به آمنوره اولیه همراه با اختلال صفات ثانویه جنسی است. چون در این بیمار دستگاه تناسلی خارجی مبهم است فقدان حساسیت به آندروژن از میان جوابها درست تر به نظر می رسد. (فصل ۲۷ - نواک)

۳۸- گزینه ج

PCO شایعترین عامل هایپرآندروژنیسم و پرمویی است، معیارهای اصلی PCO هایپرآندروژنیسم، فقدان تخمک گذاری مزمن شواهد بالینی هایپرآندروژنیسم می باشد و معیارهای فرعی آن مقاومت به انسولین، شروع چاقی، هیپرسوتیم در حوالی منارک افزایش نسبت LH به FSH، فقدان تخمک گذاری به طور متناوب همراه با هایپرآندروژنیسم است (فصل ۲۸- نواک).

۳۹- گزینه الف

در حدود ۵ درصد از سرطان های تخمدان متاستاز از سایر نقاط هستند، شایع ترین این نقاط عبارتند از کولون ۵۲ درصد، پستان ۱۷ درصد، معده ۱۰ درصد، پانکراس ۱۰ درصد (فصل ۳۵- نواک)

۴۰- گزینه د



یافتن سلول های آندومتری در پاپ اسمیر یک خانم یائسه نشان دهنده نیاز به انجام بیوپسی است زیرا حدود ۵۰ درصد از بیماران مبتلا به سرطان آندومتر دارای نتایج پاپ غیرطبیعی هستند . در بین خانم های یائسه ای که سلول های آندومتریال طبیعی در اسمیر دارند، ۶ درصد دارای سرطان آندومتر و ۱۳ درصد دارای هایپرپلازی آندومتر هستند . لازم به ذکر است که به نظر می رسد که به جای واژه آندوسرویکال می باید واژه آندومتریال در صورت سوال ذکر می شد (فصل ۳۲-نواک).

۴۱- گزینه ب

خشکی واژن یا دیسپارونیا از عوارض آبنه های مزمن بارتولن و کم شدن میزان رطوبت محل می باشد

۴۲- گزینه الف

دیسمنوره ثانویه یک تا دو هفته پیش از قاعدگی شروع شده تا چند روز پس از اتمام خونریزی ادامه دارد و در این نوع از دیس منوره درد شدید متعاقب حرکت دادن سرویکس مشاهده می شود که در دیس منوره اولیه وجود ندارد (فصل ۱۵- نواک).

۴۳- گزینه ب

در اختلال استئوپروز چندین عامل دخیلند که وراثت ، سن ، وضعیت استروژنی ، میزان دریافت کم کلسیم از مهم ترین علل آن می باشند از میان این عوامل سن مهمترین نقش را داراست . (فصل ۳۲ - نواک)

۴۴- گزینه ب

تشخیص PID بر اساس سه علامت است ، شامل درد لگن ، بروز حساسیت در هنگام تحریک سرویکس و حساسیت آدنکس ها همراه باتب . بررسی ترشحات واژینال بخش مهمی از پیگیری این بیماران است.(فصل ۱۶ - نواک)

۴۵- گزینه ج

کنتراندیکاسیون های مصرف گونادوتروپین در نازایی مربوط به زنان عبارتنداز نارسایی اولیه تخمدان ، همراه با میزان بالای FSH ، اختلال کنترل نشده عملکرد تیروئید و فوق کلیه ، ضایعات ارگانیک داخل جمجمه ای مانند تومور هیپوفیز ، خونریزی غیر طبیعی تشخیص داده نشده رحم، بزرگ شدن تخمدان یا کیست تخمدان به هر علتی از سندرم تخمدان پلی کیستیک ، سابقه حساسیت شدید به نوعی از گونادوتروپین های حاملگی (فصل ۳۰- نواک)

جنین شناسی

۴۶- گزینه الف

αFp (همتای آلبومین) Pr اصلی سرم رویان می باشد . گلیکوپروتئینی است که در ابتدای بارداری در کیسه زرده و درمراحل بعد در کبد و دستگاه گوارش جنین تولید می شود . زمانی که جنین دچار نقایص بازماندن دیواره شکم شود αFp اضافی وارد مایع آمنیون می گردد که از طریق آمینوسنتز مورد ارزیابی قرار می گیرد . (جنین شناسی لانگمن ۲۰۰۶-فصل ۸)

۴۷- گزینه د

قسمت شدن ناکامل گره و شیار اولیه در مراحل دیررس تکامل ممکن است منجر به تشکیل دوقلوهای بهم چسبیده گردد . (جنین شناسی لانگمن ۲۰۰۶-فصل ۷)

۴۸- گزینه ج

خمیدگی سری دمی ناشی از سری و طولی دستگاه عصبی مرکزی است (جنین شناسی لانگمن -فصل ۵)

۴۹. پاسخ: گزینه ب

زوج اول سومیت ها در ناحیه گردنی رویان در روز ۲۰ بوجود می آید. (جنین شناسی لانگمن -فصل ۵)

۵۰- گزینه ب

بامسدود شدن ورید نافی راست و ورید زرده ای چپ در طی هفته پنجم شاخ سینوسی چپ به سرعت اهمیت خود را از دست می دهد . هنگام مسدود شدن ورید کارینال مشترک چپ در هفته دهم، همه آنچه که از شاخ سینوسی چپ باقی می ماند ورید مایل دهلیز چپ و سینوس کرونری است. (جنین شناسی لانگمن - دستگاه قلبی عروقی)



۵۱- گزینه الف

برجستگی تناسلی در جنس مذکر برآمدگی های اسکروتال و در جنس مونث لبیا ماژور را بوجود می آورد .
(جنین شناسی لانگمن - فصل ۱۵)

۵۲- گزینه ج

دررویان ۵ هفته ای روده میانی توسط یک مزانتر کوچک از دیواره خلفی شکم آویزان است و توسط ساقه زرده یا مجرای ویتیلین با کیسه زرده در ارتباط است. (جنین شناسی لانگمن - فصل ۱۴)

۵۳- گزینه ب

سومیت ها دارای قسمتی به نام اسکروتوم هستند که مهره ها را بوجود می آورند نیمه دمی هر اسکروتوم به نیمه سری اسکروتوم بعدی وصل می شود ، بنابراین هر مهره از ادغام نیمه دمی یک سومیت با نیمه سری سومیت مجاور بوجود می آید . (جنین شناسی لانگمن - فصل ۱۹)

۵۴- گزینه الف

اجزای غضروفی قوس های ۴ و ۶ درهم ادغام می شوند تا کریکوتید که از غضروف های حنجره است را بسازند. (جنین شناسی لانگمن - فصل ۱۶)

۵۵- گزینه الف

هنگامی که لوله عصبی بسته می شود سلولهای نوروپیتلیال، سلولهای عصب اولیه (نوروبلاست ها) را ایجاد می نمایند این سلولها در اطراف ناحیه نوروپیتلیال بخشی را تشکیل می دهند که به آن Mantle layer گفته می شود. (جنین شناسی لانگمن - فصل ۱۷)

نوزادان**۵۶- گزینه ج**

واریسلا زوستر عمدتاً پوست، اندام ها و چشم و مغز جنین را درگیر می کند . ضایعه پوستی مشخصه آن سیکاتریس نامیده می شود. علایم آبله مرغان مادرزادی عبارتند از : آسیب به اعصاب حسی، ضایعات پوستی، آسیب به ساقه بینایی، میکروفتالمی، کاتاراکت ،هیپوپلازی اندام، نقایص حرکتی و حسی، و اختلالات اسفنگتر مقعد و مثانه . آلوده شدن در هفته ۱۲-۶ سبب بیشترین آسیب رسانی به نمو اندام ها و آلودگی در هفته ۲۰-۱۶ منجر به درگیری چشم و مغز می شود . (فصل ۱۰۹ نلسون ۲۰۰۷ ص ۳۴۱)

۵۷- گزینه ج

در شیرخوار PPD مثبت که CXR طبیعی دارد، باید ایزونیازید و ریفامپین و پیرازینامید تا ۲ ماه تجویز گردد.(فصل ۲۱۲ ۲۰۰۷ جز رفرنس ارشد نمی باشد)

۵۸- گزینه ب

علل تشنج در نوزادان شامل:

۱. آسیبکسی پری ناتال

۲. خونریزی داخل مغز

۳. اشکالات متابولیک

۴. عفونتها (باکتریال، TORCH)

۵. سندرم محرومیت دارویی

۶. مسمومیت دارویی



۷. ناهنجاریهای تکاملی مغز
۸. پلی سیتمی و هیپرووسکوزیتی
۹. تشنج خوش خیم نوزادی
۱۰. آنسفالوپاتی ناشی از فشار خون بالا (فصل ۹۹ - نلسون ۲۰۰۷)

۵۹- گزینه ج

اندیکاسیون های استفاده از تهویه کمکی (PEEP) شامل:

- ۱ - PH شریانی کمتر از ۷/۲۰
- ۲ - PCO2 شریانی >60mmHg
- ۳ - PO2 شریانی <50mmHg با غلظت اکسیژن ۷۰-۱۰۰٪ یا CPAP حدود ۱۰-۶ سانتی متر آب
- ۴ - آپنه پایدار (فصل ۱۰۱ - نلسون ۲۰۰۷)

هدف از تهویه مکانیکی، افزایش اکسیژناسیون و دفع دی اکسید کربن است

۶۰- گزینه الف

در صورت وجود هر یک از معیارهای زیر، تشخیص زردی پاتولوژیک است و نیاز به بررسی بیشتر دارد

- ۱ - شروع زردی در ۲۴-۳۶ ساعت اول
- ۲ - افزایش میزان بیلی روبین با سرعت بیش از ۵ میلی گرم بر دسی لیتر در ۲۴ ساعت
- ۳ - افزایش میزان بیلی روبین سرم در نوزاد فول ترم بیش از ۱۲mg/dl و در پره ترم 10 dl
- ۴ - پایدار ماندن زردی تا بعد از روزهای ۱۰-۱۴
- ۵ - بیلی روبین مستقیم بیش از 2mg/dl
- ۶ - سابقه خانوادگی بیماریهای خونی (فصل ۱۰۲ - نلسون ۲۰۰۷)

۶۱- گزینه الف

توپیه های مکونیومی که در قسمت تحتانی کولون یا انورکتال یافت می شوند و محتوای آب آنها کمتر از حد طبیعی است و ممکن است سبب انسداد شوند توپیه های مکونیومی در همراهی با بیماریهای از جمله سندرم کولون چپ در نوزادان مادران دیابتی، CF، آگانگلیوزرکتوم، سوء مصرف مواد مخدر توسط مادران و درمان پره اکلامپسی، سولفات منیزیم دیده می شود. (فصل ۱۰۲ - نلسون ۲۰۰۷)

۶۲- گزینه ج

انواع درجه بندی و علایم دهیدراتاسیون شامل:

- ۱- خفیف که با کاهش ۲٪ از وزن بدن مشخص می شود. و اولین علامت آن سر درد است.
- ۲- متوسط که با کاهش ۵-۱۰٪ از وزن بدن مشخص می شود علایم آن شامل کاهش تورگور پوست و گودی دور چشم و خشکی پوست است.
- ۳- شدید که با کاهش بیش از ۱۰٪ آب بدن مشخص می شود و علایم آن شامل، حال عمومی بد، افت فشار خون، لتارژی و خواب آلودگی و کاهش حجم خون و افزایش رنگ ادرار، کاهش حجم ادرار کمتر از 30cc در ساعت و کما می باشد. (فصل ۱۰۰ - نوزادان نلسون ۲۰۰۷)

۶۳- گزینه الف



در مراحل احیاء در صورت تنفس نامنظم یا آپنه همراه با ضربان قلب کمتر از ۱۰۰ اولین اقدام تهویه فشار مثبت از طریق تهویه یا ماسک اکسیژن ۱۰۰٪ به مدت ۱۵-۱۰ ثانیه است. پس از ۳۰ ثانیه اگر ضربان قلب کمتر از ۱۰۰ بود باید از ماساژ قلبی در یک سوم تحتانی استرنوم سود جست. (فصل ۱۰۰ - نوزادان نلسون ۲۰۰۷)

۶۴- گزینه ج

فرمول محاسبه میزان کمبود سدیم در نوزاد دچار دهیدراتاسیون به صورت زیر است:
 میلی اکی والان در لیتر 80 × (وزن × درصد دهیدراتاسیون)

۶۵- گزینه الف

تمام کودکان باید قبل از ترخیص از بیمارستان از نظر فنیل کتونوری غربالگری شوند. این اختلال ارثی متابولیسم به دلیل نقص در متابولیسم فنیل آلانین می باشد که در صورت عدم تشخیص و ادامه تغذیه روتین، سبب عقب افتادگی پیشرونده ذهنی می شود. این بیماری با تست ساده خون تشخیصی داده می شود.
 نکته: نوزاد باید حتماً ۲-۳ روز قبل از انجام تست خون شیر مادر یا شیر خشک مصرف کرده باشد.

۶۶- گزینه ج

تنها تفاوت شیر خشک مخصوص نوزادان نارس با شیر مادر در میزان کالری آن است. کالری این شیر خشک ها جهت بهبود وزن گیری نوزاد کمی بیش از شیر مادر است. (تغذیه شیرخوار - نلسون ۲۰۰۷)

۶۷- گزینه ج

در نوزادان کولیک یافته شایعی است که معمولاً با گریه های شدید و طولانی قبل از هفته سوم پس از تولد، الگوی رشد طبیعی و گریه طبق تانول wesel مشخص میگردد. این حملات معمولاً در ساعات آخر بعدازظهر یا شب عود می کنند ولی ممکن است در هر زمانی رخ دهند. معمولاً طی ۳ ماه برطرف می شوند. موثرترین و مناسب ترین اقدام برای حمله کولیک در آغوش گرفتن و آرام کردن شیرخوار است. (اختلالات گوارشی - نلسون ۲۰۰۷)

۶۸- گزینه ب

هر کودک به طور معمول در ۵ ماهگی وزنش ۲ برابر و در یک سالگی ۳ برابر وزن تولدش می باشد قد نوزاد در ۶ ماهه اول عمر تقریباً ۱۵ سانتی متر و در ۶ ماهه دوم حدود 10cm افزوده میشود.
 دور سر نوزاد که موید رشد مغز آن است در ۶ ماهه اول تولد، ۱۰-۸ سانتی متر و در ۶ ماهه دوم ۳ سانتی متر اضافه میگردد. بنابراین برای یک کودک ۱۰ ماهه با وزن تولد ۳/۵ کیلوگرم، قد ۵۰ سانتی متر و دور سر ۳۵ این میزان رشد بسیار کم بوده و طبق محاسبات زیر منحنی صدک ۳ می باشد که نشان دهنده اختلال شدید و مزمن رشد است. (رشد و تکامل - کودکان نلسون ۲۰۰۷)

۶۹- گزینه الف

اندازه گیری دقیق قد و وزن باید در هر معاینه انجام شود. علاوه بر آن در طی سال اول تولد باید دور سر نوزاد اندازه گیری شود. انحراف از الگوهای رشد اولین علامت مشکل در کودکان است. افزایش صدک وزن به همراه کاهش صدک قد، هیپوتیروئیدی را مطرح می کند. (الگوی رشد طبیعی - کودکان نلسون ۲۰۰۷)

۷۰- گزینه د

اگر خونریزی ناشی از کمبود فاکتورهای انعقادی وابسته به ویتامین K در روز اول زندگی، اتفاق بیفتد اغلب ناشی از تجویز برخی از داروها به مادر از جمله وارفارین، فنوباریتال و فنی توئین است. خونریزی دیررس نیز ۲-۱ روز پس از تولد به ویژه در کودکان که شیر مادر خوار هستند مشاهده میگردد. کمبود ویتامین K در کودکان معمولاً به علت سوء جذب ویتامین K ناشی از فیبروز کیستیک یا مهار باکتری های سازنده ویتامین K در روده بزرگ به دلیل مصرف آنتی بیوتیک ها می باشد. خونریزی ناشی از کمبود ویتامین K را می توان با تجویز ویتامین K به صورت عضلانی بلافاصله پس از تولد پیشگیری نمود.

۷۱- گزینه د



آسیب عصب فرنیک (C3) سبب فلج دیافراگم و به دنبال آن سیانوزه، تنفس دشوار و نامنظم می شود. چنین آسیب هایی که معمولاً یک طرفه هستند با فلج قسمت فوقانی شبکه براکیال همراه هستند. (فصل ۹۹ - نلسون ۲۰۰۷)

۷۲- پاسخ: گزینه ب

طبق شکل ۹۷-۴ (معیارهای بلوغ عصبی - عضلانی سیستم گسترش یافته) New Ballard Score (فصل ۹۷ - نلسون ۲۰۰۷)

۷۳- گزینه د

پایین ترین میزان گلوکز خون در نوزاد مادران دیابتی ۱-۳ ساعت اول تولد است و معمولاً به طور خودبخود در ۴-۶ ساعت بهبود می یابند. در نوزادان مبتلا به هیپوگلیسمی باید از تزریق بولوس گلوکز هیپرتونیک خودداری کرد. چون ممکن است سبب تشدید هیپرانسولینمی و احتمالاً هیپوگلیسمی ریباند شود.

۷۴- گزینه د

- آپگار ۲ و نیاز به اکسیژن درمانی دارد
- تون ضعیف عضلانی ۱-----
- ضربان قلب ۱۱۰ دقیقه ۲-----
- گریه ضعیف ۱-----
- کبودی اندامها ۱-----
- پاسخ ضعیف به تحریکات ۱-----

۷۵- گزینه ب

در روز ۱-۳ پس از تولد ایجاد می شود. پاپولهای کوچک سفید و گهگاه وزیکوپوسچولر است حاوی ائوزینوفیل است و معمولاً بر روی صورت، تنه و اندامها منتشر است. خوش خیم است و طی یک هفته خود به خود رفع می شود. (فصل ۹۴ - نوزادان نلسون ۲۰۰۷)

بهداشت، تغذیه مادر و کودک

۷۶- گزینه ج

علائم هشدار دهنده ی زیر حاکی از آنست که نوزاد خوب تغذیه نشده وزن به نسبت قد و دورسر بسیار کم باشد، بعد از روز سوم کمتر از ۶ کهنه ی خیس در ۲۴ ساعت داشته باشد، به ظاهر همیشه گرسنه یا در حال شیرخوردن باشد و از ۴ تا هفته ی ۴ کمتر یا ۴ بار دفع مدفوع داشته باشد. (بهداشت مادر و کودک پروانه رضا سلطانی، دکتر پارسای، فصل تغذیه شیرخواران)

۷۷- گزینه ب

توصیه می شود قطره آهن و مولتی ویتامین به کودک تا دوسالگی ادامه داده شود و قطره ی آهن را باید در عقب دهان کودک چکاند و سپس به او آب خورانده به کودک زیر یک سال از گروه سبزیجات کلم و اسفناج را نباید داد و از افزودن نمک، شکر و هرگونه چاشنی به غذاهای کمکی باید پرهیز کرد . طبخ گوشت باید در قطعات کوچک و به طور کامل و صورت گیرد و کاملاً نرم شود. (بهداشت مادر و کودک، پروانه رضا سلطانی، دکتر پارسای، فصل تغذیه شیرخواران)

۷۸- گزینه د

نوزادان نارس با وزن تولد کمتر از ۲۰۰۰ گرم باید چهار نوبت واکسن هپاتیت B در زمانهای بدو تولد، ۱، ۲، ۶ ماهگی دریافت کنند و نوزادان نارس با وزن بیش از ۲۰۰۰ گرم باید برنامه ایمن سازی را طبق جدول ایمن سازی کامل کنند. (بهداشت مادر و کودک پروانه رضا سلطانی، دکتر پارسای، فصل واکسیناسیون)

۷۹- گزینه ب



کمبود شدید روی می تواند موجب کاهش اشتها، رشد کمتر از حد مطلوب و مختل شدن روند ترمیم زخم گردد . در کمبود بسیار شدید امکان کوتولگی و هیپوگوناדיسم وجود دارد. (ویلیامز فصل مراقبت دوران بارداری)

۸۰- گزینه د

اگر یکی از افراد خانواده HbsAg مثبت باشد، بقیه افراد ساکن در منزل باید بر علیه هپاتیت B واکسینه شوند و دوز واکسن در آنها مثل افراد پرخطر دوبرابر مقدار عادی است . افرادی که جز گروه پرخطر هستند و در آنها تجویز واکسن هپاتیت B توصیه شده ۳ ماه پس از دریافت آخرین دوز واکسن تیترا آنتی بادی آنها کنترل و اگر کمتر از ۱۰ باشد یک دوره کامل واکسیناسیون بادوز دوبرابر معمول دریافت نمایند.

(بهداشت مادر و کودک پروانه رضا سلطانی، دکترپارسای، فصل واکسیناسیون)

۸۱- گزینه ج

غربالگری هیپوتیروئیدی نوزادان باید در نخستین روزهای پس از زایمان بنابراین گزینه الف و د غلط می باشد. (بهداشت مادر و کودک پروانه رضا سلطانی، دکتر پارسای، فصل برنامه های کشوری)

۸۲- گزینه الف

شاخص حفاظت زوجین شاخصی است که در برنامه های کشوری جهت برنامه ریزی مورد استفاده قرار می گیرد.

۸۳- گزینه ب

فرمول میزان شیوع لحظه ای = تعداد موارد بیماری در مدت معین زمان $10'' \times$

کل جمعیت همان مقطع زمانی

میزان بروز = تعداد موارد جدید بیماری در مدت معین $10'' \times$

متوسط جمعیت در معرض آن بیماری در همان زمان

۸۴- گزینه ج

بیماری عروق کرونر از کتر اندیکاسیون های مطلق قرص های ترکیبی پیش گیری از حاملگی است و چون حلقه های واژینال نیز حاوی هورمون می باشند در بیمار قلبی ضع مصرف دارند. (بهداشت مادر و کودک پروانه رضا سلطانی، دکتر پارسای، فصل تنظیم خانواده)

۸۵- گزینه د

چون بیمار مبتلا به تشنج است پس داروی ضد تشنج مصرف می کند و این داروها تاثیر OCP را کاهش می دهند. قرص لاینسترونول حاوی پروژسترون است و مخصوص دوران شیردهی است. (بهداشت مادر و کودک پروانه رضا سلطانی، دکتر پارسای، فصل تنظیم خانواده)

۸۶- گزینه د

در سه ماهه نخست شروع قرص بروز خونریزی و لکه بینی شایع می باشد و پس از آن در اکثر افراد از بین می رود . (ویلیامز، فصل پیشگیری از بارداری)

۸۷- گزینه ج

اثربخشی DMPA بسیار بالاست و با OCP قابل مقایسه است. (R.F آن کمتر از یک درصد می باشد) (بهداشت مادر و کودک پروانه رضا سلطانی، دکتر پارسای، فصل تنظیم خانواده)

۸۸- گزینه الف

رفتارهای پرخطر جنسی افراد را مستعد ابتلا به بیماریهای مقاربتی و ایدز می نماید و افرادی که در معرض خطر ابتلا به این بیماریها هستند منع مصرف نسبی برای IUD دارند.

(بهداشت مادر و کودک پروانه رضا سلطانی، دکتر پارسای، فصل تنظیم خانواده)

۸۹- گزینه ب



در دوازده ماهگی اگر دست کودک را بگیرند راه می رود . معمولاً راه رفتن از ۱۵-۱۲ ماهگی شروع می شود .
(بهداشت مادر و کودک پروانه رضا سلطانی، دکتر پارسای، فصل رشد و تکامل)

۹۰- گزینه ب

طبق برنامه کشوری مانا در اسهال پایدار باید ۵ روز بعد پیگیری کرد.

۹۱- گزینه ب

فتق کشاله ای ران از موارد منع نسبی وازکتومی است و چون بیمار حساسیت به لیدوکائین دارد باید به بیمارستان ارجاع شود .
(بهداشت مادر و کودک پروانه رضا سلطانی، دکتر پارسای، فصل تنظیم خانواده)

۹۲- گزینه ج

از کنترااندیکاسیونهای مصرف OCP و آمپول تزریقی ابتلا به دیابت می باشد . همچنین نورپلانت نیز از موارد منع مصرف آن به شمار می روند.

(بهداشت مادر و کودک پروانه رضا سلطانی، دکتر پارسای، فصل تنظیم خانواده)

۹۳- گزینه الف

مراکز بهداشتی -درمانی روستائی جزو دومین سطح ارائه ی خدماتی بهداشتی درمانی در ایران می باشند.
(بهداشت مادر و کودک پروانه رضا سلطانی، دکتر پارسای، فصل خدمات بهداشتی جامعه)

۹۴- گزینه الف

کودک زیر ۶ ماه که از شیر مادر تغذیه می کند از نظر کمبود ویتامین A کمتر آسیب پذیر نمی باشد

۹۵- گزینه ب

بیان بسیار گسترده توصیه ها در حدی که باعث آشفته گی ذهنی مادر شود لزومی ندارد.

۹۶- گزینه ب

درمان ماسیتیت شامل آنتی بیوتیک و مسکن می باشد. (ویلیامز، فصل نفاس)

۹۷- گزینه د

سطح دوم پیشگیری عبارت است از زمانی که عامل بیماری زا وارد بدن شده و بیماری را ایجاد کرده و هدف تشخیص سریع بیماری و درمان آن است مثل پاپ اسمیر، غربالگری ها و معاینات دوره ای پستان .
(بهداشت مادر و کودک پروانه رضا سلطانی، دکتر پارسای، فصل غربالگری)

۹۸- گزینه ب

بعد از زایمان در عرض ۲۴ ساعت بندناف روی شکم نوزاد خشک می شود و در عرض چند روز تا چند هفته کنده می شود .
بندناف را باید خشک و تمیز نگه داشت . بعضی توصیه می کنند روزی چندبار بندناف با الکل سفید تمیز شود (بهداشت مادر و کودک پروانه رضا سلطانی، دکتر پارسای، فصل، مراقبت از نوزادان و کودکان کمتر از ۵ سال)

داخلی و جراحی

۹۹- گزینه الف

وجود اتو آنتی بادی های خاص باعث تحریک یا توقف فعالیت غده ی تیروئید یا التهاب یا تخریب غده می شوند . به این اتو آنتی بادی ها ایمونوگلوبولین های محرک تیروئید می گویند. Ig محرک تیروئید با اتصال به گیرنده تیروتروپین موجب تحریک فعالیت آن شده و موجب افزایش عملکرد و رشد غده می شود(ویلیامز- فصل ۵۳).

۱۰۰- گزینه ب

هیپر تیروئیدی در دوران حاملگی شیوع ۱ در هزار تا دوهزار دارد از علائم آن عبارتند از تاکی کاروی (شدید تر از افزایش پالس در دوران حاملگی) ، تاکی کاروی در زمان خواب، تیرومگالی ، اگزوفتالمی، عدم افزایش مناسب وزن علی رقم تغذیه مناسب



و حتی زیاد، تایید آزمایشگاهی این بیماری با افزایش T_4 آزاد سرم همراه با افت واضح مقدار تیروتروپین انجام می شود (ویلیامز- فصل ۵۳).

۱۰۱- گزینه الف

باکتری اوری بدون علامت عبارت است از تکثیر فعال و مداوم باکتری ها در درون مجرای ادراری خانم های بدون علامت بالینی و شیوع آن در بارداری ۲ الی ۷ درصد می باشد. اگر تعداد باکتری در نمونه ادراری بیش تر از صد هزار باکتری در هر mL باشد عفونت تشخیص داده می شود اما از آنجائی که در برخی از خانم های باردار با کلنی های بیست تا پنجاه هزار هم پیلونفریت رخ داده، درمان در تعداد کمتر میکرو ارگانیسم اقدامی عاقلانه است (ویلیامز-فصل ۴۸).

۱۰۲- گزینه ج

عود باکتری اوری می تواند نشان دهنده ی عفو نت مخفی و لزوم درمان طولانی مدت باشد . لذا در این موارد تجویز نیتروfurانتوئین در باقی مانده ی دوران حاملگی توصیه می گردد (ویلیامز-فصل ۴۸).

۱۰۳- گزینه ب

طبق جدول تقسیم بندی دیابت این بیمار مبتلا به دیابت A_2 است و درمان وی با انسولین انجام می شود. (ویلیامز-فصل ۵۲)

۱۰۴- گزینه الف

طبق جدول مربوط به درمان مرحله ای آسم مزمن در بارداری در آسم خفیف متناوب آگونیست های استنشاقی مثل ایزو اتارین، متاپروترنول، سالمترول تجویز می شود (ویلیامز - فصل ۴۶).

۱۰۵- گزینه د

خانم های دارای درجه مکانیکی در طول بارداری باید تحت درمان ضد انعقاد قرار بگیرند . مرگ و میر در این بیماران ۳-۴ درصد می باشد و سقط نیز در آنها شایع است (ویلیامز - فصل ۴۴).

۱۰۶- گزینه الف

در تنگی میترال ورود خون به بطن چپ با اختلال روبرو می شود بارزترین علامت تنگی میترال عبارت است از تنگی نفس که ناشی از افزایش فشار ورید ریوی وادم ریه ناشی می شود . سایر علائم عبارتند از سرفه، تپش قلب، همپوتیزی و خستگی (ویلیامز- فصل ۴۴).

۱۰۷- گزینه د

در موارد که علائم ازوفائیت رفلاکسی شدید به طور مداوم برقرار است تجویز آنتاگونیست های H_2 یعنی سایمتدین و رانیتیدین صورت می گیرد (ویلیامز - فصل ۴۹).

۱۰۸- گزینه الف

در درمان استفراغ شدید حاملگی در صورتی که استفراغ مقاوم باشد باید بیمار را بستری کرده و از داروهای ضد استفراغ استفاده شود. اولین خط درمان استفراغ شدید حاملگی استفاده از ویتامین B_6 یا ویتامین B_6 همراه دوکسیلامین می باشد (ویلیامز- فصل ۴۹).

۱۰۹- گزینه ب

ویروس آبله مرغان نوعی هرپس ویروس است که بعد از ابتلا فرد به عفونت اولیه بهبود یافته در عقده های عصبی ریشه ی پشتی به حالت نهفته می ماند و اگر فرد مستعد با بیمار آبله مرغانی تماس یابد در عوض ۹۶ ساعت از زمان تماس Ig تزریق شود از بیماری پیش گیری می شود (ویلیامز- فصل ۵۸).

۱۱۰- گزینه ب

در کشورهای پیشرفته سیر بالینی HBV در اثر حاملگی تغییر نکرده ، درمان فقط حمایتی بوده و در دوران حاملگی احتمال زایمان زودرس افزایش می یابد. (ویلیامز- فصل ۵۰)

