

بارداری و زایمان

۱- گزینه د

در وضعیت لیتوتومی با چرخش استخوان خاجی به طرف خلف، قطر خروجی لگن افزایش می یابد. (فصل دوم آناتومی)

۲- گزینه ب

الف- HCG از نظر ساختمانی با هورمونهای LH-FSH-TSH شباهت دارد.

ج: این هورمون گلیکوپروتئینی است که ترجیحاً آزاد شدن FSH را از هیپوفیز مهار می کند.

د: نوعی قوس فیدبکی مثبت در جفت مطرح است که در این قوس، اثر تحریک کنندگی CRH جفتی بر تشکیل ACTH جفتی، اثر تحریک کنندگی ACTH جفتی بر تشکیل تهویه کورتیکواستروئیدی فوق کلیوی، و اثر تحریک کنندگی گلوکوکورتیکواستروئید بر بروز CRH جفتی شامل می شود. (فصل سوم : لانه گزینی امبریونز و تکامل جفت)

۳- گزینه د

الف و ب - انتقال ایمنوگلوبین از مادر به جنین تقریباً در هفته ۱۶ آغاز می شود و پس از آن افزایش می یابد. جنین قسمت عمده IgG را در طی ۴ هفته آخر حاملگی در مادر به دست می آورد. بنابراین نوزادان پره ترم دارای مقادیر نسبتاً کمتر از آنتی بادی های مادری هستند. انتقال آنتی بادی IgG از مادر به جنین ممکن است به جای حفاظت از جنین در برخی شرایط آسیب رسان باشد. نمونه کلاسیک آن، بیماری همولیتیک ناشی از ایزوایمونیزاسیون با آنتی ژن D در جنین است در شرایطی که مادر Rh⁺ و جنین Rh⁻ باشد که در این شرایط می تواند آسیب رسان باشد.

ج: جنین طبیعی و سالم IgM بسیار اندکی تولید می کنند و مقدار ساخته شده نیز ممکن است مربوط به آنتی بادی تولید شده علیه لنفوسیت های T مادر باشد. افزایش IgM در نوزادان در موارد ابتلا به عفونت های مادرزادی مانند سرخچه و سیئومگالوویروس یا توکسوپلاسموز دیده می شود.

د: نوزاد ۳۸ هفته: با دوره ترم حاملگی ایمنوگلوبولین کافی از مادر دریافت کرده و با توجه به سه گزینه دیگر کم خطر تر به نظر می رسد. (فصل چهارم : رشد و نمو جنین)

۴- گزینه الف

الف: در نتیجه افزایش هورمون پاراتیروئید میزان تام کلسیم و منیزیم کاهش می یابد : غلظت پلاسمایی هورمون پاراتیروئید در سه ماهه اول حاملگی کاهش می یابد و سپس به طور پیشرونده در سرتاسر باقیمانده حاملگی افزایش پیدا می کند. ب: افزایش احتباس آب، یکی از تغییرات فیزیولوژیک طبیعی در حاملگی است. و در هنگام ترم، میزان آب جنین، جفت و مایع آمنیون حدود ۳/۵ لیتر است و ۳ لیتر دیگر در نتیجه افزایش حجم خون مادر و افزایش آن دازه رحم و پستانها تجمع می یابد. بنابراین حداقل مقدار آب اضافی که در یک زن متوسط در حاملگی احتباس می یابد حدود ۶/۵ لیتر است. ج: حاملگی طبیعی با هیپوگلیسمی ناشنای خفیف و هیپرگلیسمی بعد از غذا و هیپرانسولینمی مشخص می شود. د: تقریباً در هفته ۳۶ حاملگی در نتیجه آثار بعدی استرادیول و پروژسترون میزان LDL به حداکثر می رسد. (فصل ۵ : فیزیولوژی مادر)

۵- گزینه الف

الف: در دوران حاملگی میزان TRH تغییری نمی کند اما میزان TSH افزایش پیدا می کند

ج: ویتامین D توسط کبد به ۲۵-هیدروکسی ویتامین D3 تبدیل می شود و پس در کلیه جفت به ۲۵ و ۱-دهیدروکسی ویتامین D3 تبدیل می شود که میزان سرمی آن در حاملگی طبیعی افزایش پیدا می کند.



ب: در زن حامله به دنبال دریافت گلوکز خوراکی هم هیپرگلیسمی و هیپرانسولینمی طولانی مدت رخ می دهد و گلوگاکون به مدت بیشتری سرکوب می شود. اما این وضعیت به سرعت از وضعیت بعد از غذا که مشخصه آن افزایش و پایدار ماندن میزان گلوکز است به وضعیت ناشتا که مشخصه آن کاهش گلوکز پلاسما و اسیدهای امینه ای مانند الانین است تغییر می کند
د: غلظت هورمون پاراتیروئید بعد از سه ماهه اول حاملگی به طور پیشرونده افزایش پیدا می کند که ارتباط معکوس با میزان Ca سرمی دارد و میزان Ca کاهش می یابد.

۶- گزینه ج

الف: با تحرک مفاصل در حاملگی افزایش می یابد که می تواند با درد سوزشی، احساس گزگز و ضعف همراه باشد
ب: در زنان حامله افزایش ضعیف در ضخامت قرنیه رخ می دهد که تصور می شود ناشی از ادم است و در نتیجه زنان حامله ممکن است در زمینه استفاده از لنزهای تماسی که قبلاً با آن راحت بودند دچار مشکل می شوند
ج: در حاملگی طبیعی زن حامله دچار اختلال در خواب می شود اما بیشترین شدت اختلال خواب در دوره بعد از زایمان دیده می شود و این مساله باعث دلتنگیهای بعد از زایمان می شود. اما افسردگی و دپرسیون در دوران حاملگی طبیعی نمی باشد.
د: کاهش حافظه در ارتباط با حاملگی نشان می دهد اما محدود به سه ماهه سوم است. و این حالت گذرا است و به دنبال زایمان به سرعت برطرف می شود.

۷- گزینه الف

تشخیص ضربان قلب در سونوگرافی β -HCG در سرم از علائم قطعی حاملگی هستند اما مثبت شدن تست فرم یا مشاهده علامت هگار از علائم احتمالی حاملگی هستند و نیاز به بررسی بیشتر است. (فصل ۵: فیزیولوژی مادر)

۸- گزینه د

- استعمال دخانیات، مصرف الکل و داروهای غیر مجاز، خشونت های خانوادگی، مشکلات تغذیه ای، تغییر مکرر محل سکونت از مواردی هستند که در غربالگری در روانی، اجتماعی مورد توجه قرار می گیرند.

۹- گزینه الف

علائم حاملگی نا به جا: علائم و نشانه های EP اغلب مبهم هستند. شایع ترین علامت درد لگنی و شکم و آموره همراه با درجاتی از لکه بینی یا خونریزی واژینال و علائم گوارشی قبل از بروز پارگی علایم حیاتی طبیعی است اما با پارگی و خونریزی در عدم تغییر علایم حیاتی تا افزایش خفیف فشار خون و یا پاسخ وازوواگال متغی ر است و در ۲۰ درصد بیماران توده لگنی در معاینه دستی در موقعیت خلفی رحم لمس می شود.

علایم تهدید به سقط: ترشح خونی واژینال و یا خونریزی از میان منفذ بسته سرویکس، در مرحله دوم درد کرامپ شکمی تشخیص افتراقی آن با حاملگی نابه جا، پیچ خوردگی تخمدان یا سایر انواع سقط است.

علائم مول: خونریزی رحمی تقریباً در همه موارد رخ می دهد. اندازه رحم اکثراً بزرگتر از حد معمول است.

قبل از هفته ۲۴ حاملگی، تهوع و استفراغ شدید، تیروتوکسیکوز

علایم PID: پیلوفرنیت در سه ماهه دوم شایعتر است در بیش از نیمی از موارد یک طرفه است و در سمت راست رخ می دهد و در یک چهارم موارد حالت دو طرفه دارد. معمولاً ناگهانی و با تب و لرز تکان دهنده شروع می شود و با درد مداوم در یک یا هر دو پهلو همراه است.

بنابراین با توجه به علائم هر چهار گزینه مطرح شده تنها در موارد EP است که درد مانع از لمس توده می شود

۱۰- گزینه الف

ویژگیهای تشخیصی دفع خود بخود مول با بیشترین احتمال در حول و حوش هفته ۱۶ است.

ج: علائم سقط غیر قابل اجتناب: پارگی آشکار پرده های که با نشت مایع امینیون و با دیلاتاسیون همراه است. که با انقباضات رحمی و خونریزی های واژینال همراه است. بنابراین پاسخ گزینه الف است.



۱۱- گزینه ب

عواملی که بر میزان α FP سرم مادر اثر می گذارند شامل : وزن، نژاد، دیابت مادر، سن حاملگی، تعداد جنین

۱۲- گزینه د

شاخص مایع آمنیون: محاسبه مجموع عمق عمودی بزرگترین بسته مایع آمنیون در هر یک از چهار ربع مساوی رحم به دست می آید. هیدرامینوس خفیف به صورت بسته های مایع با اندازه هر یک از چهار بعد عمودی تعریف می شود . که در ۸۰ درصد موارد بیماران هیدرامینوس از نوع خفیف رخ می دهد . هیدرامینوس متوسط که به صورت بسته های مایع با عمق 12-15cm که در ۱۵ درصد موارد رخ می دهد و در تنها در ۵ درصد این افراد دچار هیدرامینوس شدید می گردند که در دو سوم علت آن ایدیوپاتیک بوده است.

اولیگو هیدرامینوس به صورت شاخص مایع آمنیون در حد 5cm یا کمتر تعریف می شود.

۱۳- گزینه ج

Lie: ارتباط محور طولی جنین با محور طولی مادر که می تواند به صورت طولی یا عرضی باشد که در طی مانور لئوپولد به دست می آید.

نمایش عضو نمایش قسمتی از بدن جنین است که در مجرای زایمان از همه بخش های دیگر بدن جلوتر قرار دارد که با معاینه واژینال از طریق سرویکس می توان آن را لمس کرد.

حالت (attitude): در ماههای آخر حاملگی جنین شکل منحصر به فردی به خود می گیرد که حالت یا وضعیت قرار گیری بدن نامیده می شود. که این حالت جنین در نتیجه اثر جنین و تطابق آن با حفره رحم است . که با مانور لئوپولد می توان شکل توده تخم مرغی جنین را تشخیص داد

وضعیت (position): منظور از وضعیت ارتباط بخشی از عضو نمایش جنین با طرف راست یا چپ مجرای زایمان مادر است مانورهای لئوپولد:

مانور اول: تعیین قطبی از جنین که فونروس رحم را اشغال کرده است و تعیین ارتفاع رحم - قرار جنین در مانور اول انجام می شود.

در مانور دوم: موقعیت جنین (با توجه به پشت جنین و اندام های جنین) تعیین می شود.

در مانور سوم: اگر توده ای متحرک در بالا سمفیزپوبیس لمس شود این است انگاژمان رخ نداده و اگر عضو نمایش جنین به طور عمقی انگاژمان پیدا کرده باشد یافته های حاصل از این مانور ثابت شدن قطب تحتانی جنین را در لگن نشان می دهد و جزئیات معاینه در مانور آخر تعیین می شود.

مانور چهارم: اگر انگاژمان رخ داده باشد با مانور چهارم می توان شانه قدامی را به آسانی افتراق داد.

(فصل لیبر و زایمان طبیعی)

۱۴- گزینه ب

در پذیرش زائو باید بررسی مشخصات انقباضات رحمی به منظور تشخیص لیبر حقیقی و لیبر کاذب انجام شود. باید پایش الکترونیکی ضربان قلب جنین در هنگام پذیرش انجام شود . در مواردی که زائو درد دارد باید بسته به نیاز ها و خواسته هایش زنان درد را تسکین داد.

داروهای مسکن در ابتدای درد می توان به تشخیص لیبر کاذب و لیبر حقیقی کمک کند زیرا در لیبر کاذب با صرف مسکن درد برطرف می شود. باید علایم حیاتی مادر در بدو پذیرش کنترل شود.

مانیتورینگ (NST – OCT و) در موارد تشخیص جنین های در معرض خطر که با شکایت مادر از عدم حرکت جنین یا کاهش حرکت جنین انجام می شود.(فصل لیبر و زایمان طبیعی)

۱۵- گزینه ج

اداره مرحله اول لیبر: پس از پذیرش زن حامله در حد امکان باید هر چه سریعتر معاینه فیزیکی عمومی انجام شود. در مرحله بعد از مرور پرونده بیمار و کامل شدن آزمایشهای بیمار، بیمار باید بستری شود. و پایش سلامت جنین و در طی لیبر باید انجام شود که در مرحله اول لیبر حداقل هر ۳۰ دقیقه یکبار بلافاصله پس از انقباض و در مرحله دوم هر ۱۵ دقیقه یکبار باید کنترل شود. علایم حیاتی مادر باید هر ۴ ساعت یکبار کنترل شود و در صورتی پارگی طولانی مدت پرده های پارگی به مدت بیش از ۱۸ ساعت تجویز داروهای ضد میکروبی برابر پیشگیری از عفونت با استرپتوکوک های گروه B توصیه می شود. در حین لیبر مصرف خوراکی را به دلیل طولانی شدن زمان تخلیه معده و تجویز عوامل ضد درد منع کرد. اما مصرف اندک اندک مایعات صاف شده، مصرف گهگاه تکه های یخ و مرطوب کننده لب اشکالی ندارد.

در لیبرهای طولانی و در زنانی که به علل دیگر قادر به مصرف خوراکی مواد غذایی نیستند تجویز گلوکز، سدیم و آب به میزان ۶۰-۱۲۰ میلی متر در ساعت مانع از وقوع دهیدراتاسیون و اسیدوز می شود. در زنانی که در شرایط درد کشیدن هستند نیازی به محدود کردن بیمار برای استراحت در بستر نیست و باید اجازه داده شود تا در هر وضعیتی که احساس راحتی می کنند قرار بگیرند. برای استفاده از مواد آنالژژیک به طور کلی درد را باید بسته به نیازها و خواسته های زنان تسکین داد. در مواردی که پرده ها سالم هستند و سود زیادی برای انجام آمینوتومی وجود دارد منافع فرضی این کار: لیبر سریع تر، تشخیص زود هنگام مایع آمنیون آغشته به م کونیوم، فراهم کردن امکان وصل الکترود به جنین و نکته مهم در این زمینه این است که در طی روند آمینوتومی سر جنین باید به طور مناسب بر روی سرویکس قرار داشته باشد و از لگن خارج نشود تا پرولاپس بند ناف رخ ندهد، باید از اتساع مثانه پرهیز شود چون از نزول عضو نمایش جنین ممانعت می کند و منجر به هیپوترمی و عفونت بعدی مثانه می شود.

۱۶- گزینه ج

از علایم و نشانه های دکولمان خونریزی و درد شکم است که در ۲۲ درصد موارد ابتدا تشخیص لیبر ایدیوپاتیک مطرح می شود و بعد به دنبال آن مرگ جنینی و یا دیسترس جنینی رخ می دهد. اگر جدایی جفت به حدی شدید باشد که جنین مرده باشد انجام زایمان وازینال ترجیح داده می شود. مگر اینکه خونریزی به حدی سریع باشد که نتوان حتی با جایگزینی شدید خون آن را به طور موفقیت آمیز ادراه کرد و یا اینکه سایر مشکلات مامایی انجام زایمان وازینال شوند. اختلالات انعقادی ممکن است بویژه در زایمان سزارین مشکل آفرین باشند. در موارد اختلال سیستم انعقادی انسیزبونیهای رحمی و شکمی مستعد خونریزی بیش از حد هستند. هموستاز در محل لانه گزینی جفت، عمدتاً وابسته به انقباضات میومتر است. (فصل خونریزی زایمانی)

۱۷- گزینه الف

به طور کلی نیازی نیست که زنان حامله فعالیت خود را محدود کننده به شرطی که دچار خستگی بیش از حد نشوند و یا در معرض خطر آسیب قرار نداشته باشند. در زنان حامله ای که به طور منظم ورزش می کنند، حجم خون به طور قابل ملاحظه ای بیشتر است در زنانی که در دوران بارداری ورزش می کنند هم اندازه جفت و هم وزن هنگام تولد به طور قابل ملاحظه ای بیشتر است. کنتراندیکاسیون نسبی ورزش در دوران بارداری: کم خونی شدید، آریتمی قلبی بررسی نشده در مادر، برونشیت مزمن. دیابت شیرین نوع I با کنترل نامناسب، چاقی مرضی بسیار شدید، BMI کمتر از ۱۲ مادر، IUGR در حاملگی معنی، هیپرتانسیون خوب کنترل نشده، محدودیت ارتوپدیک، اختلال تشنجی خوب کنترل نشده، هیپرتیروئیدی خوب کنترل نشده، استعمال شدید دخانیات. (فصل مراقبت های پره ناتال)

۱۸- گزینه ب

زایمان علاج قطعی پره اکلامپسی است.

نگرانی اصلی در انجام آنالژژی اپیدورال و نخاعی مربوط به هیپوتانسیون ناشی از مهار سمپاتیک و مخاطرات ناشی از عوامل پرسور یا حجم های زیاد مایعات داخل وریدی بودند، به عنوان مثال انفوزیون سریع حجم کم زیاد محلولهای کریستالوئید یا کولوئید برای با مقابله با هیپوولمی مادری ناشی از علل متنوع به عنوان ی کی از علل ادم ریه مطرح است. نگرانی دیگری که مطرح است در مورد سلامت جنین است چون هیپوتانسیون ناشی از مهار سمپاتیک ممکن است سبب افت خطرناک پرفوزیون رحمی - جفتی شود.



بسیاری از صاحب نظران بلوک اپیدورال را ترجیح می دهند و بر این باور هستند که تحریک ناشی از لوله گذاری در تراشه ممکن است با منجر شدن به هیپرتانسیون ناگهانی سبب ادم ریوی، ادم مغزی یا خونریزی داخل جمجمه ای شود و بنابراین بی هوشی عمومی را عاقلانه نمی دانند . با در نظر گرفتن مزایا و معایب روشهای مختلف آنالرژی در سزارین بر این باورند که آنالرژی اپیدورال روش ارجح برای این کار است.(فصل اختلالات هیپرتانسیون حاملگی)

۱۹- گزینه الف

در ۲۴ ساعت اول بعد از شروع شیردهی، اتساع ، شدن پستان ها نامعمول نیست این یافته ها ممکن است با بالا رفتن گذرای درجه حرارت بدن همراه باشند. تب نفاس در اثر تورم و پر خونی پستان ، شایع است. تب بندرت پیش از ۱۶-۴ ساعت پا برجا می ماند. درمان شامل: حمایت از پستانها ف استفاده از کیسه یخ و داروهای ضد درد است . پمپ کردن پستان یا خارج سازی شیر با دست ممکن است در ابتدا ضروری باشد اما با این حالت معمولاً در عرض چند روز تخفیف پیدا می کند و نوزاد قادر می شود به طور طبیعی از پستان شیر بخورد. (فصل دوره نفاس)

۲۰- گزینه ج

اگر خانم زایمان کرده 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 داشته باشدف مشخص می شود که فاقد عملکرد مناسب است. در این موارد کاتتر باید در محل باقی گذاشته شود و مثانه یک روز دیگر تخلیه گردد. اگر میزان ادرار به دست آمده کمتر از ۲۰۰ میلی لیتر باشد می توان کاتتر را خارج کرد و متعاقباً به نحوی که توضیح داده شد مثانه را مجدداً مورد بررسی قرار داد.(فصل دوره نفاس)

۲۱- گزینه الف

تست over-roll: اگر در هفته های ۳۲-۲۸ حاملگی بعد از اینکه زن حامله در وضعیت خوابیده به پهلو قرار گرفت و پس وضعیت او به حالت خوابیده به پشت تغییر داده شده پاسخ هیپرتانسیون ایجاد شود، این حالت هیپرتانسیون حاملگی را پیشگویی می کند.

۲۲- گزینه الف

۲۳- گزینه ب

در خانم Rh منفی ، با سابقه تزریق خون قبلی یا حاملگی یا سقط شک به حساس شدن از قبل وجود دارد به همین دلیل نوع خون والدین باید برابر ناهمخوانی احتمالی آزمایش شود. در تیتراژ مادری IgG بر علیه آنتی ژن D در هفته های ۱۶-۱۲ و ۳۲-۲۸ و ۳۶ سنجیده می شود . وجود تیتراژ آنتی بادی قابل سنجش در اول حاملگی ، افزایش سریع تیتراژ و یا تیتراژ $1/64$ یا بیشتر معرف بیماری همولیتیک قابل توجه است اگر چه این تیتراژ ارتباط کمی با شدت بیماری دارد . اگر مادر دارای آنتی بادی بر علیه آنتی ژن D باشد $1/16$ یا بیشتر در هر زمانی در حاملگی باشد شدت بیماری شدید را مطرح می کند و تیتراژ $1/16$ و بالاتر از آن بر احتمال بیماری همولیتیک شدید دلالت دارد. (نوزادان نلسون)

۲۴- گزینه

۲۵- گزینه الف

میزان متوسط خونریزی در زایمان طبیعی: ۵۰۰ میلی لیتر

۲۶- گزینه د

مواردی که باعث می شود ارتفاع رحم بزرگتر از سن حاملگی باشد ، جنین های چندقلویی، مثانه پر ، LMP می باشد.

۲۷- گزینه ب

کاهش حجم مایع آمنیون در اثر نارسایی مزمن شدید جفت ، قابل انتساب به کاهش تولید ادرار جنین نیست . در تمام لیبرها و بویژه در حاملگیهای پست ترم، با کاهش میزان مایع، خطر فشردگی بند ناف و در نتیجه خطر دیسترس جنینی افزایش پیدا می کند(فصل اختلالات حجم مایع آمنیون)

۲۸- گزینه د



تغییرات شاخص دو قلوهای تک کوریونی که شنت سرخرگی - سیاهرگی جبران نشده دارند

قلی که دهنده است	قلی که گیرنده است
نارس بودن	نارس بودن
اولیگو هیدرامینوس	پلی هیدروآمینوس
نارس و کوچک بودن	هیدروپس
سوء تغذیه	نارس و بزرگ بودن
رنگ پریدگی	پلتورا
کم خونی	هیپرولمی
هیپوولمی	هیپرتروفی قلبی
قلب کوچک	

نکته: در سندرم انتقال خون جنینی تفاوت هموگلوبولین $dl/5mg$ و تفاوت وزنی ۲۰٪ بین دو قلوها شایع است.

۲۹- گزینه الف

در زنان حامله در وضعیت خوابیده به پهلوی فشار از روی ورید اجوف تحتانی برداشته شود . و میزان برون ده قلبی در حال استراحت هنگامی که در وضعیت دراز کشیده به پهلوی اندازه گیری می شود، از اوایل حاملگی به بعد افزایش پیدا می کند . برونده قلب به افزایش خود ادا می دهد و در بقیه مدت حاملگی همچنان بالا باقی می ماند . به طور بارز در اواخر حاملگی برون ده قلب در وضعیت خوابیده به پهلوی بسیار بیشتر از وضعیت خوابیده به پشت است، چون در وضعیت خوابیده به پشت رحم بزرگ اغلب بازگشت وریدی قلبی را مختل می کند.(فصل فیزیولوژی مادر)

۳۰- گزینه الف

بعد از هفته ۳۵ حاملگی حجم مایع آمنیون کاهش پیدا می کند و نحوه درمان اولیگو هیدرامینوس در اواخر حاملگی به وضعیت بالینی بیمار بستگی دارد . بررسی از نظر رشد و ناهنجاریهای جنین ضروری است . در حاملگی های همراه با اولیگو هیدرامینوس و محدودیت رشد جنین نظارت دقیق بر جنین حائز اهمیت است و با توجه به اندیکاسیون های جنینی یا مادری ، زایمان توصیه می شود. اگر چه سن حاملگی در این تصمیم گیری مد نظر قرار می گیرد، شواهد اختلال وضعیت جنین یا مادر معمولاً عوارض احتمالی زایمان پره ترم را توجیه می کنند. اولیگو هیدرامینوس شناسایی شده قبل از هفته ۳۶ را در حضور آناتومی و رشد طبیعی جنین می توان با انتظاری همراه با تست های جنینی هنگام زایمان تحت درمان قرار داد. (فصل اختلالات حجم مایع آمنیون)

بیماری زنان

۳۱- گزینه ب

AN (acanthosis nigricans) شاخص وجود مقاربت به انسولین تلقی می شود . آکانتوز نیگریکانس ضایعه پوستی ضخیم ، پیگمانته و مخملی است که در ولو دیده می شود و این امکان وجود دارد که در زیر بغل ، پشت گردن ، زیر پستان و سطح داخلی ران ها بروز کند. سندرم ANHAIR- شامل: هایپرآندروژنیسم ، مقاومت به انسولین ، آکانتوز نیگریکانس . (فصل ۲۸ - نواک)

۳۲- گزینه ب

خانمی که با ناراحتی درد شکم حداقل به مدت ۱۲ هفته IBS از علل شایع درد قسمت تحتانی شکم به حساب می آید . ایتولوژی آن شناخته شده نیست ، علامت اصلی آن درد شکمی است . علائم دیگر آن عبارتند از : اتساع شکم ، نفخ زیاد ، اسهال و یبوست متناوب ، افزایش درد قبل از دفع مدفوع کاهش درد بعد از دفع . معیار تشخیصی IBS : وجود درد شکمی حداقل به مدت ۱۲ هفته (نه ضرورتاً پی در پی) می باشد . (ص ۵۲۷ نواک)

۳۳- گزینه الف



انحرافات اصلی بلوغی عبارتند از :

۱ - وقفه بلوغ در دخترانی که تا ۱۳ سالگی فاقد صفات ثانویه جنسی باشند تا ۱۶ سالگی قاعده نشود و یا بعد از ۵ سال و یا بیشتر از شروع روند بلوغ منارک نداشته باشند .

۲ - تکامل غیر هم زمان بلوغ ک با انحراف تکامل از الگوی طبیعی بلوغ مشخص می شود

۳ - بلوغ هتروسکسوال : در الگو تکاملی آن صفات تیپیک جنس مخالف در سن مورد انتظار برای بلوغ طبیعی رخ می دهد

۳۴- گزینه ب

IBS از علل شایع در قسمت تحتانی شکم به حساب می آید . اتیولوژی آن شناخته شده نیست، علامت اصلی آن درد شکمی است. علائم دیگر آن عبارتند از: اتساع شکم، نفخ زیاد، اسهال و یبوست متناوب ، افزایش درد قبل از دفع مدفوع ، کاهش درد بعد از دفع . معیار تشخیص IBS وجود درد شکمی حداقل به مدت ۱۲ هفته (نه ضرورتاً پی در پی) می باشد. (فصل ۱۵ - نواک)

۳۵- گزینه الف

انحرافات اصلی بلوغ عبارتند از :

۱- وقفه بلوغ : در دخترانی که تا ۱۳ سالگی فاقد صفات ثانویه جنسی باشند، تا ۱۶ سالگی قاعده نشود، و یا بعد از ۵ سال یا بیشتر از شروع روند بلوغ منارک نداشته باشند.

۲- تکامل غیر همزمان بلوغ : با انحراف تکامل از الگوی طبیعی بلوغ مشخص می شود.

۳- بلوغ هتروسکسوال : در الگو تکاملی آن صفات تیپیک جنس مخالف در سن مورد انتظار برای بلوغ طبیعی رخ می دهد.

۳۶- گزینه الف

در صورت وجود اختلال در غلظت TSH ، بررسی بیشتری درخصوص اختلال تیروئید باید انجام شود . در صورت بالابودن همزمان TSH و پرولاکتین ، باید در مرحله نخست هایپوتیروئیدی تحت درمان قرار گیرد، چون در اکثر موارد با درمان هایپوتیروئیدی غلظت پرولاکتین نرمال می شود. (فصل ۲۸ - نواک)

۳۷- گزینه الف

اندومتریوز عبارت است از حضور بافت اندومتر در خارج رحم . بین آندومتریوز و کمتر شدن قدرت باروری رابطه وجود دارد . اگر آندومتریوز متوسط تا شدید باشد و در اثر درگیری تخمدان ها چسبندگی ایجاد شده باشد می تواند باعث کاهش باروری شود . (فصل ۲۹ - نواک)

۳۸ - گزینه د

غالباً PID در اثر میکروارگانیسم های مقاربتی گنوره و کلامیدیا ایجاد می شود . آبسه های لوله ای تخمدانی یکی از مراحل پایانی PID است و تشخیص آن در صورتی است که در بیمار مبتلا به PID ، در حین معاینه دو دستی، یک توده لگنی حس می شود. (فصل ۱۶ - نواک)

۳۹ - گزینه ب

احتمال بروز توده های عملکردی بعد از شروع قاعدگی بیشتر خواهد بود، در دوره نوجوانی، بروز کیست های عملکردی تخمدان شایع تر است. (فصل ۱۴-نواک)

۴۰- گزینه ج

سندرم تخمدان پلی کیستیک شایع ترین علت عدم تخمک گذاری مزمن، هایپراندروژنیسم و پرمویی می باشد. معیارهای اصلی تشخیص عبارتند از : عدم تخمک گذاری مزمن، هایپراندروژنیسم، علائم بالینی هایپراندروژنیسم و رد سایر علل (فصل ۲۸-نواک)



۴۱- گزینه الف

واژینیت تریکومونائی در نتیجه عمل انگل تریکوموناواژینالیس ایجاد می شود که از طریق جنسی منتقل می شود . در این عفونت، باید شریک جنسی خانم مبتلا تحت درمان قرار گیرد این واژینیت اغلب بدون علامت است در صورت بروز علائم باید درمان شود.

۴۲- گزینه ج

کیست های تکلوتثنی جزء نادرترین کیست های عملکردی تخمدان هستند ، معمولاً دوطرفه اند و در ارتباط با حاملگی مولار بروز می کنند. (فصل ۱۴- نواک)

۴۳- گزینه د

میوم شایع ترین تومور خوش خیم رحمی هستند . نیمی از میوم ها باعث بروز علائم می شوند، میوم ها به ندرت علت اولیه نازایی هستند. اما بروز میوم ها در زنان چاق شیوع بیشتری دارد. (کیستتر)

۴۴- گزینه ب

خطر ایجاد سرطان میکروسکوپی در پستان مقابل بیمار دارای سابقه ابتلا به سرطان پستان حدود ۵۰ درصد است بعد از ۳۰ سالگی شیوع سرطان پستان بیشتر می شود و میزان بروز آن در کارسینوم لوبولار بیشتر از داکتال است. (فصل ۳۸- نواک)

۴۵- گزینه ب

خطر ابتلا به سرطان پستان با داشتن سابقه سرطان اندومتر، تخمدان و کولون افزایش می یابد (فصل ۳۸- نواک)

جنین شناسی**۴۶- گزینه الف**

بسته شدن سوراخ بیضی در دوران جنینی منجر به هایپرتروفی شدید دهلیز و بطن راست و تکامل ناکافی سمت چپ قلب می شود. (جنین شناسی لانگمن- فصل ۱۲)

۴۷- گزینه ج

طبق جدول ۱-۱۶ فصل ۱۶ جنین شناسی لانگمن ۲۰۰۶ برجستگی ماگزیلاری منشاء گونه ها و قسمت لترال لب فوقانی است.

۴۸- گزینه د

در پایان ماه ششم نوع دیگری از سلول ها پدیدار می شوند این سلول ها سلول های اپیتلیالی آلوئولی نوع II هستند و سورفاکتانک تولید می کنند. (جنین شناسی لانگمن- فصل ۱۳)

۴۹- گزینه الف

استروژن ها در تمایز جنسی دخیل اند و باعث تحریک مجاری پارامزوفریک (مولری) و تبدیل آنها به لوله های رحمی، رحم، گردن رحم (سرویکس) و قسمت فوقانی واژن می شوند . مجاری پارامزوفریک در رویان مذکر تحلیل می روند و فقط بخش کوچکی در انتهای سری آن باقی می ماند که زائده ی بیضه نام دارد. (جنین شناسی لانگمن- فصل ۱۵)

۵۰- گزینه ج

میلن سفال دارای هسته های حرکتی است که به سه گروه تقسیم می شود : ۱- گروه جلدی و ابران در بخش مدیال ۲- گروه اختصاصی احشایی و ابران در ناحیه حد وسط ۳- گروه احشایی و ابران در ناحیه لترال (جنین شناسی لانگمن- فصل ۱۷)

۵۱- گزینه ج

سلولهای بینابینی لیدیک که از فرانشیم اصلی تیغه تناسلی مشتق می شوند بین طناب های بیضه قرار دارند . فرودرم حد واسط منشأ تشکیل سلول های لیدیک می باشد. (جنین شناسی لانگمن- فصل ۱۵)

۵۲- گزینه ب

آترزی مری از عبور طبیعی مایع آمینوتیک به مجرای گوارشی جلوگیری می کند و منجر به تجمع بیش از حد مایع در کیسه آمینون می گردد. (جنین شناسی لانگمن - فصل ۱۴)

۵۳- گزینه ج

بعد از تخم گذاری جسم زرد تشکیل می شود، تخمک گذاری در روز ۱۴ سیکل اتفاق می افتد و جسم زرد ۹ روز فعالیت دارد پس بیشترین فعالیت آن در روز ۲۳ سیکل است. (جنین شناسی لانگمن - فصل ۱۲)

۵۴- گزینه ب

ویروس فوک و پلاسوز موجب بروز هیدروسفالی، کلیسنیکاسیون مغزی و میکروفتالمی در جنین می شود (جدول ۸-۱) (جنین شناسی لانگمن - فصل ۸)

۵۵- گزینه ب

اتصال ابتدایی بلاستوسیت به رحم توسط پروتئین L- سلکتین و گیرنده های کربوهیدراتی آن که در اپی تلیوم رحم قرار دارند، صور می گیرد (جنین شناسی لانگمن - فصل ۳)

نوزادان

۵۶- گزینه ج

VDRL تست غربالگری تشخیص سیفلیس است و جهت تایید بیماری تستهای اختصاصی سیفلیس از جمله PCR, RPR, TPAabs و ... صورت میگیرد. در سیفلیس، توکسوپلاسموز، سرخچه روشهای سرولوژیک تست اختصاصی محسوب می شوند که شامل واکنش زنجیره پلیمرز مایع آمینون می باشد. (فصل ۱۰۹- نوزادان نلسون ۲۰۰۷)

۵۷- گزینه ج

G6PD بیماری ژنتیکی وابسته به X می باشد که در جنس مذکر بسیار شایع است. از آنجایی که پدر مبتلا دارای کروموزوم X حامل نقص G6PD است، بنابراین طبق قانون ژنتیکی تنها ۵۰٪ نوزادان پسر مبتلا به این بیماری می شوند. (اختلالات متابولیک - اطفال نلسون ۲۰۰۷)

۵۸- گزینه ج

علائم این نوزاد به صدمه سر، حین زایمان واژینال شبیه است که از کاپوت سیکسیدانثوم، تا سفالوهماتوم و خونریزی های ساب گائال متغیر است، با توجه به اینکه نوزاد علائم عصبی نداشته و رشد برآمدگی محدود می باشد، باید نوزاد تحت نظر گرفته و اقدامات تشخیصی بیشتر جهت تایید عامل به وجود آورنده صورت گیرد. با توجه به علائم نوزاد، بیشترین احتمال سفالوهماتوم است که اکثراً طی ۲ هفته تا ۳ ماه خودبه خود جذب می شود. (فصل ۹۹- نوزادان نلسون ۲۰۰۷)

۵۹- گزینه ج

-مصرف داروهای زیر در دوران شیردهی ممنوع است:
داروهای ضد سرطان، مواد رادیواکتیو، لیتیوم، متی مازول، بروموکیرپیتین، مواد مخدر توهم زا، مثل هروئین، کوکائین و ارگوتامین از جمله داروهایی است که در صورت مصرف آن در زمان شیردهی در نوزاد علائم گوارشی از جمله اسهال، استفراغ و گاهی تشنج رخ می دهد. (شیردهی - اطفال نلسون ۲۰۰۷)

۶۰- گزینه الف

از زمان تولد تا ۲۰-۱۵ ثانیه باید نوزاد تنفس را شروع کند. در غیر این صورت باید اقداماتی از جمله فشار اکسیژن ۱۰۰٪ با ماسک یا بگ رابرای نوزاد به مدت ۳۰-۱۵ ثانیه شروع کرد و پس از آن مجدداً وضع تنفسی و قلب نوزاد ارزیابی گردد. (فصل ۱۰۰- نوزادان نلسون ۲۰۰۷)

۶۱- گزینه ج



سن بالای مادر شایع ترین اندیکاسیون برای آمینوستنز است از آنجایی که سن بالای مادر فاکتور مهمی در بروز خطرناهنجاریهای کروموزومی و غیر کروموزومی جنین است بهترین راه غربالگری انجام آمینوستنز در این گروه پر خطر است. فصل ۹۶ - نوزادان نلسون ۲۰۰۷)

۶۲-گزینه ب

از جمله عوامل خطر ساز جهت ایجاد هیپر بیلی روبینمی غیر مستقیم شامل:

- ۱ - سن بالای مادر
 - ۲ - نژاد
 - ۳ - دیابت مادر
 - ۴ - نارسی
 - ۵ - داروها
 - ۶ - ارتفاع بالا
 - ۷ - پلی سیتی
 - ۸ - جنس مذکر
 - ۹ - تریزومی ۲۱
 - ۱۰ - کیبودی پوست/خروج خون از رگ/ سفالوهماتوم
 - ۱۱ - اینداکشن ، اکسی توسین
 - ۱۲ - تغذیه با شیر مادر
 - ۱۳ - دهیدراتاسیون
 - ۱۴ - تاخیر حرکات روده ای و کاهش دفع مدفوع
 - ۱۵ - سابقه خانوادگی زردی فیزیولوژیک
- (فصل ۱۰۲ - نوزادان نلسون ۲۰۰۷)

۶۳-گزینه الف و ج

انسداد روده یکی از شایع ترین اورژانسهای جراحی نوزادی محسوب می شود چون در صورت تاخیر در دفع آن، سبب پارگی و پریتونیت و وخیم شدن بیماری میگردد. تشخیص بیماری بر اساس تاریخچه بیماری و معاینه بالینی می باشد. از جمله علایم بیماری شامل: دیستاسیون شکم، تاخیر در دفع مکنونیوم، فقدان مدفوع انتقالی و ... می باشد. سایر علل اتساع شکم شامل: توده شکم، انتریت، NEC، سوراخ شدگی ایزوله روده، ایلئوس همراه با سپسیس، آسیت، هیپوکالمی و دیسترس تنفسی است. از جمله علایم غیر اختصاصی سپهیس نوزادی دیستاسیون شکمی است که در بدو تولد یا مدت کوتاهی پس از آن مشخص می شود. (فصل ۹۸ - نوزادان نلسون ۲۰۰۷)

۶۴-گزینه ب

عفونتهای TORCH شامل توکسوپلاسموز، سرخجه، سیتومگالوویروس، هرپس سیمپلکس ، واریسلا زوستر، HIV، سیفلیس، مالاریا از جمله عفونتهایی هستند که از جفت عبور می کنند. E.coli از جمله عواملی هستند که از راه صعودی باعث ایجاد و گسترش عفونت می شوند. (فصل ۱۰۹ - نوزادان نلسون ۲۰۰۷)

۶۵-گزینه ج

علل فونتانل قدامی کوچک شامل: میکروسفالی، هیپرتیروئیدی مادرزادی، کرانیوسینوستوزیس واستخوان کرمی شکل است.



(فصل ۹۴ - نوزادان نلسون)

۶۶-گزینه ج

- از جمله اختلالات همراه با اولیگوهایدرامنیوس عبارتند از :

- پا چنبری Club foot

- دستهای بیل مانند

- پهن شدن پل بینی

- هیپوپلازی ریه

- آمنیون ندوزوم

- آژنزی کلیه

- IUGR

آنانسفالی با پلی هایدرامنیوس همراه است. (فصل ۹۵- نوزادان نلسون ۲۰۰۷)

۶۷-گزینه ج

رشد و تکامل هر فردی به طور کلی به ۳ فاکتور بستگی دارد که شامل : تغذیه ، زمان و وراثت است. در نوزادان با جثه بزرگ و والدین کوچک تا ۱۸ ماهگی به طرف صدک پایین تر منحنی رشد منتقل می شوند. این مسئله تا حدی، جثه وراثتی و تکامل را تأیید می کند. (فصل رشد و تکامل - اطفال نلسون ۲۰۰۷)

۶۸-گزینه ب

در نوزادان نارس؛ باید سن هفته های باقیمانده از ترم شدن نوزاد را از سن تولد کم کرده تا در منحنی رشد همگام با سایر نوزادان سنجیده شود. در این کودک ۳۵ هفته باید نوزاد با کودکان یک ماه کمتر از تقویمی خود سنجیده شود. (فصل رشد و تکامل - اطفال نلسون ۲۰۰۷)

۶۹-گزینه الف

بر اساس شکل ۵-۹۷ در صورتی که مجموع امتیازات بین ۵-۰ باشد سن حاملگی ۲۶ هفته است
(فصل ۹۷-نوزادان نلسون ۲۰۰۷)

امتیاز	هفته حاملگی
-۱۰	۲۰
-۵	۲۲
۰	۲۴
۵	۲۶
۱۰	۲۸
۱۵	۳۰
۲۰	۳۲
۲۵	۳۴
۳۰	۳۶
۳۵	۳۸
۴۰	۴۰
۴۵	۴۲
۵۰	۴۴

۷۰-گزینه ج



در پرزانتاسیون سفالیک، بیشترین محل آسیب در حدود مهره چهارم گردنی و در پرزانتاسیون بریج، حدود آخرین مهره گردنی یا اولین مهره پشته‌ای است. (فصل ۹۹-نوزادان نلسون ۲۰۰۷)

۷۱-گزینه ب

رنگ پریدگی در هر سن نوزادی غیر طبیعی است و علل آن شامل:
هیپوکسی، آسفیکسی، هیپوگلیسمی، سپسیس، شوک و نارسایی فوق کلیه می باشد. (فصل ۹۸-نوزادان نلسون ۲۰۰۷)

۷۲-گزینه د

هیچ نوزادی نباید بدون معاینه نهایی از بیمارستان مرخص شود. چون برخی اختلالات به ویژه سوفلهای قلبی اغلب در اوایل دوره نوزادی ظاهر و ناپدید شوند. هم در هنگام پذیرش و هم در هنگام ترخیص از بخش نوزادان، برای تشخیص کوارکتاسیون اثورت باید نبضهای اندامهای فوقانی و تحتانی لمس شوند. (فصل ۹۷-نوزادان نلسون ۲۰۰۷)

۷۳-گزینه د

مترونیدازول از جمله داروهایی است که استفاده از آن در دوران شیردهی با احتیاط می باشد
سایمتیدین که مهارکننده گیرنده هیستامینی است داروهای ضد تشنج و ضد فشار خون از داروهای بی خطر برای دوران شیردهی محسوب می شوند. (فصل ۹۴-نوزادان نلسون ۲۰۰۷)

۷۴-گزینه ب

هیپوتیروئیدی آزمایش غربالگری بدو تولد است که بر روی نمونه های خونی گرفته شده از پاشنه پای نوزاد انجام می شود و با بررسی TSH این بیماری تشخیص داده می شود. (فصل ۹۴-نوزادان نلسون ۲۰۰۷)

۷۵-گزینه ب

از جمله عوامل موثر در IUGR شامل:

- وضعیت اجتماعی - اقتصادی پایین
- حاملگی در سنین نوجوانی
- فاصله کم بین حاملگی ها
- داشتن بیش از ۴ کودک قبلی
- تفاوت سیستماتیک رشد جنین
- جثه مادر
- سیگار کشیدن مادر و پاسخ طبیعی جنین به محرومیت اکسیژن
- عوامل ژنتیکی

(فصل ۹۷-نوزادان نلسون ۲۰۰۷)

بهداشت مادر و کودک

۷۶- گزینه الف

شاخص توسعه ی انسانی (HDI) شاخصی مرکب از سه بعد طول عمر، دانش و درآمد می باشد .
(درسنامه پزشکی پیشگیری اجتماعی - فصل مفهوم تندرستی و بیماری)

۷۷- گزینه ج

شاخص کیفیت زندگی جسمی شامل ۳ نشانگر می باشند که عبارتند از مرگ و میر شیرخوار، امید به زندگی در یک سالگی و میزان با سوادی



(درسنامه پزشکی پیشگیری اجتماعی - فصل مفهوم تندرستی و بیماری)

۷۸- گزینه الف

$IMR = 1000 \times \text{تعداد مرگ شیرخواران زیر یک سال}$

موالید زنده همان سال

(بهداشت مادر و کودک، پروانه رضا سلطانی، دکتر پارسای - فصل زیج حیاتی)

۷۹- گزینه ب

نشانه‌گر مطلوب باید دارای ۴ خصوصیت باشد: $\text{specifity} - \text{sensitive} - \text{reliable} - \text{valid}$. نشانه‌گر Reliable دارای هدف باشد، یعنی در سنجش سلامت مردمان متفاوت در شرایط یکسان پاسخ یکسان بدست آید. (درسنامه پزشکی پیشگیری اجتماعی - فصل مفهوم تندرستی و بیماری)

۸۰- گزینه ج

بی‌اشتهایی عصبی عبارت است از عدم توانایی در حفظ وزن بدن درحد بیشتر از ۱۵ درصد زیر وزن طبیعی، ترس شدید از چاق شدن. تغییر درک بیمار از تصویر بدن خود و آمنوره. مشخصه‌ی بی‌اشتهایی عصبی محدود سازی شدید مصرف غذاست و با فعالیت جسمی بیش از حد و استفاده از داروهای دیورتیک یا مسهل همراه می‌شود. مشخصه‌ی $Bolimia$ یا پرخوری، مصرف بیش از حد غذا و سپس انجام استفراغ یا تنقیه به صورت عمدی می‌باشد و وزن بیمار می‌تواند درحد طبیعی یا زیاد باشد. (نواک - فصل بلوغ)

۸۱- گزینه ج

سرعت بلوغ جنسی یا SMR در واقع شاخص بیولوژیک بلوغ می‌باشد که می‌تواند به یافته‌های آزمایشگاهی و شرایط خاص وابسته باشد. دختران در طی مرحله‌ی SMR_3 افزایش بسیار سریع قدی دارند. تکامل پستان‌ها بیش از چهار سال طول کشیده و تا مرحله SMR_5 می‌رسد.

(مبانی طب کودکان نلسون - طب نوجوانان)

۸۲- گزینه ج

در آمریکا تا سن ۴ سالگی توانایی کنترل ادرار در روز و تا ۶ سالگی در شب مطرح است. (مبانی طب کودکان نلسون - فصل اختلالات رفتاری)

۸۳- گزینه ب

تفکر سمبلیک و رفتار نو در سن هجده ماهگی در کودک شکل می‌گیرد.

۸۴- گزینه الف

در پیشگیری بدوی این طور تصور می‌شود که ریشه‌ی بسیاری از مشکلات بهداشتی بزرگسالان در کودکی افراد است. (کتاب جامع بهداشت عمومی - فصل اصول و کاربردهای اپیدمیولوژی)

۸۵- گزینه د

شاخص سولیوان شاخص امید به زندگی بدون ناتوانی است. (درسنامه مامایی، دکتر مهرداد صلاحی - بهداشت مادر و کودک)

۸۶- گزینه ج

یکی از ابعاد سلامتی بعد روحی است که به معنای برقراری تعادل و هماهنگی بین خود و دیگران است. نشانه‌های سلامت روحی عبارتند از جستجوی مفاهیمی که به روشن کردن هدف در زندگی کمک می‌کند، ایجاد عقاید و ارزش‌های شخصی و درک وجود یک قدرت لایزال.

(بهداشت مادر و کودک پروانه رضا سلطانی دکتر پارسای - فصل مفهوم سلامتی)

۸۷- گزینه ب



یکی از اصول آموختن و کاربرد بهداشت علاقه است . آموزش بهداشت باید به علایق مردم بستگی داشته باشد . هرگاه یک برنامه آموزش بهداشت بر پایه ی نیازهای ملموس مردم باشد آنها با خوشحالی در آن مشارکت می کنند. (بهداشت مادر و کودک پروانه رضا سلطانی دکتر پارسای - فصل آموزش بهداشت)

۸۸- گزینه ج

استروژن موجب افزایش بعضی فاکتورهای انعقادی می شود در خانم های مبتلا به هیپرتانسیون خطر بروز سکته ی مغزی را افزایش می دهد و ترومبوز شریانی با دوز استروژن ارتباط دارد. (بهداشت مادر و کودک پروانه رضا سلطانی دکتر پارسای - فصل تنظیم خانواده)

۸۹- گزینه الف

در مقابل سرطان آندومتر بیشترین اثر حفاظتی قرص های ترکیبی در زنان نوجوان (ویلیامز - فصل پیشگیری از حاملگی)

۹۰- گزینه ب

اکتروکواگولاسیون یکی از روش های توبکتومی است که در طولان ی مدت کمترین میزان شکست را دارد . (ویلیامز - فصل عقیم سازی)

۹۱- گزینه د

احتمال شکست توبکتومی درمقایسه با وازکتومی بیشتر می باشد . (ویلیامز - فصل عقیم سازی)

۹۲- گزینه ج

غلات کامل و حبوبات حاوی مقادیر متوسطی از روی هستند ولی اسیدفیتیک و فیر موجود در آنها مانع از جذب روی موجود در این منابع می شود . (مبانی طب کودکان نلسون - تغذیه اختلالات تغذیه ای کودکان)

۹۳- گزینه ج

با توجه به محدوده زردی نوزاد (وسط شکم $dl/15mg$ ساق پاها $dl/20mg$) زردی نوزاد از نوع شدید می باشد بنابراین نیاز به ارجاع فوری نوزاد می باشد. (نوزادان نلسون - فصل اختلالات دستگاه گوارش)

۹۴- گزینه ج

علل رشد ناکافی (failer to thrive) در ۲۸ درصد موارد عضوی است اما در ۴۶ درصد موارد غیرعضوی است و بیماری طبی زمینه ای وجود ندارد و در ۲۶ درصد موارد مختلط است. علل غیرعضوی عبارتند از افسردگی مادر، بدرفتاری بکودک، فقر و ...

(بهداشت مادر و کودک پروانه رضا سلطانی دکتر پارسای - فصل رشد و تکامل)

۹۵- گزینه ج

بعد از تزریق گاماگلوبولین و فرآورده های خونی باید فاصله ی زمانی با واکسن زنده ی ویروسی رعایت شود اما پولیو جز این واکسن ها نمی باشد . (بهداشت مادر و کودک پروانه رضا سلطانی دکتر پارسای - فصل واکسیناسیون)

۹۶- گزینه ب

نشانه های کافی بودن شیر مادر عبارتند از دفع روزانه دو تا ۸ بار ادرار در ۲۴ ساعت، افزایش وزن مطلوب شیرخوار بر اساس منحنی رشد. دفع روزانه ۵ بار مدفوع و هوشیاری، سلامتی ظاهری و شادابی پوست . (بهداشت مادر و کودک پروانه رضا سلطانی دکتر پارسای - فصل تغذیه شیرخوار)

۹۷- گزینه الف

لاکتوفرین به مقدار فراوان در شیر مادر وجود دارد و در شیر گاو وجود ندارد و اثر باکتری استاتیک قوی روی *coli.E* دارد. با آهن مورد نیاز برای رشد باسیل ها باند می شود . در نتیجه مانع رشد میکرو ارگانیسم می شود . (بهداشت مادر و کودک پروانه رضا سلطانی دکتر پارسای - فصل تغذیه شیرخوار)



۹۸- گزینه ب

اگر بعد از تزریق واکسن هپاتیت B به نوزاد مشخص شود که مادر HBSAg مثبت بوده زمان دریافت ایمونوگلوبولین اختصاصی هپاتیت B حداکثر یک هفته بعد از تولد است. (بهداشت مادر و کودک پروانه رضا سلطانی دکتر پارسای - فصل واکسیناسیون)

داخلی جراحی**۹۹- گزینه د**

ناتوانی در جذب ویتامین B₁₂ به علت فقدان فاکتور داخلی مشخصه کم خونی وخیم آدیسونین است. این کم خونی بیماری خود ایمنی نادری است و اگر این بیماران تحت درمان با ویتامین B₁₂ قرار نگیرند ممکن است دچار یکی از عوارض این بیماری یعنی نازائی شود. (ویلیامز - فصل ۵۱)

۱۰۰- گزینه ج

در جدول صفحه ی ۱۱۱۳ ویلیامز برخی از شرایطی که در آنها از تغذیه ی پانتترال استفاده می شوند آورده شده است.

۱۰۱- گزینه ج

عوارض دیالیز در حاملگی شایع می باشند و عبارتند از: سپسیس، پرفشاری خون شدید و نارسائی قلب. (ویلیامز - فصل ۴۸)

۱۰۲- گزینه ب

انسداد روده در دوران بارداری شیوع بیشتری ندارد و نیمی از موارد آن در اثر چسبندگی های ناشی از اعمال جراحی قبلی لگنی ایجاد می شود و علت ۲۵٪ دیگر ولووس است. انواژیناسیون، فتق، کارسینوم و آپاندیسیت سایر علل می باشند. (ویلیامز - فصل ۴۹)

۱۰۳- گزینه د

در موارد حاملگی چندقلویی، کم خونیهای همولیتیک، بیماری کرون، الکسیم و بیماری های التهابی پوست نیاز به اسیدفولیک بیشتر می شود. (ویلیامز - فصل ۵۱)

۱۰۴- گزینه د

پنی سیلین درمان انتخابی سیفلیس می باشد. در بیمارانی که سابقه ی آلرژی به این دارو را دارند انجام حساسیت زدایی توصیه می شود و سپس باید درمان با پنی سیلین G صورت گیرد. (ویلیامز - فصل ۵۸)

۱۰۵- گزینه ب

علائم تیروئیدیت در بالین مبهم و غیراختصاصی است و عبارت است از افسردگی، بی دقتی و اختلال حافظه. (ویلیامز - فصل ۵۳)

۱۰۶- گزینه الف

مصرف بیش از حد استامینوفن در یک دوز می تواند موجب نارسائی حاد کبد شود. (ویلیامز - فصل ۵۰)

۱۰۷- گزینه د

ممکن است در پنومونی درگیری شدید ریه موجب هیپوکسمی و اسیدوز شود. در خانم حامله با شک به پنومونی رادیوگرافی قفسه سینه باید انجام شود. (ویلیامز - فصل ۴۶)

۱۰۸- گزینه ج

داروهایی که برای درمان نگهدارنده ی آسم تجویز می شوند باید تا انتهای زایمان نیز ادامه یابند. فنتانیل یکی از انواع نarkotیک هایی است که سبب آزاد شدن هیستامین نمی شود و تجویز آن برای لیبر به مپریدین ارجحیت دارد. (ویلیامز - فصل ۴۶)



۱۰۹- گزینه ب

معمولاً دوز تام در درمان دیابت حاملگی شامل یک سوم انسولین با اثر کوتاه مدت و دو سوم انسولین با اثر متوسط می باشد .
(ویلیامز- فصل ۵۲)

۱۱۰- گزینه ب

یکی از نشانه های عمده ی اکلامپسی تغلیظ خون می باشد که احتمالاً در اثر انقباض عروقی ژنرالیزه و اختلال عملکرد اندوتیال همراه با افزایش نفوذپذیری عروقی است. در مبتلایان به اکلامپسی هیپرولومی مورد انتظار برای حاملگی شدیداً محدود شده یا اصلاً ایجاد نمی شود . (ویلیامز- فصل ۳۴)

