

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

دعای پیش از مطالعه

اَللّٰهُمَّ اَخْرِجْنِيْ مِنْ ظُلُمَاتِ الْوَهْمِ وَاكْرِمْنِيْ بِنُورِ الْفَهْمِ
اَللّٰهُمَّ افْتَحْ عَلَيْنَا اَبْوَابَ رَحْمَتِكَ وَاَنْشُرْ عَلَيْنَا خَزَائِنَ عُلُوْمِكَ
بِرَحْمَتِكَ يَا اَرْحَمَ الرَّاحِمِيْنَ

پروردگارا، خارج کن مرا از تاریکی های فکر و گرامی بدار به نور فهم
پروردگارا، بکشای بر ما درهای رحمت را و بکستران کنج های دانشت را به امید رحمت
تو ای مهربان ترین مهربانان

بباید به حقوق دیگران احترام بگذاریم

دوست عزیز، این کتاب حاصل دسترنج چندین ساله‌ی مؤلف، مترجم و ناشر آن است. تکثیر و فروش آن به هر شکلی بدون اجازه از پدیدآورنده کاری غیراخلاقی، غیرقانونی، غیرشرعی و کسب درآمد از دسترنج دیگران است، نتیجه‌ی این عمل نادرست، موجب رواج بی‌اعتمادی در جامعه و بروز پی‌آمدهای ناگوار در زندگی و محیط ناسالم برای خود و فرزندانمان می‌گردد.



نکات داغ بارداری و زایمان

(جلد اول)

ویژه کارشناسی ارشد رشته‌های مامایی و مشاوره در مامایی و
دکتری رشته‌های بهداشت باروری و مامایی

تألیف و گردآوری:

سپیده کیوانفر

«کارشناسی ارشد مامایی»

دکتر مهسا خوشنام‌راد

«دکتری تخصصی (Ph.D) سلامت باروری»

سرشناسه	: کیوانفر، سپیده، ۱۳۷۲-
عنوان و نام پدیدآور	: AGK نکات داغ بارداری و زایمان ویژه کارشناسی ارشد رشته‌های مامایی و مشاوره در مامایی و دکتری رشته‌های بهداشت باروری و مامایی/ تألیف و گردآوری سپیده کیوانفر، مهسا خوشنام راد.
مشخصات نشر	: تهران: آناهید گستر خلیلی، ۱۴۰۴.
مشخصات ظاهری	: ج ۲
شابک	: دوره: 978-622-4744-42-5، ج ۱: 978-622-4744-43-2، ج ۲: 978-622-4744-44-9
وضعیت فهرست‌نویسی	: فیپا
موضوع	: آبستنی و زایمان -- رؤوس مطالب Obstetrics -- Outlines, syllabi, etc
شناسه افزوده	: خوشنام راد، مهسا، ۱۳۶۹-
شماره کتابشناسی ملی	: ۹۹۸۸۳۵۱



انتشارات آناهید گستر خلیلی

نام: AGK نکات داغ بارداری و زایمان (جلد اول)

تألیف و گردآوری: سپیده کیوانفر . دکتر مهسا خوشنام راد

ناشر: آناهید گستر خلیلی

نوبت و سال چاپ: اول . ۱۴۰۴

شمارگان: ۱۰۰۰

چاپ و صحافی: گیلان

مدیر تولید: امیرحسین خلیلی

مدیر فنی و هنری: مریم آرده

تایپ و صفحه‌آرایی: آرزو راضی

بهاء: ۱۵۰۰۰۰ تومان

آموزشگاه/ فروشگاه: ۰۲۱۶۶۵۶۸۶۲۱

مرکز پخش: ضلع جنوب غربی میدان انقلاب . جنب بانک پارسیان . مجتمع تجاری پارس . طبقه اول

مدیر فروش: ۰۹۱۹۱۶۸۵۹۷۰ (ارتباط از طریق پیامک)

 agkpublisher@gmail.com



www.agkins.com

طلیعه سخن مدیر تولید:

سپردن کار به اهلش نشانه‌ی خردمندی است.

برای تولید بسته‌های آموزشی تمام تلاش خود را به کار گرفته‌ایم تا محصولی شایسته را تقدیم شما عزیزان نماییم. مجموعه‌ای که پیش روی شماست براساس معتبرترین و به‌روزترین منابع کنکور می‌باشد و به قلم مجرب‌ترین اساتید تألیف شده است و مطالعه آن موجب صرفه‌جویی در زمان و هزینه شما خواهد شد. ارائه بالاترین آمار قبولی در کنکور کارشناسی ارشد و دکتری در دهه اخیر بیان‌گر توانایی این گروه در راستا اهداف خود می‌باشد. اینک با اتکا به تجربه‌ای ۱۷ ساله می‌توانیم ادعا کنیم که مجموعه حاضر، بی‌شک از جمله‌ی کامل‌ترین و تضمینی‌ترین بسته‌های آموزشی در عرصه کنکور می‌باشد.

برخی از ویژگی‌های بسته‌های آموزشی:

- منطبق با معتبرترین و به‌روزترین منابع کنکور
- گردآوری و تألیف توسط مجرب‌ترین اساتید کنکور
- تدریس مطالب از سطح پایه تا پیشرفته به بیان ساده و روان
- انتقال بهتر مفاهیم با استفاده از شکل، جدول و نمودار
- تألیف مبتنی بر نحوه‌ی طراحی سوالات کنکور
- مطالعه یک منبع منسجم به‌جای مطالعه چندین منبع مختلف
- منبعی خودآموز و بدون نیاز به مدرس

اینک علاوه بر مطالعه بسته‌های آموزشی استفاده از خدمات زیر را به عنوان ضمانتی برای قبولی به شما داوطلبان عزیز توصیه می‌کنم؛

- نکات داغ (Hot Points)

این‌بار زمان به نفع شما در حال گذر است؛ دیگر نیازی به خلاصه‌نویسی برای دوران مرور و جمع‌بندی نخواهید داشت ...

اکثر داوطلبان پس از مطالعه‌ی منابع برای خلاصه‌نویسی دچار سردرگمی می‌شوند یا به خلاصه‌های خود اطمینان ندارند. حتی گاهی حجم خلاصه‌ها بیش از حجم منبع می‌شود!!! گاهی هم به اشتباه تصور می‌کنند که نکات و خلاصه‌هایشان در چارچوب کنکور است یا نکاتی را که گلیچین کرده‌اند مهم‌اند.

توجه کنیم که خلاصه‌نویسی مطالب برای کنکور دارای اصول و قاعده است که اغلب داوطلبان پس از مطالعه قادر به انجام صحیح آن نیستند. به همین منظور تمام تلاش خود را به کار گرفته‌ایم که استانداردترین منبع نکات را در چارچوب کنکور تقدیم شما نماییم.

هدف از تولید نکات داغ فراهم کردن یک منبع برای دوران مرور و جمع‌بندی است.

- ویژگی‌های نکات داغ:

برگرفته از معتبرترین و به‌روزترین منابع کنکور
مجموعه‌ای از نکات کنکوری به صورت طبقه‌بندی موضوعی
پوشش قابل ملاحظه سوالات کنکور در کم‌ترین حجم ممکن
مناسب‌ترین منبع برای دوران مرور و جمع‌بندی

- آزمون‌های آزمایشی: خوش بود گر محک تجربه آید به میان

داوطلب شجاع کیست؟ داوطلبی است که خود را مورد سنجش و ارزیابی قرار دهد تا پیش از آزمون سراسری به نقاط ضعف خود پی برده و آن‌ها را تقویت نماید. صادقانه به شما توصیه می‌کنیم که در آزمون‌های آزمایشی شرکت کنید تا بتوانید خود را با خود (سنجش) و با دیگران (ارزیابی) مقایسه و نقاط ضعف و قوت خود را شناسایی نمایید.

- مشاوره و برنامه‌ریزی: برای موفقیت هوش کافی نیست، جسارت لازم دارد.

در صورتی که نمی‌توانید با توجه به زمان آزادتان برنامه‌ی مطالعاتی استاندارد برای خود تدوین کنید حتماً از افراد با تجربه که خود در این مسیر موفق بوده‌اند کمک بخواهید. افرادی که تجربیات خود را صادقانه در اختیار شما قرار می‌دهند و برنامه‌ریزی مناسب با شرایط زمانی و ویژگی‌های روحی و جسمی مختص شما انجام می‌دهند.

- کتاب تست:

کوچک‌ترین واحد یادگیری در کنکور، تست است.
شما می‌توانید برای این که سطح یادگیری خود را پس از مطالعه بسنجید از کتاب‌های تست مجموعه (تست کنکور) و ماطراحان (تست‌های تألیفی) استفاده کنید. این کتاب‌ها به‌صورت موضوعی طبقه‌بندی شده‌اند و می‌توانند نحوه‌ی طرح سوالات کنکور و سطح آن‌ها را به‌صورت واضح به شما نشان دهند.

- درسنامه‌های نکات داغ و کتاب‌های الگوریتم مناسب‌ترین منابع برای دوران مرور و جمع‌بندی:

بیش‌تر داوطلبان حین مطالعه نگران خلاصه‌نویسی و مرور آموخته‌های خود هستند و برای خلاصه‌نویسی زمان زیادی را صرف می‌کنند. اینک به شما مؤده می‌دهیم که این‌بار زمان به نفع شما در حال گذر است و دیگر با استفاده از درسنامه‌های نکات داغ و کتاب‌های الگوریتم نیاز به خلاصه‌نویسی ندارید.

شما می‌توانید پیشنهاد و یا انتقاد سازنده خود را به شماره تلفن همراه ۰۹۱۹۱۶۸۵۹۷۰ فقط و فقط پیامک نمایید.

مشاور و مدیر تولید

امیرحسین خلیلی

طلیحه سخن مؤلف:

سپاس و ستایش از آن خداوند بزرگ و بلند مرتبه‌ایست که آثار قدرت او بر چهره روز تابان است و انوار حکمت او در دل شب درخشان. آفریدگاری که خود را به ما شناساند و درهای علمش را بر ما گشود و عمر و فرصتی بر ما عطا فرمود تا بنده خویش را در طریق علم و معرفت بیازماید.

آنچه پیش روی شماست کتابی است که با پیشنهاد گروه تألیفی دکتر خلیلی از کتاب «مروری بر بارداری و زایمان ویلیامز» با ترجمه دکتر بهرام قاضی جهانی و روشنگر قطبی گردآوری شده است تا بتواند خدمت کوچکی باشد به دانشجویان، علاقه‌مندان و کسانی که قصد شرکت در کنکور این رشته را دارند. با توجه به حجم بالای این منبع مهم در کنکور مقطع کارشناسی ارشد و دکترای رشته مامایی و بهداشت باروری و هم‌چنین دشوار و وقت‌گیر بودن مرور نکات مهم و اصلی این کتاب، نیاز بود تا چکیده‌ای از نکات پرکاربرد و برجسته‌ی آن در مجموعه‌ای جمع‌آوری گردد؛ لذا، این اثر که شامل جملات مهم و اصلی کتاب یاد شده می‌باشد تدوین شد تا بتواند در زمان اندک باقی‌مانده به کنکور، برای داوطلبانی که پیش از این، منبع اصلی را مطالعه کرده‌اند مفید باشد و از اتلاف وقت برای خواندن تمامی حجم کتاب جلوگیری کند.

در این جا لازم می‌دانم که از خانواده عزیزم مخصوصاً پدر و مادر گرانقدرم به پاس تمامی زحمات و حمایت‌هایشان در تمامی مراحل زندگی و به ثمر رسیدن این مجموعه قدردانی کنم و اساتید بزرگوارم را که تلاش‌هایشان همواره دستگیر این بنده بوده است سپاس گویم؛ برای انتشارات آن‌ها هدیه گستر خلیلی که این فرصت را در اختیارم قرار داده تا بتوانم به دوستان و همکاران رشته‌ی مامایی خدمتی ارائه کرده باشم، پیروزی را در رسیدن به اهداف بلند علمی و آموزشی آرزو می‌کنم.

با احترام

سپیده کیوانفر

فهرست مطالب

صفحه

فصل و عنوان

فصل اول: تعریف‌ها.....	۹
فصل دوم: آناتومی مادر.....	۱۱
فصل سوم: ناهنجاری‌های ادراری- تناسلی مادرزادی.....	۱۹
فصل چهارم: فیزیولوژی مادر.....	۲۶
فصل پنجم: اختلالات جفت.....	۴۳
فصل ششم: مشاوره قبل از حاملگی.....	۴۸
فصل هفتم: مراقبت‌های پره‌ناتال.....	۵۱
فصل هشتم: تصویربرداری از جنین.....	۶۱
فصل نهم: مایع آمنیون.....	۷۳
فصل دهم: تراتولوژی و داروهای مؤثر بر جنین.....	۷۷
فصل یازدهم: ژنتیک.....	۸۵
فصل دوازدهم: تشخیص پره‌ناتال.....	۸۹
فصل سیزدهم: اختلالات جنینی.....	۹۸
فصل چهاردهم: درمان جنین.....	۱۰۶
فصل پانزدهم: بررسی قبل از زایمان.....	۱۱۲
فصل شانزدهم: سقط.....	۱۱۷
فصل هفدهم: حاملگی نابه‌جا.....	۱۲۵
فصل هجدهم: بیماری تروفوبلاستیک حاملگی.....	۱۳۳
فصل نوزدهم: فیزیولوژی لیبر.....	۱۳۹
فصل بیستم: لیبر طبیعی.....	۱۴۴
فصل بیست و یکم: لیبر غیرطبیعی.....	۱۵۲
فصل بیست و دوم: بررسی هنگام زایمان.....	۱۵۹

تعريفها

✍ **Perinatal Period**: به ۲۸ روز اول پس از تولد یک نوزاد که پس از ۲۰ هفتگی متولد می‌شود، گفته می‌شود.

✍ **میزان تولد (Birth Rate)**: تعداد تولدهای زنده به ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت

✍ **میزان باروری (Fertility rate)**: تعداد تولدهای زنده به ازای هر ۱۰۰۰ زن ۱۵-۴۴ ساله

✍ **مرگ اوایل نوزادی (early neonatal death)**: به مرگ نوزاد زنده طی ۷ روز اول زندگی

✍ **مرگ اواخر نوزادی (late neonatal death)**: به مرگ نوزاد زنده پس از ۷ روزگی تا قبل از ۲۹ روزگی گفته می‌شود.

✍ **میزان مرگ‌ومیر پری‌ناتال (Perinatal mortality rate)**: تعداد موارد مرده‌زایی + تعداد

مرگ‌ومیرهای نوزادان در هر ۱۰۰۰ تولد کلی

✍ **شیرخوار** ← از آغاز تولد تا پایان ماه ۱۲ ام زندگی

✍ **نوزاد Term (۳۷ هفته کامل - ۴۲ هفته کامل)**:

به **Early**: پایان ۳۷ تا پایان ۳۸ هفتگی

به **Full**: پایان ۳۹ تا پایان ۴۰ هفتگی

به **Late**: پایان ۴۱ تا پایان ۴۲ هفتگی

✍ **ختم حاملگی** ← از بین بردن هدفمند حاملگی داخل رحمی با هدفی غیر از به‌دنیا آمدن نوزاد زنده

مشاوره قبل از حاملگی

شرح حال

❧ دیابت:

❧ آغاز حاملگی با کم‌ترین میزان هموگلوبین A_1C در حدی که خطر هایپوگلیسمی مادر را تهدید نکند.

❧ بررسی و کاهش خطر ناهنجاری جنینی با کنترل و بررسی HbA_1C در ۶ هفته قبل از حاملگی

❧ صرع:

❧ خطر افزایش ناهنجاری جنینی در نوزادانی که مادران‌شان تحت درمان با داروهای ضدصرع بودند، وجود دارد.

❧ کاهش ۷۰-۵۰ درصدی خطر صرع در کسانی که در ۱ سال قبل تشنج نداشته‌اند.

❧ باید درمان تک دارویی شود و با دارویی که تراژوئیسیت کم‌تری دارد، انجام شود.

❧ مصرف مکمل اسید فولیک

❧ پرهیز از مصرف والپروئیک اسید

❧ قطع داروهای ضد تشنج در:

❧ کسانی که ۵-۲ سال تشنج نداشته

❧ یک نوع واحد صرع دارند.

❧ معاینه نورولوژیک طبیعی داشته‌اند.

❧ بازگشت به حالت طبیعی الکتروانسفالوگرافی

مایع آمینون

حجم طبیعی مایع آمینون

✍ ۳۰ mL در هفته ۱۰ ← ۲۰۰ mL در هفته ۱۶ ← ۸۰۰ mL در اواسط هفته سوم
 ✍ ۹۸٪ از آب تشکیل شده است.

به فیزیولوژی:

- ✦ در اوایل حاملگی ترکیب AF شبیه مایع خارج سلولی است.
- ✦ در اوایل حاملگی انتقال مواد از طریق عروق جنینی موجود در سطح جفتی و پوست جنین صورت می‌گیرد.
- ✦ ادرار از هفته ۸-۱۱ تولید می‌شود.
- ✦ در نیمه دوم حاملگی ادرار، منبع اصلی مایع آمینون است.
- ✦ از دیگر عوامل تنظیم حجم AF هایپرتونیک بودن ادرار است که سبب انتقال مواد و آب به داخل بدن جنین می‌شود.
- ✦ سومین عامل مهم تنظیم‌کننده حجم AF دستگاه تنفسی است.
- ✦ عملکرد بلع جنین مکانیسم اصلی برای جذب مایع آمینون است.
- به محدوده‌ی طبیعی عمیق‌ترین بسته‌ی واحد که بیش از همه به کار می‌رود ۸-۲ سانتی‌متر است.
- به جهت محاسبه‌ی AFI، رحم به چهار ربع مساوی تقسیم می‌شود و معادل مجموع عمیق‌ترین بسته منفرد از هر ربع است و تقریباً ۳ برابر عمیق‌ترین بسته‌ی منفرد آمینون است.
- به پرکاربردترین محدوده‌ی طبیعی AFI، ۲۴-۵ یا ۲۵-۵ است.

❖ غیاب کیسه زرده‌ای

❖ یافته آدنکسی:

❖ توده آدنکسی مجزا از تخمدان

❖ شناسایی کیسه زرده، رویان یا جنین خارج رحمی

❖ هاله‌ی هاپیر اکو یا حلقه‌ای از لوله در پیرامون ساک فاقد اکو

❖ ایجاد یک توده آدنکسی کمپلکس غیرهموژن

❖ حلقه‌ی آتش (جریان خون جفتی موجود در اطراف توده آدنکسی کمپلکس)

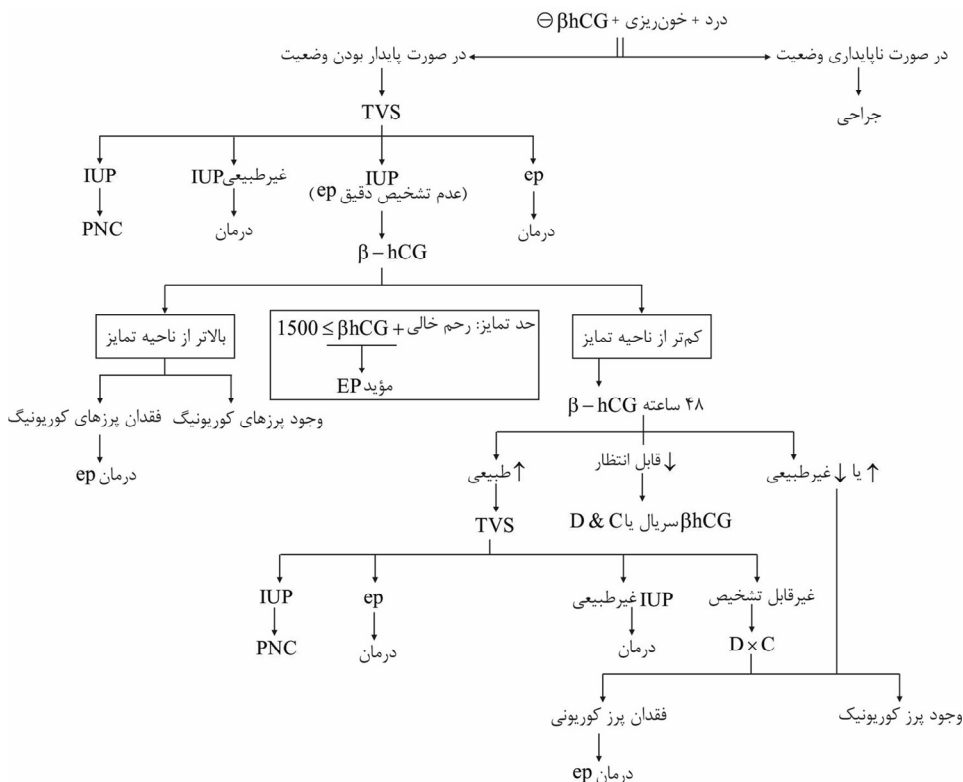
❖ هموپریتونن:

❖ مایعی فاقد اکو یا هاپیو اکوست.

❖ وجود مایع صفاقی در بن‌بست خلفی رحم همراه با توده آدنکسی قویاً ep را تأیید می‌کند.

❖ در کولدوسنتر مایع حاوی لخته‌های کهنه و مایع خونی که لخته نمی‌بندد ← هموپریتونن

❖ الگوریتم تشخیص در زنان مشکلات به ep:



تقسیم‌بندی (از نظر مکانیسم)

- ✂ اختلالات نیروهای خارج‌کننده (رحم و مادر)
- ✂ اختلالات مربوط به جنین
- ✂ اختلالات مربوط به لگن
- ✂ اکثر موارد CPD در اثر وضعیت نامناسب سر جنین در داخل لگن (آسینکلیتیسم) و یا انقباضات غیرمؤثر رحمی ایجاد می‌شوند.
- ✂ ناتوانی در پیشرفت برای توصیف لیبر غیرمؤثر به کار می‌رود (هم اختلال در دیلاتاسیون و هم نزول)
- ✂ یافته‌های بالینی شایع در زنان مبتلا به لیبر غیرمؤثر:
 - دیلاتاسیون یا نزول ناکافی:
 - لیبر طول کشیده
 - لیبر متوقف شده
 - تلاش ناکافی برای خارج کردن
- CPD:
- ماکروزومی
- گنجایش ناکافی لگن
- پوزیشن غیرطبیعی
- پارگی پرده‌ها بدون شروع لیبر

عوامل مؤثر بر پیشرفت مرحله اول لیبر

- ✍ انقباضات رحمی
- ✍ مقاومت سرویکس
- ✍ فشار روبه جلوی سر جنین
- ✍ اختلالات ناشی از CPD در مرحله دوم آشکارتر می‌شود.

اختلالات عملکرد عضلات رحم ممکن است ناشی از

- ✍ اتساع بیش از حد رحم
- ✍ لیبر متوقف شده
- ✍ یا هر دو باشد
- ✦ لیبر غیر مؤثر به‌عنوان نشانه‌ی هشداردهنده‌ی احتمالی در مورد CPD پذیرفته شده است.

اختلالات نیروهای خارج‌کننده

انواع اختلال عملکرد رحم:

- ✍ نیروها در فوندوس قوی‌تر و بیش‌تر و طولانی‌ترند و هرچه به سمت سرویکس می‌آید کاهش می‌یابد.
- ✍ انقباضات خودبه‌خود نیروی با فشار تقریباً ۶۰ میلی‌متر جیوه و حداقل ۱۵ میلی‌متر جیوه ایجاد می‌کند.

انواع:

- ✍ اختلالات هایپوتونیک عملکرد رحم ← هماهنگ هستند اما فشار حداقل را برای دیلاتاسیون و افاسمان سرویکس ندارند.
- ✍ اختلالات هایپرتونیک عملکرد رحم (اختلال عملکرد رحم ناشی از ناهماهنگی) ← افزایش تون پایه و یا غیرهم‌زمانی کامل ایمپالس‌های منشاء گرفته از هر شاخ رحمی

اختلال مرحله‌ی فعال

- ✍ بیش‌تر دیلاتاسیون مطرح است.

انواع اختلالات مرحله فعال بر اساس دیلاتاسیون:

✍ طول کشیده:

- ✦ در زنان نولی‌پار کم‌تر ۱/۲ سانتی‌متر در ساعت
- ✦ در زنان مولتی‌پار کم‌تر از ۱/۵ سانتی‌متر در ساعت
- ✍ توقف لیبر ← عدم دیلاتاسیون به‌مدت ۲ ساعت یا بیش‌تر
- ✍ WHO طولانی شدن را به‌صورت دیلاتاسیون کم‌تر از ۱ سانتی‌متر در مدت ۴ ساعت یا بیش‌تر معرفی کرد.

اختلال مرحله دوم

- ✍ بیش‌تر نزول مطرح است.

انواع اختلالات مرحله دوم بر اساس نزول جنین:

➤ طول کشیده:

✦ در زنان نولی‌پار: کم‌تر از ۱ سانتی‌متر در ساعت

✦ در زنان مولتی‌پار: کم‌تر از ۲ سانتی‌متر در ساعت

➤ توقف نزول ← عدم نزول به مدت بیش‌تر از یک ساعت

در صورت استفاده از آنالژی منطقه‌ای مرحله دوم از ۲ ساعت به ۳ ساعت در زنان نولی‌پار و از ۱ ساعت

به ۳ ساعت در زنان مولتی‌پار افزایش می‌یابد.

گاهی اوقات شدت نیروی حاصل از انقباضات شکم به حدی کم می‌شود که باعث می‌شود NVD کند

شود یا حتی متوقف شود:

➤ تسکین‌بخشی شدید

➤ بی‌حسی منطقه‌ای

➤ در اثر شدت درد

علل اختلال عملکرد رحم

۱۵۴ ➤ آنالژی اپیدورال ← هر دو مرحله اول و دوم را طولانی‌تر می‌کند.

➤ کوریوآمینونیوت در اواخر لیبر ← شاخصی برای سزارین ناشی از دیستوشی به حساب می‌آید.

➤ وضعیت مادر در طی لیبر

➤ وضعیت زایمان در مرحله دوم:

➤ وضعیت‌های مستقیم بهترند زیرا:

✦ فاصله زایمانی را می‌کاهند.

✦ درد کم‌تر

✦ کاهش الگوهای غیرطبیعی FHR

✦ کاهش زایمان ابزاری

✦ افزایش مساحت خروجی تا ۳۰-۲۰٪

➤ ولی معایبی نیز دارند:

✦ افزایش خونریزی تا ۵۰۰ میلی‌لیتر بیش‌تر از حالت طبیعی

✦ نوروپاتی عصب فیولار

➤ غوطه‌ور کردن در آب:

➤ کاهش آنالژی اپیدورال ولی بی‌تأثیر در میزان زایمان ابزاری است.

➤ عوارض: در مادر فشار خون کاهش می‌یابد اما بر FHR اثری ندارد، غرق شدن، بستری در NICU،

پارگی بندناف، هایپوناترمی و پلی‌سایتمی

➤ باعث کوریوآمینونیوت یا عفونت رحمی نمی‌شود.

پارگی پیش از موعد پرده‌ها در هنگام ترم

- ✎ در صورت عدم بروز انقباضات رحمی تا ۱۲-۶ ساعت بعد از پارگی، اقدام به تحریک رحم صورت می‌گیرد.
- ✎ در بیمارستان پارکلند به محض تشخیص پارگی ← القای لیبر بعد از پذیرش

لیبر و زایمان سریع

✎ ممکن است ناشی از:

- به کاهش غیرطبیعی مقاومت قسمت‌های نرم مجرای زایمان
- به قوی بودن غیرطبیعی انقباضات رحم و شکم
- به فقدان احساس درد باشد.
- ✎ خروج جنین در کم‌تر از ۳ ساعت
- ✎ عوارض: در صورت عدم آمادگی پرینه و کانال زایمان ← پارگی رحم، سرویکس، واژن، ولو پرینه، آتونری رحم، آمبولی مایع آمنیون:
- به در زنان مولتی‌پاری که فاصله‌ی بین انقباضات کم‌تر از ۲ دقیقه است با دکولمان جفت مکونیوم و PPH و سوء مصرف کوکائین و آپگار پایین مرتبط است.
- به کاهش جریان خون رحمی - جفتی به علت انقباضات بدون وقفه، ترومای داخل جمجمه‌ای، فلج ارب یا دوشن، پرت شدن نوزاد به کف اتاق

اختلالات مربوط به لگن

✎ تنگی ورودی لگن:

- به قطر قدامی - خلفی کم‌تر از ۱۰ سانتی‌متر (کنژوگه دیاگونال کم‌تر از ۱۱/۵)
- به قطر عرضی کم‌تر از ۱۲ سانتی‌متر
- به عارضه: احتمال پارگی خودبه‌خود پرده‌ها، نمایش غیرطبیعی جنین، عدم نزول جنین یا نزول بعد از پارگی پرده‌ها، اجبار به نمایشی دیگر به‌جز سر و پرولاپس بند ناف

✎ تنگی لگن میانی:

- به شایع‌تر از تنگی ورودی لگن است.
- به قطر قدامی - خلفی کم‌تر از ۱۱/۵ سانتی‌متر
- به قطر عرض کم‌تر از ۱۰ سانتی‌متر
- به ساژیتال خلفی کم‌تر از ۵ (جمع قطر عرضی و ساژیتال خلفی کم‌تر از ۱۳/۵ سانتی‌متر)
- به عوارض: توقف عرضی سر، زایمان دشوار با فورسپس و سزارین
- به تشخیص بالینی با:

- ✦ برجسته بودن خارهای ایسکیال
- ✦ هم‌گرا بودن دیواره جانبی لگن
- ✦ باریک بودن بریدگی ساکروسیاتیک

تنگی خروجی لگن:

- به قطر بین توپروزیته‌های ایسکیال کم‌تر از ۸ سانتی‌متر
- به عوارض: دیستوشی در همراهی با تنگی میانی، پارگی‌های پرینه

برآورد گنجایش لگن:

- به بررسی قطر قدامی خلفی لگن ورودی (کنژوگه دیاگونال)
- به قطر بین خاری لگن میانی
- به قطر بین توپروزیته ایسکیال در خروجی لگن
- به قوس لگنی (کم‌تر از ۹۰ درجه)
- به عدم آنگاژمان سر
- به پلویمتری با اشعه X، CT اسکن و MRI

اختلالات مربوط به جنین

اندازه جنین به تنهایی توجیه درستی برای عدم پیشرفت لیبر نیست چون $\frac{2}{3}$ نوزادان در زایمان با

فورسپس زیر ۳۷۰۰ وزن داشتند.

پس عواملی چون وضعیت نادرست جنین می‌تواند باعث عدم عبور جنین شود. مثل آسینکیتیسم،

وضعیت OP، صورت و پیشانی

نمایش صورت

در صورت هایپرآکستانیون سر جنین، چانه عضو نمایش می‌شود که نسبت به سمفیز مادر به انواع چانه

قدامی، چانه خلفی تقسیم می‌شود.

در چانه‌ی خلفی امکان زایمان وجود ندارد مگر جنین بسیار کوچک و پره‌ترم باشد یا له شده باشد.

علل:

- به جنین پره‌ترم
- به بزرگ‌شدگی گردن
- به قوس‌های بند ناف
- به ناهنجاری جنینی
- به هیدرآمنیوس
- به جنین آننسفال
- به لگن تنگ
- به جنین ماکروزوم
- به پارینه بالا

تشخیص: معاینه واژینال، رادیوگرافی

- ✍ افزایش تعداد کلی افت تا حد کم‌تر از ۷۰ bpm $\Leftarrow$ کاهش امتیاز آپگار دقیقه‌ی پنجم
- ✍ افت در حد کم‌تر از ۹۰ bpm همراه با فقدان تغییرپذیری یا افت ناگهانی ضربان قلب کم‌تر از ۱۰۰ bpm همراه با فقدان تغییرپذیری به مدت ۴ دقیقه و بیش‌تر $\Leftarrow$ پیشگویی اسیدمی
- ✍ برادی کاردی پایه‌ی پابرجا و تاکی کاردی پابرجا $\Leftarrow$ امتیاز آپگار پایین می‌دهد.

سایر تکنیک‌های بررسی هنگام زایمان

نمونه‌برداری در خون پوست سر جنین:

- ✍ $\text{pH} < 7.25 \Leftarrow$ تحت نظر و ادامه‌ی لیبر
- ✍ $7.25 < \text{pH} < 7.40 \Leftarrow$ ۳۰ دقیقه بعد تکرار تست
- ✍ $\text{pH} > 7.40 \Leftarrow$ تکراری فوری و آماده شدن مادر جهت جراحی
- ✍ تنها مزیت (نمونه‌برداری در خون پوست سر جنین): کاهش سزارین به علت دیسترس جنینی است.
- ✍ تحریک پوست سر جنین
- لـ در شرایط افت متغیر پیشگویی‌کننده کارآمد اسیدوز جنینی است.
- ✍ تحریک ویبرو آگوستیک $\Leftarrow$ در صورتی طبیعی در نظر گرفته می‌شود که تسریع FHR حداقل ۱۵ ثانیه به تعداد ۱۵ pbm بیش‌تر در عرض ۱۵ ثانیه بعد از تحریک رخ دهد.
- ✍ پالس اکسیمتری $\Leftarrow$ حد تحتانی طبیعی اکسیژن اشباع $\Leftarrow 30\%$ است.
- ✍ الکتروکاردیوگرافی جنین $\Leftarrow$ بررسی تغییرات T $\Leftarrow$ افزایش پیش‌رونده و ST:
- ✍ $\Leftarrow$ با بالا رفتن قطعه $\Leftarrow$ در معرض هایپوکسی بودن.
- ✍ $\Leftarrow$ با پیشرفت هایپوکسی کاهش می‌یابد.

دیسترس جنینی

- ✍ تشخیص: بر اساس الگوهای FHR بی‌دقت است.
- ✍ وجود مکونیوم در مایع آمنیون ممکن است:
- ✍ بازتابی از هایپوکسی باشد.
- ✍ بازتابی از بلوغ طبیعی دستگاه گوارش تحت کنترل دستگاه عصبی باشد.
- ✍ نشانه‌های نوروفیزیولوژیک و حرکات پرستالیستم روده‌ای باشد.
- ✍ سندروم آسپیراسیون مکونیوم:
- ✍ ارتباط معنی‌دار با اسیدمی جنین
- ✍ سایر عوامل مرتبط: زایمان سزارین، فورسپس، اختلالات FHR، امتیاز کم آپگار و نیاز به تهویه کمکی
- ✍ پاتوفیزیولوژی (سندروم آسپیراسیون مکونیوم): هایپرکربی $\Leftarrow$ تحریک تنفس $\Leftarrow$ آسپیراسیون مکونیوم $\Leftarrow$ آسیب پارانشیم ریه.
- ✍ دیگر ساکشن روتین انجام نمی‌شود (زیرا از سندروم جلوگیری نمی‌کند) و فقط در صورتی که وضعیت تنفس تضعیف شده باشد لوله‌گذاری انجام می‌شود و مکونیوم از زیر گلو ت ساکشن می‌شود.

عدم ضرورت ساکشن تراشه در صورت تنفس پر قدرت، تون عضلانی خوب و $FHR < 100$ bpm

پس در صورت $FHR > 100$ ، تون ضعیف و تنفس ضعیف ← ساکشن تراشه ضرورت دارد.

گزینه‌های درمانی در دیسترس جنینی:

به تغییر وضعیت مادر به پهلو اکسیژناسیون و معاینه

توکولیز ← جهت سرکوب انقباضات رحمی پر قدرت با استفاده از سولفات تربوتالین

آمینو انفوزیون ← کاربردها:

به درمان افت‌های متغیر یا طولانی

لـ باعث کاهش افت‌ها می‌شود.

به پیشگیری در زنان مبتلا به اولیگوهایدرآمینوس و پارگی طولانی مدت پرده‌ها

به تلاش برای رقیق‌سازی و خارج‌سازی مکونیوم (توصیه نمی‌شود)

الگوهای FHR و آسیب مغزی

برای رخ دادن آسیب مغزی باید جنین در دوره‌های طولانی مدت و نه کوتاه مدت در معرض

هایپوکسی قرار گیرد.

هم‌چنین هایپوکسی باید سبب اسیدمی متابولیک شدید و تقریباً سابلیتال (نزدیک به کشنده) باشند.

بررسی ABG در

زایمان سزارین در آشفتگی وضعیت جنین

پایین بودن امتیاز آپگار دقیقه ۵

IUGR شدید

نوار قلب غیرطبیعی

بیماری تیروئید مادر

چندقلویی

روش‌های فعلی جهت بررسی FHR

سمع با استتوسکوپ ← ۶۰ ثانیه کامل بعد از انقباض رحم

سونوگرافی داپلر

پایش مداوم الکترونیک FHR

پایش انقباضات رحمی

نظارت بر فعالیت رحم در هنگام زایمان

پایش داخلی فشار

پایش خارجی

الگوهای فعالیت رحم

تعداد (در ۱۰ دقیقه) × شدت بر حسب مونته ویدو

- ✍ لیبر بالینی زمانی شروع می‌شود که فعالیت رحم به $10-12^{\circ}$ مونته ویدو برسد (تقریباً 3 انقباض با قدرت 40 میلی‌متر جیوه در 10 دقیقه)
- ✍ مدت انقباض از اوایل لیبر تا آخر معمولاً خیلی تغییر نمی‌کند.
- ✍ انقباضات زمانی قابل لمس‌اند که شدت‌شان بیش‌تر از 10° میلی‌متر جیوه باشد و زمانی دردناک می‌شود که بیش‌تر از 15 mmHg باشد و زمانی که به 40 mmHg نرسد به آسانی قابل فرو رفتن توسط انگشتان است.
- ✍ رحم ضعیف در طی لیبر مثل رحم با فعالیت شدید در طی لیبر می‌تواند همراه با آتونی و خونریزی بعد از زایمان باشد.

منشاء و پیشرفت انقباضات

- ✍ مناطقی پیس میکر در مجاورت انتهای لوله فالوپ وجود دارند/ Pace maker سمت راست غلبه دارد./ گسترش انقباض‌ها در سرتاسر رحم با سرعت 2 cm/s به‌طوری‌که کل رحم را در عرض 15 ثانیه دپلایزه می‌کند.
- ✍ پیشرفت آهسته‌ی لیبر در صورت هایپوتونیک بودن انقباضات منظم (شدت کم‌تر از 25 mmHg انقباضات یا کم‌تر از 2 عدد در 10 دقیقه)

ترمینولوژی جدید

- ✍ فعالیت طبیعی رحم: 5 یا کم‌تر از 5 انقباض در 10 دقیقه
- ✍ تاکی سیستول: بیش‌تر از 5 انقباض در 10 دقیقه
- ✍ تحریک بیش از حد (کنار گذاشته شده است): وجود بیش‌تر از 6 انقباض در 10 دقیقه ارتباط معنی‌داری با افت FHR دارد.

عوارض پایش الکترونیک جنین

- ✍ پارگی یکی از عروق جنینی در جفت
- ✍ سوراخ‌شدگی جفت
- ✍ سوراخ‌شدگی رحم:
- ✍ به خونریزی دکولمان
- ✍ به و موربیدیته شدید می‌دهد.
- ✍ ایجاد نوارهای کاذبی که درمان مناسبی ندارند.
- ✍ فشردگی شدید بند ناف
- ✍ آسیب پوست سر یا ته جنین در اثر الکتروود
- ✍ افزایش خطر عفونت
- ✍ زخم‌های پوست سر $\leftarrow$ استئومیلیت جمجمه
- ✍ کنتراندیکاسیون نسبی پایش داخلی: HIV، HBV و HCV

جامع

حاوی تمامی مطالب و نکات لازم
برای کنکور براساس منابع

بانک سوالات

جمع آوری سوالات کنکور کاردانی به کارشناسی
کارشناسی ارشد و دکتری به صورت فصل بندی شده

الگوریتم

چکیده‌ی تمامی مطالب و نکات لازم
برای کنکور براساس منابع

سوالات تألیفی

تألیف سوالات مشابه کنکور



دریافت نمونه‌ی کتاب به صورت رایگان



www.agkins.com

بانک سوالات

جمع آوری سوالات کنکور کاردانی به کارشناسی
کارشناسی ارشد و دکتری به صورت فصل بندی شده

سوالات تألیفی

تألیف سوالات مشابه کنکور

جامع

حاوی تمامی مطالب و نکات لازم
برای کنکور براساس منابع

الگوریتم

چکیده‌ی تمامی مطالب و نکات لازم
برای کنکور براساس منابع



دریافت نمونه‌ی کتاب به صورت رایگان



www.agkins.com

بانک سوالات

جمع‌آوری سوالات کنکور کاردانی به کارشناسی
کارشناسی ارشد و دکتری به‌صورت فصل‌بندی شده

سوالات تألیفی

تألیف سوالات مشابه کنکور

جامع

حاوی تمامی مطالب و نکات لازم
برای کنکور براساس منابع

الگوریتم

چکیده‌ی تمامی مطالب و نکات لازم
برای کنکور براساس منابع



دریافت نمونه‌ی کتاب به‌صورت رایگان



www.agkins.com

بانک سوالات

جمع‌آوری سوالات کنکور کاردانی به کارشناسی
کارشناسی ارشد و دکتری به‌صورت فصل‌بندی شده

سوالات تألیفی

تألیف سوالات مشابه کنکور

جامع

حاوی تمامی مطالب و نکات لازم
برای کنکور براساس منابع

الگوریتم

چکیده‌ی تمامی مطالب و نکات لازم
برای کنکور براساس منابع



دریافت نمونه‌ی کتاب به‌صورت رایگان



www.agkins.com

شماره تماس با نمایندگی‌های فعال و رسمی آناهید گستر خلیلی

نمایندگی	شماره تماس	نمایندگی	شماره تماس
اراک (آقای حسینی)	۰۹۹۱۳۷۱۳۷۵۰	شیراز (آقای فروردین/ خانم هوشمندی)	۰۹۱۹۵۷۳۰۱۵۲
اردبیل (خانم عاصمی‌زاده)	۰۹۱۹۹۱۰۱۲۴۸	فسا (خانم شعبانی)	۰۹۹۱۳۷۱۳۷۴۲
ارومیه (آقای آرمیون)	۰۹۱۹۹۱۰۱۲۴۱	قزوین (خانم چگینی)	۰۹۱۹۵۷۳۰۱۴۹
اسفراین (خانم اسماعیل‌زاده)	۰۹۱۹۶۳۲۱۸۵۲	کرج (آقای دکتر علیرضاپور)	۰۹۱۹۷۷۸۱۹۴۷
اصفهان (آقای نصری)	۰۹۱۹۵۷۳۰۱۵۰	کاشان (خانم صادق‌پور)	۰۹۹۱۳۷۱۳۷۴۶
ایلام (آقای دکتر بوچانی)	۰۹۱۹۰۹۸۰۳۱۸	کردستان (آقای ابراهیمی)	۰۹۱۹۵۷۳۰۱۴۸
اهواز (آقای امین‌فر)	۰۹۱۹۵۷۳۰۱۵۴	کرمانشاه (آقای ابراهیمی)	۰۹۱۹۵۷۳۰۱۴۸
بیرجند (آقای دکتر بهروان)	۰۹۱۹۵۹۰۷۲۰۳	کهکیلویه (آقای فروردین/ خانم هوشمندی)	۰۹۱۹۵۷۳۰۱۵۲
تبریز (خانم عاصمی‌زاده)	۰۹۱۹۵۷۳۰۱۴۷	گرگان (آقای شامعلی)	۰۹۱۹۹۱۰۱۲۴۷
چهرم (آقای یاعلی جهرمی)	۰۹۰۱۳۷۳۷۸۹۶	مراغه (آقای صمدی)	۰۹۱۹۵۷۳۳۱۷۹
خرم‌آباد (خانم میر)	۰۹۱۹۲۷۰۵۸۷۸	مشهد (خانم دکتر شجاعی)	۰۹۹۱۳۷۱۳۷۴۴
زنجان (خانم دکتر هوشیار)	۰۹۱۹۲۷۰۵۸۷۱	میاندوآب (آقای صمدی)	۰۹۱۹۵۷۳۳۱۷۹
ساری (آقای دکتر اکبری)	۰۹۱۹۷۷۸۱۹۴۴	هرمزگان (آقای زارعی)	۰۹۱۹۵۷۳۳۲۸۴
سمنان (آقای دکتر سلمانی)	۰۹۹۱۳۷۱۳۷۴۱	همدان (آقای سوری)	۰۹۱۹۵۷۳۰۱۵۵
شهرکرد (خانم تقی‌پور)	۰۹۱۹۹۱۰۱۲۴۹	یزد (خانم مهندس آزاد)	۰۹۱۹۹۱۰۱۲۴۳

بانک کتاب ناهید



«هر کتابی، از هر انتشاراتی را از ما بخواهید»

✓ جامع‌ترین بانک کتاب

✓ تحویل روزانه

✓ ارسال به تمامی نقاط کشور

✓ سفارش کتاب به‌صورت تلفنی و آنلاین

www.NIBS.ir



کتاب دانشگاهی، فنی و مهندسی، علوم پزشکی، علوم انسانی، عمومی،
ادبی، مذهبی، کمک آموزشی، کودک و نوجوان و کتاب نفیس

فروشگاه: تهران - خیابان انقلاب - روبه‌روی درب اصلی دانشگاه تهران

پاساژ فروزنده - طبقه همکف - پلاک ۳۳۱

تلفن: ۶۶۴۸۹۳۷۵ - ۰۲۱ - ۶۶۴۸۹۳۴۹ - ۰۲۱

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

دعای پیش از مطالعه

اَللّٰهُمَّ اَخْرِجْنِيْ مِنْ ظُلُمَاتِ الْوَهْمِ وَاكْرِمْنِيْ بِنُورِ الْفَهْمِ
اَللّٰهُمَّ افْتَحْ عَلَيْنَا اَبْوَابَ رَحْمَتِكَ وَاَنْشُرْ عَلَيْنَا خَزَائِنَ عُلُوْمِكَ
بِرَحْمَتِكَ يَا اَرْحَمَ الرَّاحِمِيْنَ

پروردگارا، خارج کن مرا از تاریکی های فکر و گرامی بدار به نور فهم
پروردگارا، بکشای بر ما در های رحمت را و بگستران کنج های دانشت را به امید رحمت
تو ای مهربان ترین مهربانان

بباید به حقوق دیگران احترام بگذاریم

دوست عزیز، این کتاب حاصل دسترنج چندین ساله ی مؤلف، مترجم و ناشر آن است. تکثیر و فروش آن به هر شکلی بدون اجازه از پدیدآورنده کاری غیراخلاقی، غیرقانونی، غیرشرعی و کسب درآمد از دسترنج دیگران است، نتیجه ی این عمل نادرست، موجب رواج بی اعتمادی در جامعه و بروز پی آمدهای ناگوار در زندگی و محیط ناسالم برای خود و فرزندانمان می گردد.



نکات داغ بارداری و زایمان

(جلد دوم)

ویژه کارشناسی ارشد رشته‌های مامایی و مشاوره در مامایی و
دکتری رشته‌های بهداشت باروری و مامایی

تألیف و گردآوری:

سپیده کیوانفر

«کارشناسی ارشد مامایی»

دکتر مهسا خوشنام‌راد

«دکتری تخصصی (Ph.D) سلامت باروری»

سرشناسه	: کیوانفر، سپیده، ۱۳۷۲-
عنوان و نام پدیدآور	: AGK نکات داغ بارداری و زایمان ویژه کارشناسی ارشد رشته‌های مامایی و مشاوره در مامایی و دکتری رشته‌های بهداشت باروری و مامایی/ تألیف و گردآوری سپیده کیوانفر، مهسا خوشنام راد.
مشخصات نشر	: تهران: آناهید گستر خلیلی، ۱۴۰۴.
مشخصات ظاهری	: ج ۲.
شابک	: دوره: 978-622-4744-42-5، ج ۱: 978-622-4744-43-2، ج ۲: 978-622-4744-44-9
وضعیت فهرست‌نویسی	: فیپا
موضوع	: آبستنی و زایمان -- رؤوس مطالب Obstetrics -- Outlines, syllabi, etc
شناسه افزوده	: خوشنام راد، مهسا، ۱۳۶۹-
شماره کتابشناسی ملی	: ۹۹۸۸۳۵۱



انتشارات آناهید گستر خلیلی

نام: AGK نکات داغ بارداری و زایمان (جلد دوم)

تألیف و گردآوری: سپیده کیوانفر. دکتر مهسا خوشنام راد

ناشر: آناهید گستر خلیلی

نوبت و سال چاپ: اول. ۱۴۰۴

شمارگان: ۱۰۰۰

چاپ و صحافی: گیلان

مدیر تولید: امیرحسین خلیلی

مدیر فنی و هنری: مریم آرده

تایپ و صفحه‌آرایی: آرزو راضی

بهاء: ۱۵۰۰۰۰ تومان

آموزشگاه/ فروشگاه: ۰۲۱۶۶۵۶۸۶۲۱

مرکز پخش: ضلع جنوب غربی میدان انقلاب. جنب بانک پارسیان. مجتمع تجاری پارس. طبقه اول

مدیر فروش: ۰۹۱۹۱۶۸۵۹۷۰ (ارتباط از طریق پیامک)

 agkpublisher@gmail.com

 www.agkins.com

طایفه سخن‌مدیر تولید:

سپردن کار به اهلش نشانه‌ی خردمندی است.

برای تولید بسته‌های آموزشی تمام تلاش خود را به کار گرفته‌ایم تا محصولی شایسته را تقدیم شما عزیزان نماییم. مجموعه‌ای که پیش روی شماست براساس معتبرترین و به‌روزترین منابع کنکور می‌باشد و به قلم مجرب‌ترین اساتید تألیف شده است و مطالعه آن موجب صرفه‌جویی در زمان و هزینه شما خواهد شد. ارائه بالاترین آمار قبولی در کنکور کارشناسی ارشد و دکتری در دهه اخیر بیان‌گر توانایی این گروه در راستا اهداف خود می‌باشد. اینک با اتکا به تجربه‌ای ۱۷ ساله می‌توانیم ادعا کنیم که مجموعه حاضر، بی‌شک از جمله‌ی کامل‌ترین و تضمینی‌ترین بسته‌های آموزشی در عرصه کنکور می‌باشد.

برخی از ویژگی‌های بسته‌های آموزشی:

- منطبق با معتبرترین و به‌روزترین منابع کنکور
 - گردآوری و تألیف توسط مجرب‌ترین اساتید کنکور
 - تدریس مطالب از سطح پایه تا پیشرفته به بیان ساده و روان
 - انتقال بهتر مفاهیم با استفاده از شکل، جدول و نمودار
 - تألیف مبتنی بر نحوه‌ی طراحی سوالات کنکور
 - مطالعه یک منبع منسجم به‌جای مطالعه چندین منبع مختلف
 - منبعی خودآموز و بدون نیاز به مدرس
- اینک علاوه بر مطالعه بسته‌های آموزشی استفاده از خدمات زیر را به عنوان ضمانتی برای قبولی به شما داوطلبان عزیز توصیه می‌کنم؛

- نکات داغ (Hot Points)

این‌بار زمان به نفع شما در حال گذر است؛ دیگر نیازی به خلاصه‌نویسی برای دوران مرور و جمع‌بندی نخواهید داشت ...

اکثر داوطلبان پس از مطالعه‌ی منابع برای خلاصه‌نویسی دچار سردرگمی می‌شوند یا به خلاصه‌های خود اطمینان ندارند. حتی گاهی حجم خلاصه‌ها بیش از حجم منبع می‌شود!!! گاهی هم به اشتباه تصور می‌کنند که نکات و خلاصه‌هایشان در چارچوب کنکور است یا نکاتی را که گلیچین کرده‌اند مهم‌اند.

توجه کنیم که خلاصه‌نویسی مطالب برای کنکور دارای اصول و قاعده است که اغلب داوطلبان پس از مطالعه قادر به انجام صحیح آن نیستند. به همین منظور تمام تلاش خود را به کار گرفته‌ایم که استانداردترین منبع نکات را در چارچوب کنکور تقدیم شما نماییم.

هدف از تولید نکات داغ فراهم کردن یک منبع برای دوران مرور و جمع‌بندی است.

- ویژگی‌های نکات داغ:

برگرفته از معتبرترین و به‌روزترین منابع کنکور
مجموعه‌ای از نکات کنکوری به صورت طبقه‌بندی موضوعی
پوشش قابل ملاحظه سوالات کنکور در کم‌ترین حجم ممکن
مناسب‌ترین منبع برای دوران مرور و جمع‌بندی

- آزمون‌های آزمایشی: خوش بود گر محک تجربه آید به میان

داوطلب شجاع کیست؟ داوطلبی است که خود را مورد سنجش و ارزیابی قرار دهد تا پیش از آزمون سراسری به نقاط ضعف خود پی برده و آن‌ها را تقویت نماید. صادقانه به شما توصیه می‌کنیم که در آزمون‌های آزمایشی شرکت کنید تا بتوانید خود را با خود (سنجش) و با دیگران (ارزیابی) مقایسه و نقاط ضعف و قوت خود را شناسایی نمایید.

- مشاوره و برنامه‌ریزی: برای موفقیت هوش کافی نیست، جسارت لازم دارد.

در صورتی که نمی‌توانید با توجه به زمان آزادتان برنامه‌ی مطالعاتی استاندارد برای خود تدوین کنید حتماً از افراد با تجربه که خود در این مسیر موفق بوده‌اند کمک بخواهید. افرادی که تجربیات خود را صادقانه در اختیار شما قرار می‌دهند و برنامه‌ریزی مناسب با شرایط زمانی و ویژگی‌های روحی و جسمی مختص شما انجام می‌دهند.

- کتاب تست:

کوچک‌ترین واحد یادگیری در کنکور، تست است.
شما می‌توانید برای این که سطح یادگیری خود را پس از مطالعه بسنجید از کتاب‌های تست مجموعه (تست کنکور) و ماطراحان (تست‌های تألیفی) استفاده کنید. این کتاب‌ها به‌صورت موضوعی طبقه‌بندی شده‌اند و می‌توانند نحوه‌ی طرح سوالات کنکور و سطح آن‌ها را به‌صورت واضح به شما نشان دهند.

- درسنامه‌های نکات داغ و کتاب‌های الگوریتم مناسب‌ترین منابع برای دوران مرور و جمع‌بندی:

بیش‌تر داوطلبان حین مطالعه نگران خلاصه‌نویسی و مرور آموخته‌های خود هستند و برای خلاصه‌نویسی زمان زیادی را صرف می‌کنند. اینک به شما مؤده می‌دهیم که این بار زمان به نفع شما در حال گذر است و دیگر با استفاده از درسنامه‌های نکات داغ و کتاب‌های الگوریتم نیاز به خلاصه‌نویسی ندارید.

شما می‌توانید پیشنهاد و یا انتقاد سازنده خود را به شماره تلفن همراه ۰۹۱۹۱۶۸۵۹۷۰ فقط و فقط پیامک نمایید.

مشاور و مدیر تولید

امیرحسین خلیلی

طلیحه سخن مؤلف:

سپاس و ستایش از آن خداوند بزرگ و بلند مرتبه‌ایست که آثار قدرت او بر چهره روز تابان است و انوار حکمت او در دل شب درخشان. آفریدگاری که خود را به ما شناساند و درهای علمش را بر ما گشود و عمر و فرصتی بر ما عطا فرمود تا بنده خویش را در طریق علم و معرفت بیازماید.

آنچه پیش روی شماست کتابی است که با پیشنهاد گروه تألیفی دکتر خلیلی از کتاب «مروری بر بارداری و زایمان ویلیامز» با ترجمه دکتر بهرام قاضی جهانی و روشنک قطبی گردآوری شده است تا بتواند خدمت کوچکی باشد به دانشجویان، علاقه‌مندان و کسانی که قصد شرکت در کنکور این رشته را دارند. با توجه به حجم بالای این منبع مهم در کنکور مقطع کارشناسی ارشد و دکترای رشته مامایی و بهداشت باروری و هم‌چنین دشوار و وقت‌گیر بودن مرور نکات مهم و اصلی این کتاب، نیاز بود تا چکیده‌ای از نکات پرکاربرد و برجسته‌ی آن در مجموعه‌ای جمع‌آوری گردد؛ لذا، این اثر که شامل جملات مهم و اصلی کتاب یاد شده می‌باشد تدوین شد تا بتواند در زمان اندک باقی‌مانده به کنکور، برای داوطلبانی که پیش از این، منبع اصلی را مطالعه کرده‌اند مفید باشد و از اتلاف وقت برای خواندن تمامی حجم کتاب جلوگیری کند.

در این جا لازم می‌دانم که از خانواده عزیزم مخصوصاً پدر و مادر گرانقدرم به پاس تمامی زحمات و حمایت‌هایشان در تمامی مراحل زندگی و به ثمر رسیدن این مجموعه قدردانی کنم و اساتید بزرگوارم را که تلاش‌هایشان همواره دستگیر این بنده بوده است سپاس گویم؛ برای انتشارات آن‌ها هدیه گستر خلیلی که این فرصت را در اختیارم قرار داده تا بتوانم به دوستان و همکاران رشته‌ی مامایی خدمتی ارائه کرده باشم، پیروزی را در رسیدن به اهداف بلند علمی و آموزشی آرزو می‌کنم.

با احترام

سپیده کیوانفر

فهرست مطالب

صفحه

فصل و عنوان

فصل اول: آنالژزی و بی‌هوشی در زایمان.....	۹
فصل دوم: القاء و تقویت لیبر.....	۱۶
فصل سوم: زایمان واژینال طبیعی.....	۲۱
فصل چهارم: زایمان بریچ.....	۲۸
فصل پنجم: زایمان طبیعی ابزاری.....	۳۲
فصل ششم: سزارین و هیستریکتومی هنگام زایمان.....	۳۶
فصل هفتم: زایمان سزارین قبلی.....	۴۳
فصل هشتم: نوزاد.....	۴۵
فصل نهم: بیماری‌ها و آسیب‌های نوزادان ترم.....	۵۱
فصل دهم: نوزاد پره‌ترم.....	۶۰
فصل یازدهم: مرده‌زایی.....	۶۴
فصل دوازدهم: دوره نفاس.....	۶۷
فصل سیزدهم: عوارض نفاسی.....	۷۶
فصل چهاردهم: جلوگیری از حاملگی.....	۸۳
فصل پانزدهم: عقیم‌سازی.....	۹۵
فصل شانزدهم: اختلالات هایپر تانسیون.....	۹۸
فصل هفدهم: خونریزی زایمانی (مامایی).....	۱۱۵
فصل هجدهم: لیبر پره‌ترم.....	۱۳۵
فصل نوزدهم: حاملگی پست ترم.....	۱۴۳
فصل بیستم: اختلالات رشد جنین.....	۱۴۶
فصل بیست و یکم: حاملگی چندقلویی.....	۱۵۳

آنالژزی و بی‌هوشی در زایمان

- ✍ $\frac{2}{3}$ مرگ‌های مرتبط با بی‌هوشی عمومی، ناشی از شکست لوله‌گذاری یا مشکلات القاء در جریان زایمان سزارین هستند.
- ✍ مرگ‌های مرتبط با آنالژزی منطقه‌ای، در اثر بلوک‌های نخاعی فوقانی یا اپیدورال، نارسایی تنفسی و واکنش‌های دارویی رخ می‌دهد.
- ✍ مهم‌ترین عامل افزایش بی‌خطری روش‌های هوشبری زایمانی، افزایش استفاده از آنالژزی منطقه‌ای است.
- ✍ درخواست تسکین درد از طرف زن در لیبر، یک اندیکاسیون طبی کافی برای کاربرد روش‌های تسکین درد محسوب می‌شود.
- ✍ درد لیبر در مراحل اولیه ناشی از انقباضات رحم و دیلاتاسیون سرویکس (اعصاب $L_1 - T_{10}$) و در مراحل بعدی ناشی از کشیدگی پرینه و انتقال محرک‌ها و درد توسط اعصاب پودندال و $S_2 - S_4$ است.
- ✍ درد، استرس و اضطراب سبب آزاد شدن بتا اندروفرین‌ها و هورمون‌های استرس مثل کورتیزول می‌شود.
- ✍ پاسخ دستگاه عصبی سمپاتیک به درد $\leftarrow$ افزایش چشمگیر میزان کاته‌کول آمین‌ها در گردش خون است که $\leftarrow$ اثر نامطلوب بر فعالیت رحم و جریان خون رحمی - جفتی دارد (از بین رفتن یا تضعیف $\leftarrow$ آنالژزی کارآمد توصیه می‌شود).

داروهای پارترال تزریقی جهت آنالژزی و تسکین درد در جریان لیبر

- ✍ مپریدین $\leftarrow 100 - 50 \text{ mg}$ و پرومتازین $\leftarrow 25 \text{ mg}$ داخل عضلانی و با فواصل ۴-۲ ساعته
- ✍ $25 - 50 \text{ mg}$ داخل وریدی با فواصل ۲-۱ ساعته
- ✦ مپریدین پرمصرف‌ترین اوپیوئیدی است که در سطح جهان برای تسکین درد لیبر به‌کار می‌رود.

زایمان واژینال طبیعی

✍ در زایمان NVD خودبه‌خود عوارض مادری از جمله عفونت، خونریزی، هوشبری و هیستریکتومی کم‌تر است اما میزان اختلالات کف لگن افزایش می‌یابد ولی مزایای اولیه‌ی حفاظت از کف لگن در طی سزارین با افزایش سن حاملگی از بین می‌رود.

پایان مرحله‌ی دوم

- ✍ با شروع اتساع پرینه
- ✍ کشیدن شدن پوست روی پرینه
- ✍ و قابل مشاهده شدن جمجمه جنین از میان لب‌های باز شده‌ی ولو
- ✍ افزایش فشار پرینه در اثر سر جنین باعث زور زدن رفلکسی مادر می‌شود.
- ✍ پروفیلاکسی روتین برای همه‌ی بیماران مبتلا به اختلالات قلبی در طی NVD توصیه نمی‌شود مگر زنان مبتلا به بیماری‌های سیانوتیک و زنان دارای دریچه قلبی مصنوعی ← پروفیلاکسی جهت اندوکاردیت عفونی (آنتی‌بیوتیک ← ۶۰-۳۰ دقیقه قبل از زمان زایمان)
- ✍ وضعیت قرارگیری جهت زایمان ← لیتوتومی دورسال بیش‌تر از همه به‌کار می‌رود و با رضایت‌بخش‌ترین نتیجه همراه است.

وضعیت OA

زایمان سر:

- ✍ **Crowning:** حالتی که در آن حلقه‌ی ولو بزرگ‌ترین قطر سر جنین را محصور می‌کند.
- ✍ **اپزیوتومی:** باعث افزایش خطر گسترش پارگی به اسنفکتر خارجی مقعد یا رکتوم و کاهش پارگی‌های قدامی که پیشابراه و لب‌های ولو را درگیر می‌کند. ← (پس در زنانی که در آن‌ها اپی‌زیاتومی صورت نمی‌گیرد افزایش می‌یابند).

✍ خطر ترومبوآمبولیسم وریدی در ۶ هفته‌ی نفاسی با کل ۴۰ هفته بارداری برابر است ولی خطر ترومبوز وریدی قبل از زایمان بیش‌تر است.

عفونت‌های نفاسی

✍ هر گونه عفونت باکتریایی دستگاه تناسلی بعد از زایمان را می‌گویند.

تب نفاسی ($T \leq 38$) درجه

✍ عوامل ایجادکننده‌ی تب نفاسی:

به عفونت‌های دستگاه تناسلی

به احتقان پستان:

✦ تب شیردهی ($T < 39$ درجه و کمتر از ۲۴ ساعت طول می‌کشد).

به عفونت ادراری

به انسزبون‌های اپی‌زیاتومی

به برش‌های شکمی

به پارگی پرینه

به عوارض تنفسی به‌دنبال زایمان سزارین (آتلکتازی در اثر هایپو ونتیلاسیون)

عفونت رحم

✍ (اندومترییت، اندومیومتزیت و اندوپارامترییت) ← اصطلاح ارجح: متزیت همراه با سلولیت لگنی است.

✎ عامل زمینه‌ساز: روش زایمان (مهم‌ترین عامل خطر منفرد)

به NVD:

✦ نسبتاً ناشایع

✦ در صورتی که کوریوآمینونیت هنگام زایمان وجود داشته باشد/ خارج‌سازی جفت با دست

به C/S:

✦ عوامل خطر مؤثر: مدت طولانی، پارگی پرده‌ها، معاینه واژینال متعدد و پایش داخلی جنین

✎ سایر عوامل زمینه‌ساز:

به وضعیت اجتماعی - اقتصادی

به کولونیزه شده باکتریایی دستگاه تناسلی تحتانی (استرپتوکوک گروه B، کلامیدیا تراکوماتیس، مایکوپلاسما هومینیس، اوره آ پلاسما و واژینوز باکتریایی)

به GA

به چند قلویی ← سزارین‌های متوالی

به سن کم مادر و نولی‌پاریده

به القای طولانی مدت لیبر

به چاقی

به مایع آمنیون مکنونیومی

✎ میکروبیولوژی:

به در اثر باکتری‌های ساکن دستگاه تناسلی زنان

به استاف طلائی کسب شده از جامعه و مقاوم به متی‌سیلین (CA-MRSA)

✎ پاتوژن‌های شایع:

به هوازی‌ها (کوکسی‌های گرم $\oplus$ مثل استرپتوکوک‌های گروه A، B و D، انتروکوک‌ها، استافیلوکوک

طلائی و استافیلوکوک اپیدرمیس) و (باکتری گرم $\ominus$: E.coli، کلبسیلا و پروتئوس) و گاردنرلا

به بی‌هوازی‌ها (کوکسی‌ها: پیتواسترپتوکوک و پیتوکوک) (سایر: گونه کلبستریدیوم، باکترئیدوس و...)

✦ اغلب چند میکروبی‌اند.

✦ هماتوما و بافت‌های مرده ویرولانت را افزایش می‌دهد.

✦ شاخص‌های عفونت: سایتوکاین داخل مایع آمنیون و CRP

✎ پاتوژنز و سیر بالینی:

به در NVD عمدتاً ← محل لانه‌گزینی و در C/S ← محل انسزیون جراحی

به تب مهم‌ترین معیار برای تشخیص متريت بعد از زایمان است و شدتش با وسعت عفونت و سندرم

سپسیس تناسب دارد.

به علائم: تب ۳۸-۳۹ درجه، لرز (بر باکتری و اندوتوکسمی دلالت دارد)، درد شکم، حساسیت

پارامتر، لکوسیتوز و بوی نامطبوع در استرپتوکوک بتا همولیتیک گروه A

درمان:

بررسی علل عفونت مقاوم لگن (تداوم تب بعد از ۷۲-۴۸ ساعت درمان طبی)

- ✦ فلگمون پارامتری
- ✦ آبسه‌ی لگن
- ✦ آبسه محل انسزیون شکم
- ✦ همتوم عفونی شده
- ✦ ترومبوفلبیت سپتیک لگن

روش‌ها:

روش استاندارد اصلی ← کلیندامایسین + جنتامایسین

کلیندامایسین + جنتامایسین + آمپی‌سیلین ← جهت مهار انتروکوک‌ها

کلیندامایسین + آزیترونام ← جنتامایسین خاصیت سمی برای کلیه داروها

بتالاکتام‌ها (علیه بی‌هوازی‌ها):

✦ سفالوسپورین‌ها (سفوتتان، سفوتاکسیم و سفتریاکسون)

✦ پنی‌سیلین وسیع‌الطیف

آمپی‌سیلین + جنتامایسین + مترونیدازول ← در بالین علیه بی‌هوازی‌ها بهتر عمل می‌کند.

خانواده کارباپنم مثل ایمی‌پنم ← ایجاد پوشش وسیع‌الطیف می‌کند.

وانکومایسین ← به جای بتالاکتام‌ها در صورت آلرژی و برای MRSA و درمان کلسترییدیوم

دی‌فیسیل استفاده می‌شود.

پروفلاکسی پری اوپراتیو:

آمپی‌سیلین تک دوز یا سفالوسپورین نسل اول تک دوز

✦ خارج‌سازی رحم برای بستن محل هیستروتومی

در MRSA ← وانکومایسین + سفالوسپورین

عوارض:

عفونت زخم

عفونت‌های پیچیده‌ی لگنی

ترومبوفلبیت سپتیک لگن

عفونت‌های انسزیون شکمی

عوامل خطر:

عدم درمان متريت

چاقی

❧ زایمان پره‌ترم:

- ❧ به با افزایش تعداد جنین‌ها ← کاهش مدت حاملگی
- ❧ به از علل اصلی افزایش میزان مرگ‌ومیر و موربیدیت
- ❧ به با افزایش تعداد جنین‌ها ← افزایش PROM ← افزایش PLT

❧ حاملگی طول کشیده: بیش‌تر از ۴۰ هفته در دوقلویی

❧ تکامل طولانی مدت نوزاد:

- ❧ به پیامدهای شناختی مشابه تک‌قلوهاست.
- ❧ به در میان نوزادان با وزن طبیعی هنگام تولد: احتمال خطر فلج مغزی بیش‌تر از حاملگی تک‌قلویی است.

عوارض جنینی منحصر به فرد

دوقلوهای مونو آمنیون

- ❧ ۱٪ مونوزایگوت‌ها
- ❧ همراهی با میزان بالای مرگ جنین در اثر گره خوردن بند ناف، ناهنجاری مادرزادی، لیبرپره‌ترم یا سندرم قل به قل جنینی
- ❧ افزایش خطر مرگ‌ومیر داخل رحمی و پری‌ناتال
- ✓ توصیه به پایش FHR از هفته‌ی ۲۸-۲۶ هفتگی به هر روز به مدت یک ساعت
- ✓ یک دوره بتامتازون جهت تسریع بلوغ ریه
- ✓ در صورت طبیعی باقی ماندن تست‌ها در ۳۴ هفتگی بعد از دوز دوم بتا ← زایمان سزارین

۱۵۸

مکانیسم‌های انواع غیرعادی دوقلویی

❧ دوقلوی به‌هم چسبیده:

- ❧ به توراکوپاگوس شایع‌ترین حالت است.
- ❧ به شناسایی از سه ماهه اول با سوندی هدفمند یا MRI
- ❧ به زایمان حتماً سزارین است اما NVD جهت ختم حاملگی هم امکان‌پذیر است.

❧ دوقلوهای پارازیتی:

- ❧ به قل انگلی (قل ناقص) از خارج به قلی که نسبتاً سالم است، می‌چسبند.
- ❧ به‌طور کلاسیک در قل ناقص در قلب یا مغز عملکردی وجود ندارد.
- ❧ به جنین انگلی از مرگ قل ناقص ایجاد می‌شود. سپس بافت‌های زنده‌ی این قل به قل طبیعی متصل می‌شود و قل طبیعی خون‌رسانی به این بافت‌ها را تأمین می‌کند.
- ❧ به در جنین‌های مذکر بیش‌تر است.

❧ جنین در جنین:

- ❧ به احتمال محصور شدن یک رویان در داخل قل همراه خود در اوایل حاملگی وجود دارد.

به تکامل قل محصور معمولاً در اوایل سه ماهه اول متوقف می‌شود.

به در توده‌های شبیه جنینی استخوان‌های مهره‌ای یا محوری یافت می‌شود اما قلب و مغز وجود ندارد.

✦ از طریق چند رگ پارازیتی بزرگ توسط میزبان خود مورد حمایت قرار می‌گیرد.

آناستوموزهای عروقی در دوقلوهای مونو کوریون

زمانی ایجاد می‌شود که حاملگی دوقلویی مونوزایگوت سبب ایجاد دو ساک آمنیون و یک کوریون مشترک می‌شود.

در نتیجه: از طریق آناستوموزهای شریان‌ها و وریدهای جفتی اشتراک آناستومیک بین دو گردش خون جنینی به وجود می‌آید.

منحصراً مربوط به مونو کوریون‌ها هستند.

آناستوموز نوع شریان به شریان شایع‌تر است.

سندرم ترانسفوزیون قل به قل (TTTS)

قل‌دهنده کم‌خون شده:

به دچار محدودیت رشد

به رنگ پریدگی می‌شود.

قل گیرنده دچار پلی‌سایتمی شده:

به تظاهر هیدروپس

به پلتوریک

به در اثر نارسایی قلبی و هایپرولمی و هایپرویسکوزیته $\Rightarrow$ افزایش بار گردش خون

به هایپر بیلی‌روبینمی شدید $\leftarrow$ باعث ایجاد کرن ایکترس می‌شود.

پاتوفیزیولوژی:

به TTTS مزمن در اثر جریان یک‌طرفه از طریق آناستومرهای شریان-ورید

به خون فاقد O_2 از شریان قل‌دهنده $\leftarrow$ ورود به کوتیلدون مشترک $\leftarrow$ کامل شدن تبادل اکسیژن

در کوتیلدون مشترک $\leftarrow$ ورود به ورید گیرنده $\leftarrow$ در صورت عدم جبران جریان یک‌طرفه $\leftarrow$

عدم تعادل در حجم خون دو قل

✦ باعث IUGR، کنتراکچرها، هایپوپلازی ریوی در قل‌دهنده، نارسایی قلبی در گیرنده و

PPROM می‌شود.

به به صورت تیپیک در اواسط حاملگی و هنگامی که جنین‌دهنده دچار اولیگوری شده بروز می‌یابد.

به جنین چسبناک یا سندرم پلی-اولی: فقدان کامل مایع آمنیون در قل‌دهنده $\leftarrow$ عدم تحرک جنین

آسیب مغز جنین:

به فلج مغزی، میکروسفالی، پروانسفالی و آنسفالو مالاسی مولتی کیستیک $\leftarrow$ مثال‌های عوارض مغزی

علل:

- ✦ نکرور ایسمیک ← ایجاد ضایعات حفره‌ای در مغز (که خود در قل‌دهنده در اثر هایپوتانسیون، کم‌خونی یا هر دو ناشی می‌شود و در قل گیرنده در اثر ناپایداری فشار خون و هایپوتانسیون‌های شدید ایجاد می‌شود)
- ✦ آسیب پس از تولد در ارتباط با لیبرپره‌ترم است.
- ✦ هایپوتانسیون‌های حاد
- ✦ آمبولی مواد ترومبوپلاستیک منشاء گرفته از جنین مرده

تشخیص:

بر اساس معیارهای:

- ✦ وجود حاملگی مونوکوریون دی‌آمنیون
- ✦ وجود هیدرآمینوس (بزرگ‌ترین بسته‌ی عمودی < ۸ سانتی‌متر) در یک قل
- ✦ وجود اولیگوهایدر و آمینوس در یک قل دیگر

مرحله‌بندی:

- ✦ ناهماهنگی حجم AF دارند اما در سونوگرافی هنوز در مثانه‌ی قل‌دهنده ادرار دیده می‌شود.
- ✦ مرحله I + عدم مشاهده ادرار در دهنده
- ✦ معیارهای مرحله II + نتایج غیرطبیعی داپلر شریان نافی، مجرای وریدی یا ورید نافی
- ✦ آسیت یا هیدروپس آشکار در هر یک از قل‌ها
- ✦ مرگ هر یک از جنین

تدابیر درمانی:

- ✦ آمینورداکشن
- ✦ تخریب لیزری آناستوموزهای عروقی
- ✦ کشتن انتخابی جنین‌ها
- ✦ سیتوستومی
- ✓ در مراحل IV – II ← تخریب لیزری ارجح است.
- ✓ کاهش انتخابی یک قل ← در اختلالات شدید AF و یا اختلالات رشد قبل از ۲۰ هفته

توالی کم‌خونی – پلی‌سایتمی دوقلویی (TAPS)

- ✦ تشخیص: با تفاوت قابل توجه میزان هموگلوبین بین قل‌دهنده و گیرنده، بدون ناهماهنگی حجم مایع آمنیون
- ✓ با توجه به حداکثر سرعت سیستولی شریان مغزی میانی در قل‌دهنده بیش‌تر از ۱/۵ MoM و قل‌گیرنده کم‌تر از ۱ MoM
- ✓ TAPS خودبه‌خود معمولاً پس از ۲۴ هفتگی و TAPS یا تروژنیک در عرض ۵ هفته پس از فوتو کوآگولاسیون رخ می‌دهند.

توالی پر فزویون شریانی معکوس دوقلویی (TRAP)

نام دیگر:

دوقلویی آکاردیاک

نادر است اما وضعیت وخیمی در مونوکوریون‌ها است.

معمولاً قل‌دهنده به صورت طبیعی تشکیل شده ولی واجد ویژگی‌های نارسایی قلبی است و قل‌گیرنده نیز فاقد قلب و تعدادی از ساختمان‌های دیگر است.

علت: در اثر شنت بزرگ شریان به شریان جفت که معمولاً با شنت ورید به ورید هم همراه است.

پاتوفیزیولوژی:

افزایش فشار پر فزویون شریانی قل‌دهنده بیش‌تر از قل‌گیرنده ← دریافت جریان خون معکوس شریانی فاقد اکسیژن از قل‌دهنده ← از شریان گیرنده (ایلیاک) ← فقط قسمت تحتانی بدن

جنین خون‌رسانی شده ← اختلال رشد در اندام فوقانی

انواع: آکاردیوس آسفالوس (عدم تشکیل سر)، آکاردیوس میلاسفالوس (تکامل نسبی سر با اندام قابل شناسایی) آکاردیوس آمورفوس (عدم تشکیل هر گونه ساختمان قابل تشخیص)

درمان: تخریب رادیوفرکانس در سه ماهه دوم

همراهی مول هیدانیفورم کامل با جنین طبیعی

نام دیگر: حاملگی مولی دوقلویی

یک جنین مول دیپلوئید کامل است.

تشخیص معمولاً در نیمه اول حاملگی

در صورت تداوم حاملگی ← افزایش خطر بیماری تروفوبلاستیکی پایدار بعد از زایمان در مادر ← شیمی‌درمانی نیاز دارد و کشنده است.

با این وجود اگر پره‌اکلامپسی زودرس وجود ندارد و hCG در حال کاهش است ← تداوم حاملگی توصیه می‌شود.

در صورت خونریزی پابرجا، پره‌اکلامپسی شدید ← القای پره‌ترم لیبر توصیه می‌شود.

رشد ناهماهنگ جنین‌های دوقلو

جهت محاسبه رشد نابرابر ← شاخص قل بزرگ‌تر است.

با افزایش تفاوت میان وزن دوقلوها ← افزایش مرگ‌ومیر پری‌ناتال ← زیرا جفت همواره به صورت برابر بین قل‌ها به اشتراک گذاشته نمی‌شود.

در مونوکوریون‌ها بیش‌تر از دی‌کوریون‌ها است.

ایجاد محدودیت رشد یک قل معمولاً در اواخر سه ماهه دوم و اوایل سوم ایجاد می‌شود و در صورت ناهماهنگی رشدی زودرس‌تر ← افزایش بیش‌تر خطر مرگِ قل کوچک‌تر

ارتباط: تفاوت‌های CRL با ناهنجاری‌های ساختاری و اختلالات کروموزومی جنین اما قابل اعتماد ناهماهنگی را پیش‌بینی نمی‌کند.

اتوپاتوزنز:

به در مونوکوریونی ← آناستوموزهای عروقی جفت که سبب عدم تعادل همودینامیک می‌شود.

به اشتراک نابرابر جفت در مونوکوریون‌ها

به ناهنجاری‌های ساختمانی ناهماهنگ مونوکورین بیش‌تر از دی‌کوریون:

✦ پتانسیل‌های ژنتیکی متفاوت است.

✦ کم‌تر از حد بهینه بودن محل لانه‌گزینی اختلالات هیستولوژیک جفت

تشخیص:

به معیارهای بیومتریک سونوگرافک جنین:

✦ وزن به‌صورت درصد ناهماهنگی $\frac{\text{وزن قل کوچک} - \text{وزن قل بزرگ}}{\text{وزن قل بزرگ}}$ محاسبه می‌شود.

به دور شکم ← نشان‌دهنده وضعیت تغذیه جنین‌هاست.

تدابیر درمانی:

به افزایش تعداد دفعات پایش (هر ۴ هفته یک‌بار) در مونوکوریون‌ها و ۶ هفته یک‌بار در دی‌کوریون‌ها

به انجام تست‌های قبل از زایمان با همان اندیکاسیون‌های موجود در تک‌قلویی

به زایمان زود هنگام فقط به‌علت ناهماهنگی در اندازه‌ی جنین‌ها صورت نمی‌گیرد.

✓ مونوکوریون ۳۷ هفته و دی‌کوریون در ۳۸ هفته

مرگ جنین

در صورتی‌که در اوایل حاملگی رخ دهد ← به‌صورت قل ناپیدا تظاهر می‌یابد.

در صورتی‌که در مراحل کمی پیشرفته‌تر رخ دهد ← ممکن است تا هنگام زایمان تشخیص داده نشود، به شدت فشرده شود یا حالت کاملاً خشک شده پیدا کند.

عوامل مرتبط با مرگ جنین‌ها در حاملگی دوقلویی:

به سن حاملگی

به کوریونیستی و آمینیونیستی (مونوکوریون دی‌آمینون ۱۶ برابر < دی‌کوریون)

به فاصله بین زمان مرگ قل اول و زایمان قل زنده

به پیش‌آگهی نورولوژیک قل زنده مانده انحصاراً به کوریونیستی بستگی دارد.

عوارض مرگ یکی از قل‌ها:

به در مادر به‌ندرت DIC رخ می‌دهد ← ابتدا به ساکن فیبرینوژن پلاسما ← و افزایش خودبه‌خودی

بعدی و افزایش محصولات تجزیه فیبرینوژن - فیبرین در ابتدا و سپس کاهش به حد طبیعی

به رسوب حجیم فیبرین در آن بخشی از جفت که زمانی خون‌رسانی جنین مرده را به عهده داشت.

جامع

حاوی تمامی مطالب و نکات لازم
برای کنکور براساس منابع

بانک سوالات

جمع آوری سوالات کنکور کاردانی به کارشناسی
کارشناسی ارشد و دکتری به صورت فصل بندی شده

الگوریتم

چکیده‌ی تمامی مطالب و نکات لازم
برای کنکور براساس منابع

سوالات تألیفی

تألیف سوالات مشابه کنکور



دریافت نمونه‌ی کتاب به صورت رایگان



www.agkins.com

بانک سوالات

جمع آوری سوالات کنکور کاردانی به کارشناسی
کارشناسی ارشد و دکتری به صورت فصل بندی شده

سوالات تألیفی

تألیف سوالات مشابه کنکور

جامع

حاوی تمامی مطالب و نکات لازم
برای کنکور براساس منابع

الگوریتم

چکیده‌ی تمامی مطالب و نکات لازم
برای کنکور براساس منابع



دریافت نمونه‌ی کتاب به صورت رایگان



www.agkins.com

بانک سوالات

جمع‌آوری سوالات کنکور کاردانی به کارشناسی
کارشناسی ارشد و دکتری به‌صورت فصل‌بندی شده

سوالات تألیفی

تألیف سوالات مشابه کنکور

جامع

حاوی تمامی مطالب و نکات لازم
برای کنکور براساس منابع

الگوریتم

چکیده‌ی تمامی مطالب و نکات لازم
برای کنکور براساس منابع



دریافت نمونه‌ی کتاب به‌صورت رایگان



www.agkins.com

بانک سوالات

جمع‌آوری سوالات کنکور کاردانی به کارشناسی
کارشناسی ارشد و دکتری به‌صورت فصل‌بندی شده

سوالات تألیفی

تألیف سوالات مشابه کنکور

جامع

حاوی تمامی مطالب و نکات لازم
برای کنکور براساس منابع

الگوریتم

چکیده‌ی تمامی مطالب و نکات لازم
برای کنکور براساس منابع



دریافت نمونه‌ی کتاب به‌صورت رایگان



www.agkins.com

شماره تماس با نمایندگی‌های فعال و رسمی آناهید گستر خلیلی

شماره تماس	نمایندگی	شماره تماس	نمایندگی
۰۹۱۹۵۷۳۰۱۵۲	شیراز (آقای فروردین/ خانم هوشمندی)	۰۹۹۱۳۷۱۳۷۵۰	اراک (آقای حسینی)
۰۹۹۱۳۷۱۳۷۴۲	فسا (خانم شعبانی)	۰۹۱۹۹۱۰۱۲۴۸	اردبیل (خانم عاصمی‌زاده)
۰۹۱۹۵۷۳۰۱۴۹	قزوین (خانم چگینی)	۰۹۱۹۹۱۰۱۲۴۱	ارومیه (آقای آرمیون)
۰۹۱۹۷۷۸۱۹۴۷	کرج (آقای دکتر علیرضاپور)	۰۹۱۹۶۳۲۱۸۵۲	اسفراین (خانم اسماعیل‌زاده)
۰۹۹۱۳۷۱۳۷۴۶	کاشان (خانم صادق‌پور)	۰۹۱۹۵۷۳۰۱۵۰	اصفهان (آقای نصری)
۰۹۱۹۵۷۳۰۱۴۸	کردستان (آقای ابراهیمی)	۰۹۱۹۰۹۸۰۳۱۸	ایلام (آقای دکتر بوچانی)
۰۹۱۹۵۷۳۰۱۴۸	کرمانشاه (آقای ابراهیمی)	۰۹۱۹۵۷۳۰۱۵۴	اهواز (آقای امین‌فر)
۰۹۱۹۵۷۳۰۱۵۲	کهکیلویه (آقای فروردین/ خانم هوشمندی)	۰۹۱۹۵۹۰۷۲۰۳	بیرجند (آقای دکتر بهروان)
۰۹۱۹۹۱۰۱۲۴۷	گرگان (آقای شامعلی)	۰۹۱۹۵۷۳۰۱۴۷	تبریز (خانم عاصمی‌زاده)
۰۹۱۹۵۷۳۳۱۷۹	مراغه (آقای صمدی)	۰۹۰۱۳۷۳۷۸۹۶	چهرم (آقای یاعلی جهرمی)
۰۹۹۱۳۷۱۳۷۴۴	مشهد (خانم دکتر شجاعی)	۰۹۱۹۲۷۰۵۸۷۸	خرم‌آباد (خانم میر)
۰۹۱۹۵۷۳۳۱۷۹	میاندوآب (آقای صمدی)	۰۹۱۹۲۷۰۵۸۷۱	زنجان (خانم دکتر هوشیار)
۰۹۱۹۵۷۳۳۲۸۴	هرمزگان (آقای زارعی)	۰۹۱۹۷۷۸۱۹۴۴	ساری (آقای دکتر اکبری)
۰۹۱۹۵۷۳۰۱۵۵	همدان (آقای سوری)	۰۹۹۱۳۷۱۳۷۴۱	سمنان (آقای دکتر سلمانی)
۰۹۱۹۹۱۰۱۲۴۳	یزد (خانم مهندس آزاد)	۰۹۱۹۹۱۰۱۲۴۹	شهرکرد (خانم تقی‌پور)

بانک کتاب ناهید



«هر کتابی، از هر انتشاراتی را از ما بخواهید»

✓ جامع‌ترین بانک کتاب

✓ تحویل روزانه

✓ ارسال به تمامی نقاط کشور

✓ سفارش کتاب به‌صورت تلفنی و آنلاین

www.NIBS.ir



کتاب دانشگاهی، فنی و مهندسی، علوم پزشکی، علوم انسانی، عمومی،
ادبی، مذهبی، کمک آموزشی، کودک و نوجوان و کتاب نفیس

فروشگاه: تهران - خیابان انقلاب - روبه‌روی درب اصلی دانشگاه تهران

پاساژ فروزنده - طبقه همکف - پلاک ۳۳۱

تلفن: ۶۶۴۸۹۳۷۵ - ۰۲۱ - ۶۶۴۸۹۳۴۹ - ۰۲۱