

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

دعای مطالعه

اَللّٰهُمَّ اَخْرِجْنِيْ مِنْ ظُلُمَاتِ الْوَهْمِ وَاكْرِمْ نِيْ بِنُوْرِ 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 مادرهای رحمت را و بکستران کنج های دانشت را به امید رحمت
تو ای مهربان ترین مهربانان

بیایید 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.

الگوریتم میانبر

میانبر الگوریتم

بیماری‌های داخلی و جراحی

ویژه رشته‌های:

کارشناسی، کارشناسی ارشد مامایی، دکتری بهداشت باروری و مامایی و دستیاران تخصصی گروه زنان

مؤلفین و گردآورندگان:

فاطمه خراسانیان

(رتبه ۸ کشوری کارشناسی ارشد مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)

ریحانه عبادی فرد

(استعداد درخشان کارشناسی ارشد مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)

زیر نظر:

دکتر زهره کشاورز

(متخصص سلامت باروری فلوشیپ پزشکی - جنسی و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)



سرشناسنامه
عنوان و نام پدیدآور

مشخصات نشر
مشخصات ظاهری

شابک
وضعیت فهرست نویسی

موضوع

موضوع

موضوع

موضوع

موضوع

موضوع

موضوع

موضوع

موضوع

موضوع

موضوع

شناسه افزوده

شناسه افزوده

رده‌بندی کنگره

رده‌بندی دیویی

شماره کتابشناسی ملی

: خراسانیان، فاطمه، ۱۳۷۴-

: الگوریتم میانبر: میانبر الگوریتم بیماری‌های داخلی و جراحی مامایی ویژه رشته‌های کارشناسی ... /
مولفین و گردآوردگان فاطمه خراسانیان، ریحانه عبادی‌فرد، زیرنظر زهره کشاورز.

: تهران: گروه تألیفی دکتر خلیلی، ۱۴۰۱.

: ۲۸۶ ص.

: 978-600-422-570-0

: فیپا

: زنان -- جراحی -- راهنمای آموزشی (عالی)

: Women -- Surgery -- Study and teaching (Higher)

: آبستنی و زایمان -- جراحی -- راهنمای آموزشی

: Obstetrics -- Surgery -- Study and teaching

: مامایی -- راهنمای آموزشی

: Midwifery -- Study and teaching

: زنان -- بیماری‌ها -- راهنمای آموزشی (عالی)

: Women -- Diseases -- Study and teaching (Higher)

: بارداری -- عوارض و عواقب -- راهنمای آموزشی (عالی)

: Pregnancy -- Complications -- Study and teaching (Higher)

: آزمون دوره‌های تحصیلات تکمیلی -- ایران

: Graduate Record Examination -- Iran

: عبادی‌فرد، ریحانه، ۱۳۷۵-

: کشاورز، زهره، ۱۳۷۵-

: RD۱۱۹

: ۶۱۷/۹۵

: ۷۵۹۰۲۳۴

نام کتاب: میانبر الگوریتم بیماری‌های داخلی و جراحی

مولفین و گردآوردگان: فاطمه خراسانیان - ریحانه عبادی‌فرد

ناشر: گروه تألیفی دکتر خلیلی

نوبت و سال چاپ: اول. ۱۴۰۱

شمارگان: ۱۰۰۰

چاپ و صحافی: شابک

مدیر تولید: اقبال شرقی

مدیر فنی و هنری: مریم آرده

بهاء: ۱۹۹۰۰۰ تومان

آموزشگاه دکتر خلیلی: ۰۲۱-۶۶۵۶۸۶۲۱

فروشگاه: تهران - خیابان انقلاب - روبه‌روی درب اصلی دانشگاه تهران - پاساژ فروزنده - طبقه همکف - پلاک ۳۳۱

تلفن: ۰۲۱ - ۶۶۴۸۹۳۷۵ - ۰۲۱ - ۶۶۴۸۹۳۴۹

مرکز پخش: ضلع جنوب غربی میدان انقلاب - جنب سینما پارس - مجتمع تجاری پارس - طبقه اول

مرکز فروش: ۰۲۱ - ۶۶۵۶۹۲۱۶

مدیر فروش: ۰۹۱۲ - ۵۵۰۸۵۸۹



طلیعه سخن مؤلف:

نسل جدیدی از کتاب‌های سری مامایی در این مجموعه در قالب میکروطبقه‌بندی با نشانه‌دار کردن تمام ریزمبحث‌های مورد هدف طراحان کنکور ۱۰ سال اخیر وزارت بهداشت به چاپ رسیده است. بدین ترتیب که در ابتدای هر فصل آنالیزی از تعداد و ریزمبحث‌های مهم در کنکور ارشد و دکتری بهداشت باروری وزارت بهداشت ۱۰ سال اخیر به شکل جدول‌هایی آورده شده است.

تجربیات بنده در دوره‌ی کارشناسی، به‌خصوص دوره‌ی مطالعه برای کارشناسی ارشد مامایی نشان داد که حجم مطالب قسمت داخلی جراحی کتاب ویلیامز بالا بوده و علی‌رغم سنگینی مطالب، ضریب پایینی در کنکور کارشناسی ارشد مامایی به خود اختصاص داده است و این خود معضلی برای مدیریت زمان و فهم مناسب مطالب ایجاد می‌کند، ما در طراحی این کتاب صرفه‌جویی در وقت شما را با ساختاری دسته‌بندی شده همراه با نشانه‌دار کردن ریزمبحث‌های مهم ۱۰ سال اخیر در نظر گرفته‌ایم البته هر ساله سوالاتی از دستورالعمل وزارت بهداشت کشور نیز در سوالات ورودی کارشناسی ارشد آورده می‌شود و خواندن دستورالعمل کشوری در کنار این مجموعه برای تسلط کامل بر این درس توصیه می‌شود.

ذکر این نکته خالی از لطف نیست که علی‌رغم ضریب پایین، زدن درصد بالا در درس داخلی جراحی بسیار بر تراز کل و رتبه‌ی شما تاثیرگذار است و برنامه‌ریزی‌های انجام شده در ساختار کتاب به گونه‌ای است که دانشجویان دوره‌ی کارشناسی و داوطلبین آزمون‌های ورودی در دوره‌ی ارشد و دکتری می‌توانند، هم برای مطالعه در طی سال و هم برای جمع‌بندی پایانی در روزهای آخر از آن بهره‌مند شوند زیرا که جداول ابتدایی هر فصل برای جمع‌بندی نهایی شما در نظر گرفته شده است.

از خوانندگان محترم تقاضا داریم که پیشنهادات و انتقادات سازنده‌ی خود را از طریق پست الکترونیک khorsanian.fatemeh7727@gmail.com با ما به اشتراک بگذارید. در پایان لازم می‌دانم از استاد گرانقدرم خانم دکتر زهره کشاورز و خانم ریحانه عبادی‌فرد و تمام افرادی که به نحوی در تهیه و چاپ این مجموعه من را یاری نموده‌اند، تشکر و قدردانی کنم.

با تشکر

فاطمه خراسانیان

فهرست مطالب

صفحه

عنوان

۷	فصل اول: ملاحظات عمومی و ارزیابی مادر.....
۱۰	فصل دوم: مراقبت ویژه و تروما.....
۱۸	فصل سوم: چاقی.....
۲۲	فصل چهارم: اختلالات قلبی - عروقی.....
۴۰	فصل پنجم: هیپرتانسیون مزمن.....
۴۷	فصل ششم: اختلالات تنفسی.....
۶۳	فصل هفتم: اختلالات ترومبوآمبولیک.....
۷۸	فصل هشتم: کلیه.....
۹۳	فصل نهم: اختلالات دستگاه گوارش.....
۱۰۷	فصل دهم: کبد، کیسه صفرا و پانکراس.....
۱۲۱	فصل یازدهم: اختلالات هماتولوژیک.....
۱۴۲	فصل دوازدهم: دیابت شیرین.....
۱۵۷	فصل سیزدهم: اختلالات اندوکراین.....
۱۷۴	فصل چهاردهم: اختلالات بافت همبند.....
۱۹۱	فصل پانزدهم: اختلالات عصبی.....
۲۱۰	فصل شانزدهم: اختلالات روان.....
۲۱۸	فصل هفدهم: اختلالات پوست.....
۲۲۵	فصل هجدهم: بیماری‌های نئوپلازی و حاملگی.....
۲۴۴	فصل نوزدهم: بیماری‌های عفونی.....
۲۶۸	فصل بیستم: بیماری‌های آمیزی.....

فصل اول

ملاحظات عمومی و ارزیابی مادر

۱-۱. اعمال جراحی در بارداری

۱-۲. جراحی لاپاروسکوپی

۱-۳. روش‌های تصویربرداری

دکتری سال	تعداد	ریزمبحث
۹۲-۹۳	۲	۱-۳
۹۷-۹۸	۱	۱-۳
۹۰-۹۱	۳	۱-۳ ۱-۲
۹۵-۹۶	۲	۱-۳

- ۱-۱. اعمال جراحی در دوران بارداری
- انواع جراحی
- بدون عارضه ← پیامد نامطلوب ↑ نمی‌یابد.
 - با عارضه ← افزایش مرگ و میر مادری و پرناتال ← اگر قبل از جراحی عارضه‌ای ایجاد شود (آپاندیسیت پاره شده).
 - عوارض ناشی از عمل ← آسپیراسیون محتویات اسیدی معده در حین لوله‌گذاری یا خارج کردن لوله.
- شیوع اعمال جراحی
- شایع‌ترین جراحی در سه ماه دوم ← آپاندکتومی
 - شایع‌ترین جراحی به‌طور کلی ← لاپاروسکوپی
- عوارض جنینی
- عدم افزایش تولد مرده یا ناهنجاری‌ها
 - ↑ وزن کم هنگام تولد، زایمان زودرس و مرگ نوزاد
 - عوامل بی‌هوشی اثری بر ناهنجاری جنین ندارند.
- ۱-۲. جراحی لاپاراسکوپی
- موارد انجام ← جراحی توده آدنکس، آپاندکتومی و کوله‌سیستکتومی
- زمان انجام
- تمام سه ماهه‌ها.
 - بهترین زمان: بالای ۲۸ - ۲۶ هفته
- برخی از اقدامات زمان جراحی
- مادر دراز کشیده به پهلو چپ
 - فشار CO_2 در حد ۱۵ - ۱۰ میلی‌متر جیوه
- نکته: اگر $CO_2 > 15 \text{ mm / Hg}$ باشد، باعث: ↓ جریان خون رحمی جفتی، ↓ وزن هنگام تولد، محدودیت رشد و زایمان پره‌ترم
- نکته: مکانیزم‌هایی که در افزایش CO_2 ایجاد می‌شوند
- هیپرکاری و اسیدوز
 - ↑ ضربان قلب و ↓ برون‌ده قلب
 - ↑ جریان خون مغزی
- ۱-۳. روش‌های تصویربرداری
۱. سونوگرافی
- ویژگی ترانس‌دیوته ← فرکانس کم داشته باشد، نفوذ بیش‌تر به بافت ← پس هرچه سن بارداری ↑ فرکانس ↓ و قابلیت نفوذ بیش‌تر نیاز است.
 - تصویربرداری m-mode ← برای ثبت و تایید ضربان قلب رویان
۲. رادیوگرافی
- کاربردها در بارداری
 - رادیوگرافی قفسه سینه (رایج‌ترین در بارداری) در نمای قدامی و خلفی (AP)
 - پیلوگرافی داخل وریدی (بیش‌ترین میزان تماس با اشعه)
 - جمع‌ه (کم‌ترین میزان تماس با اشعه)
 - خطرات در بارداری
 - بیش‌ترین آسیب‌پذیری ← هفته ۱۵ - ۸
 - کم‌ترین آسیب‌پذیری ← هفته ۲۵ - ۱۶
 - اشکال آن: پرتو گاما و ایکس
 - پرتو یونیزان
 - عبارات استاندارد آن
 - تماس (در معرض هوا)
 - دوز (در بافت وارد می‌شود)
 - دوز موثر نسبی (در بافت وارد می‌شود)

۲. رادیوگرافی و گاما در جنین عوارض پرتو ایکس ایجاد اثرات آستانه - دارای حد - حد آستانه ایجاد ناهنجاری: ۲۰ راد - حد آستانه ایجاد خطر: ۵ راد محدودیت رشد جنین عقب ماندگی ذهنی آثار آن سقط ناهنجاری مادرزادی	
۳. فلوروسکوپی و آنژیوگرافی کاربرد - ارزیابی دستگاه گوارش - در بارداری ← آندوسکوپی - بیماری جدی کلیه و تروما مادر ← آنژیوگرافی و امبولیزاسیون - عیب ← عدم قادر بودن به محاسبه دوزیمتری پرتو	
۴. توموگرافی (CT) کامپیوتری شیوع در انواع تصاویر - تصاویر محوری (آگزیکال) ← بیشترین تصویری که به دست می آید. - CT جمجمه ← رایجترین درخواست در بارداری - CT مولتی دکتور ← روش استاندارد - CT آپاندیسیت ← بیشترین تماس با اشعه - CT قفسه سینه ← موارد مشکوک به آمبولی ریه اندیکاسیون ها - پلویمتری قبل از زایمان - لنفوسیتوگرافی و اسکن تیروئید (در حاملگی خطر ندارد) - درمان گریوز (تخریب تیروئید و ممنوع در بارداری)	
۵. MRI اندیکاسیون های مادری - تشخیص نئوپلاسم های قفسه سینه، شکم و لگن - تشخیص عفونت های نفاسی - امروزه از MRI برای بررسی درد قسمت تحتانی و راست شکم در بارداری (به ویژه تشخیص آپاندیسیت) اندیکاسیون های جنینی - اختلالات پیچیده مغز، قفسه سینه و دستگاه ادراری - تخمین وزن جنین	۱-۳. روش های تصویربرداری

فصل دوم

مراقبت ویژه و تروما

۲-۱. انواع مراقبت‌های ویژه زایمانی

۲-۲. ادم حاد ریه در بارداری

۲-۳. سندروم دیسترس تنفسی حاد

۲-۴. اکسیژن‌رسانی جنین

۲-۵. فشار اونکوتیک کولوئید

۲-۶. سندرم سپسیس

۲-۷. تروما

۲-۸. احیای قلبی - عروقی

دکتری سال	تعداد	ریزمبحث
۹۳-۹۴	۱	۲-۶
۸۸-۸۹	۱	۲-۷

ارشد سال	تعداد	ریزمبحث
۹۸-۹۹	۱	۲-۲

- ۲-۱. انواع مراقبت‌ها ویژه زایمان
- ICU داخلی و جراحی: ویژه زنان نیازمند به حمایت ویژه (حمایت تهویه‌ای، دارویی و پایش تهاجمی و توسط متخصص مراقبت ویژه داخلی و جراحی اداره می‌شود).
 - مراقبت بینابینی: مراقبت بسیار وابسته (HDU) دارای تریاژ (ارائه خدمت براساس شدت بیماری) انتخابی استفاده می‌شود، دارای دستورالعمل قبل از ارجاع
 - مراقبت ویژه مامایی: دارای ICU با مراقبت کامل اما توسط پرسنل مامایی و بی‌هوشی اداره می‌شود.
- نکته: تغییرات همودینامیک در بارداری طبیعی: ↑ جریان خون و حجم خون و برون‌ده قلب با ↓ مقاومت عروقی و ↑ ضربان قلب.

شیوع ← $\frac{1}{500 \text{ یا } 1000}$	
مکانیسم { فشار بالای موجود در مویرگ‌های ریه نارسایی بطنی و ایجاد ادم ریه به دنبال آن	انواع علل { کاردیوژنیک (ادم هیدروستاتیک) عوامل مرتبط با نارسایی بطنی نقایص مادرزادی و اکتسابی کاردیو میوپاتی هیپرتانسیو جایگزینی مایع تهاجمی هیپوتانسیون مزمن (اختلال دیاستول) چاقی (اختلال دیاستولی)
مکانیزم { فعال شدن اندوتلیال به‌طور شایع با پره‌اکلامپسی، سندرم سپسیس و خونریزی حاد دیده می‌شود. (↑ نفوذپذیری) شایع‌ترین علت‌های زمینه‌ای ادم ریه	
عوامل دیگر مرتبط { - کورتیکواستروئید برای بلوغ ریه جنین - خونریزی حاد و سندرم سپسیس و پره‌اکلامپسی - درمان توکولیتیک و جایگزینی مایع تهاجمی	
غیر کاردیوژنیک	
تشخیص ← اکوکاردیوگرافی	
- وضعیت نیمه نشسته و بازنگه‌داشتن رگ با سرم قندی ← اکسیژن‌رسانی با فشار ۸-۶ لیتر در دقیقه - مدیریت درمان { - فوروزماید داخل وریدی: ۴۰-۲۰ میلی گرم - عدم استفاده از داروی کاردیواکتیو ← اگر جنین زنده باشد - ادم ریوی حاد اندیکاسیون سرازین فوری نیست	
علائم ← ارتوپته، تنگی نفس، خروج کف از دهان، صدای ریه (رال)، سیانوز، بی‌قراری و تاکی‌پنه	

شیوع ← ۳۶-۶۰ ۱۰۰/۱۰۰۰	تعریف ایجاد نارسایی تنفسی به دنبال آسیب حاد ریه و ↑ نفوذپذیری و ایجاد ادم شدید ترشحات ریوی اثبات شده در رادیوگرافی و $\frac{PaO_2}{FiO_2} > 200$ و بدون علائم نارسایی قلبی	۲-۳. سندرم دیسترس تنفسی حاد (ARDS)
-----------------------------	---	------------------------------------

تأیید عملی ← ← $\frac{PaO_2}{FiO_2} < 300$ همراه با تنگی نفس + تاکی پنه + کاهش اشباع اکسیژن و

تراوش های رادیوگرافیک

مرحله اگزوداتیو ← آسیب گسترده اندوتلیوم
میکروواسکولار ← ↑ نفوذپذیری ← ↓ سورفاکتانت و
↓ حجم
پاتوژنز ← مراحل پیدایش ARDS
مرحله فیبروپروفیفراتیو { ۳-۴ روز بعد آغاز شده
طول دوره ← ۲۱ روزه
مرحله فیبروتیک ← در اثر ترمیم ایجاد می شود.

پیش آگهی طولانی مدت خوب است

در افراد غیرباردار ← سپسیس و پنومونی منتشر
اتیولوژی ← شایع ترین علل { شایع ترین علل سپسیس در بارداری ← پیلونفریت،
کوریوآمنیونیت و عفونت لگنی
در ابتدای آسیب اولیه ← تنها یافته ← هیپرونتیلیاسیون
در مرحله پیشرفت به سمت نارسایی حاد ← تنگی نفس واضح، تاکی پنه و
هیپوکسمی
نشانه ها { هیپرونتیلیاسیون + آکالوز متابولیک خفیف ناشی از حاملگی ← ↑ ادم
ریه، ↓ کمپلانس ریه و ↑ شانت خونی داخل ریه
پیامد ← در صورت عدم انجام حمایت تهویه ای و ↑ شنت اختلال عملکرد میوکارد
به بالای ۳۰ درصد
تشخیص { با رادیوگرافی در مراحل پیشرفته ← درگیری دوطرفه ریه دیده می شود.
سمع اختلالات منتشر

۲-۳. سندرم دیسترس
تنفسی حاد (ARDS)

در مراحل اولیه { تهویه با فشار مثبت از طریق ماسک
در زنان باردار ← لوله گذاری زودرس ارجح است.

$$\frac{mm}{Hg} PaO_2 < 60$$

$$90 \leq O_2 \text{ اشباع}$$

هدف از تهویه مکانیکی

$$35 \frac{mm}{Hg} < PaCO_2 < 45 \frac{mm}{Hg}$$

اندیکاسیون ها ← آسیب شدید ریه و شانت داخل
ریه ای بالا

مدیریت درمان

با فشار مثبت به میزان کم:

$$5-15 \frac{mm}{Hg}$$

مکانیسم

فشار انتهای بازدمی مثبت

آلوئول های روی هم خوابیده را باز
می کند و باعث ↓ شانت می شود.

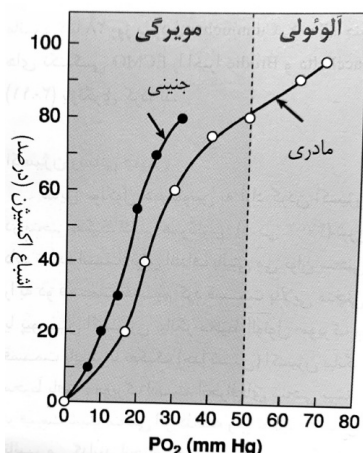
۲-۳. سندرم دیسترس تنفسی حاد (ARDS) مدیریت درمان

HFOV (تهویه نوسانی با فرکانس بالا) ← مؤثر نیست

ECMO (اکسیژن‌رسانی غشایی خارج از بدن) ← در نوزادان مکونیومی با موفقیت استفاده می‌شود. ممکن است در بزرگسالان هم کاربرد داشته باشد.

منحنی اکسی هموگلوبین ← بیان‌کننده تمایل Hb برای آزادسازی اکسیژن

دارای دو بخش بالا (محیط آئول - مویرگ) پایین (بافتی - مویرگی)



مکانیسم انحراف به راست ←

۲-۴. اکسیژن‌رسانی جنین

در وضعیتی مثل هیپرکاپنه، اسیدوز متابولیک، تب و $\uparrow$ PaO_2 و PaCO_2 دی‌فسفوگلیسرات منجر به اتصال Hb به O_2 و $\uparrow$ تبادل O_2 بین بافت و مویرگ می‌شود و انحراف به سمت راست بروز می‌کند. تغییرات در حاملگی ← $\uparrow$ PaO_2 و PaCO_2 دی‌فسفوگلیسرات ← (۳۰٪) باعث تحویل O_2 به جنین و بافت محیطی مادر می‌شود.

برای اشباع ۵۰٪ باید PaO_2 مادر $\frac{27}{\text{mm Hg}}$ و اما PaO_2 جنین در حد $\frac{19}{\text{mm Hg}}$

در ارتفاعات PaO_2 مادر $\frac{60}{\text{mm Hg}}$ و اما PaO_2 جنین در حد $\frac{19}{\text{mm Hg}}$

Hb مادر

عامل تعیین‌کننده ← غلظت آلبومین سرم (۱gr در دسی‌لیتر برابر $\frac{6}{\text{mm Hg}}$ است).

فشار Cop در بارداری ← به علت $\downarrow$ آلبومین، از $\frac{28}{\text{mm Hg}}$ قبل از حاملگی به $\frac{23}{\text{mm Hg}}$ در زمان ترم و $\frac{17}{\text{mm Hg}}$ در دوره نفاس تغییر می‌کند.

۲-۵. فشار اونکوتیک (COP) کولوئید (COP)

فشار Cop در بارداری به همراه پره‌اکلامپسی ← به علت $\downarrow$ بیشتر آلبومین، از $\frac{16}{\text{mm Hg}}$ قبل از زایمان به $\frac{14}{\text{mm Hg}}$ در دوره نفاس می‌رسد.

$\uparrow$ ریسک ادم ریوی ← اگر $\text{COP} < \frac{4}{\text{mm Hg}}$ باشد.

ریسک فاکتورها در افراد باردار ← پیلونفریت، کوریوآمینیوتیت و سپسیس نفاسی، سقط عفونی، فاشییت نکروزان

زمان ایجاد جنبه‌های بالینی ← آزاد شدن سیتوکین‌ها با اثرات اندوکراین، پاراکراین و اتوکراین

انتروباکتریاسه‌های مولد (اندوتوکسین) مثل Ecoli (شایع‌ترین)

باکتریوید و کلستریدیوم

عامل سپسیس شدید } سایر پاتوژن‌های لگنی { بتاهمولیتیک گروه A و استافیلوکوک آرنوس گونه

مقاوم به متی‌سیلین اکتسابی جامعه (CA-mRSA)

ایجادکننده‌ی سندرم شوک سپتیک

اگزوتوکسین باکتریال مثل کلستریدیوم‌های پرفرینژنز

مکانیسم ایجاد ادم به دنبال } اتساع عروق و ↓ مقاومت عروق و انسداد در مویرگ‌ها (به علت ↑ پلاکت

آزاد شدن سیتوکین‌ها: } و لکوسیت) افزایش نفوذپذیری و تجمع مایعات در بافت بینابینی

مرحل اولیه ← علت ← ↓ مقاومت عروق سیستمیک

مرحل سندرم } علت { ↓ خون‌رسانی و ایجاد اسیدوز لاکتیک

↓ اکسیژن رسانی به بافت‌ها

در مراحل بعدی } عارضه آن { اختلال عملکرد ارگان‌های انتهایی

آسیب ریه و کلیه

درگیری سیستم عصبی: گیجی، خواب‌آلودگی

درگیری قلب و عروق: تاکی‌کاردی، هیپوتانسیون

تظاهرات } درگیری ریه: شانت شریانی - وریدی با اختلال در O_۲ رسانی، هیپوتانسیون وریدی

درگیری کلیه: اولیگوری پررنال، آسیب حاد کلیه

درگیری خونی: لکوسیتوز یا لکوپنی، ترومبوسیتوپنی، فعال شدن انعقاد و انعقاد داخل عروقی

درگیری گوارشی: تهوع، استفراغ و اسهال، نکروز هپاتوسلولار (یرقان، هیپرگلیسمی)

سپسیس اولیه (مرحله گرم شوک سپتیک) ← نشست مویرگی و ایجاد هیپوولمی ← تجویز

کریستالوئید (IV) ← سپسیس باعث ↑ برون ده قلب و ↓ مقاومت عروق سیستمیک و

هیپرتانسیون ریوی ← ↑ دپرسیون قلبی در سپسیس شدید

مرحل } تداوم اختلال عملکرد کلیه، ریه و مغز در کنار اصلاح

سپسیس ثانویه (مرحله سرد

شوک سپتیک) ← ویژگی‌ها

تداوم انقباض عروق محیطی و اولیگوری

شایع‌ترین علائم مربوط به درگیری کلیه است.

ارزیابی منبع سپسیس و آسیب‌هایی که ایجاد می‌کند.

ارزیابی عملکرد سیستم قلبی و عروقی

در صورت شک به سپسیس، } مهم‌ترین اقدام ← تزریق ۲ لیتر و یا ۴-۶

لیتر کریستالوئید

مدیریت فوری درمان } داروهای ضد میکروبی وسیع

اکسیژن‌رسانی و لوله‌گذاری

تزریق خون تا Hct در ۳۰٪ حفظ شود. (تغلیظ رخ داده به علت نشست مویرگی)

تهویه مکانیکی

درمان ثانویه } حمایت از گردش خون (مثل داروهای وازوپرسور)

درمان جراحی (دبریدمان، کورتاژ رحم، هیستروکتومی، نقره‌ستومی)

۲-۶. سندرم

سپسیس (SIRS)

مدیریت
درمان

یادآوری

اندیکاسیون بررسی انسداد ← سسپیس پابرجا
 در پیلونفریت }
 روش‌های بررسی انسداد }
 انسداد ناشی از سنگ ← سونوگرافی یا پیلوگرافی
 انسداد ناشی از فلگمون یا آبسه ← CT

نکته: اندیکاسیون داروهای وازوپرسو (مانند نوراپی نفرین و اپی نفرین) ← عدم بهبود هیپوتانسیون با وجود درمان تهاجمی با مایعات

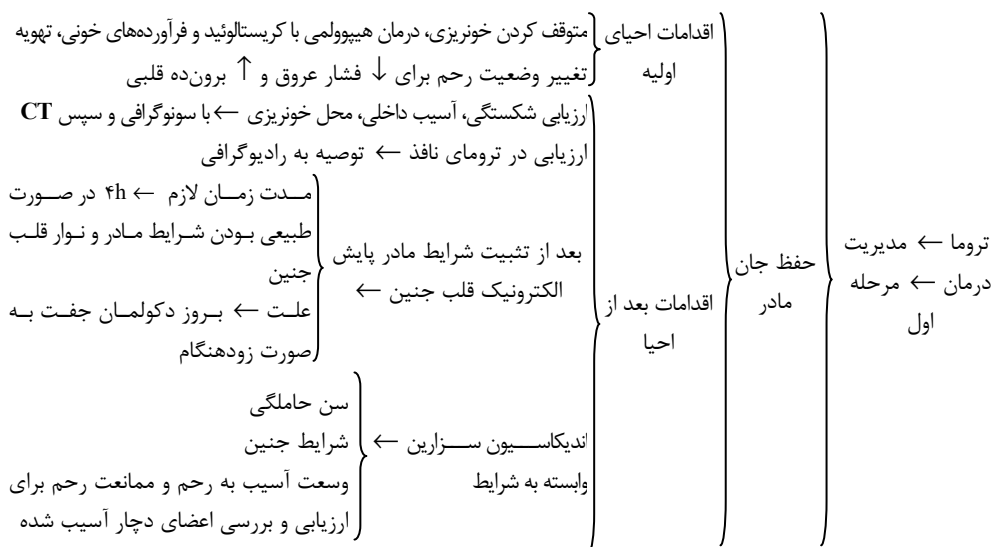
عوارض جنینی در اثر تروما ← تاکی کاردی، افت دیورس، اسیدوز و مرگ جنین			
نافذ	عوارض	شیوع ← نادرتر از غیر نافذ	
		۲۰٪ آسیب احشای مادر مرگ و میر بیش تر جنین	
		بررسی آسیب ← رادیوگرافی	
انواع تروما	علل	پیشگیری ← غربالگری از نظر خشونت در اولین ویزیت پره تانال و هر سه ماه بارداری و بعد از زایمان بیش ترین شیوع سنی خشونت در ← ۱۶-۲۴ سال	
		بد رفتاری فیزیکی - خشونت همسران	
غیر نافذ		عوارض خشونت	
		زایمان پره ترم پارگی رحم مرگ و میر پره تانال دکولمان نوزاد نارس و IUGR	
		شایع ترین علت ترومای جدی تهدید کننده حیات	
		تصادف اتومبیل ریسک فاکتور دکولمان در سرعت بالا $48 \frac{\text{km}}{\text{h}}$	
		ترومای فیزیکی	
		عوارض	
		تماس با بیماری انتقال یافته از راه جنسی	
		تجاوز جنسی	
		A: پروفیلاکسی ضد میکروبی علیه ایدز، گنوره، کلامیدیا واژینوس باکتریایی و تریکوموناس	
		اقدامات	
		B: جلوگیری فوری از بارداری، در صورت منفی بودن تست	
		C: مشاوره روانی	
		آسیب های روده (با شیوع کم تر به علت اثر محافظتی رحم بزرگ)	
		محل های آسیب	
		دیفراگم، طحال، کبد، کلیه	
		خونریزی خلف صفاق در بارداری شیوع بیش تری دارد.	

۸: رژیم‌های ضد میکروبی پروفیلاکسی علیه بیماری‌های انتقال یافته از راه جنسی:

پروفیلاکسی علیه	رژیم	رژیم‌های جایگزین
نایسریا گنوره	سفترباکسون ۲۵۰ میلی گرم تک دوز IM + آزیترومایسین oral ۱ گرم تک دوز	سفکسیم ۴۰۰ میلی گرم oral تک دوز + آزیترومایسین oral ۱ گرم تک دوز
کلامیدیا تراکوماتیس	- آزیترومایسین oral ۱ گرم تک دوز (۱) آموکسی سیلین oral ۵۰۰ میلی گرم ۳ بار در روز برای ۷ روز	- اریتروماکسین base ۵۰۰ میلی گرم oral ۴ بار در روز برای ۷ روز - لوفلوکساسین ۵۰۰ میلی گرم oral یکبار در روز برای ۷ روز (۲) - اوفلوکساسین ۳۰۰ میلی گرم oral دوبار در روز برای ۷ روز (۲)
واژینوز باکتریایی	- مترونیدازول ۵۰۰ میلی گرم oral دو بار در روز برای ۷ روز - ژل مترونیدازول ۰.۷۵٪ داخل واژن یکبار در روز برای ۵ روز - کرم کلیندامایسین ۲٪ داخل واژن در هنگام خواب برای ۷ روز	- تینیدازول ۲ گرم oral یکبار در روز برای دو روز (۲) - تینیدازول ۱ گرم oral یکبار در روز برای ۵ روز (۲) - کلیندامایسین ۳۰۰ میلی گرم oral دوبار در روز برای ۷ روز
تریکوموناس واژینالیس	- مترونیدازول ۲ گرم oral تک دوز - تینیدازول ۲ گرم oral تک دوز (۲)	مترونیدازول ۵۰۰ میلی گرم oral دوبار در روز برای ۷ روز
هپاتیت B (HBV)	در صورت عدم انجام واکسیناسیون قبلی، شروع دوز اول واکسن و تکرار آن در ماه‌های ۱-۲ و ۴-۶	
ویروس نقص ایمنی (HIV)	پروفیلاکسی رتروویروس در موارد بالا بودن خطر تماس با HIV	

۱- جایگزینی داکسی سایکلین ۱۰۰ میلی گرم oral دوبار در روز برای ۷ روز در زنان غیر باردار

۲- این داروها در گروه C حاملگی قرار دارند.



در زنان RH منفی
 علت آلوایمونیزاسیون ← خونریزی بیش از ۱۵ میلی-متر حتی در صورت تجویز ایمونوگلوبولین
 D
 تجویز ایمونوگلوبولین آنتی D
 اقدامات بعد از تجویز ایمونوگلوبولین آنتی D
 حفظ جان مادر
 تروما ← مدیریت
 درمان ← مرحله اول
 اطمینان از وضعیت ایمنی مادر علیه کزاز و دیفتری
 علائم نشان‌دهنده‌ی دکمان بعد از تروما
 اگر در هر ۱۰ دقیقه بیش از یک انقباض رخ دهد.
 اما در دکمان مخفی ← اختلالات انعقادی، علامت اصلی است.

۱. جابه‌جا کردن رحم به سمت جانبی چپ
 ۲. تجویز اکسیژن ۱۰۰٪
 ۳. دسترسی داخل وریدی در بالای دیافراگم
 ۴. بررسی هیپوتانسیون (فشار سیستولی $> 100 \frac{\text{mm}}{\text{Hg}}$)
 ۵. بررسی علت و درمان سریع آن
 اقدامات استاندارد
 ۲-۸. احیای قلبی-عروق
 در موارد فوت مادر اگر جنین زنده باشد انجام زایمان ← سزارین در عرض ۴-۵ دقیقه.

فصل سوم

چاقی

۳-۱. چاقی

۳-۲. سندرم متابولیک

۳-۳. بیماری کبد چرب غیرالکلی

۳-۴. عوارض طولانی مدت مرتبط

۳-۵. نکات مراقبت پره‌ناتال در زنان چاق

۳-۶. جراحی باریاتریک

ارشد سال	تعداد	ریزمبحث
۹۰-۹۱	۲	۳-۱ و ۳-۲
۹۲-۹۳	۱	۳-۲
۹۳-۹۴	۱	۳-۲
۹۴-۹۵	۲	۳-۲ و ۳-۴
۹۸-۹۹	۱	۳-۴

دکتری سال	تعداد	ریزمبحث
۹۰-۹۱	۱	۳-۴
۹۲-۹۳	۱	۳-۴
۹۳-۹۴	۱	۳-۲
۹۷-۹۸	۱	۳-۲

استفاده از سیستم‌های گوناگون جهت تعریف چاقی، از جمله شاخص توده بدن BMI (Quetelet)

وزن (kg)

m^2 قد

تعریف

نرمال ۱۸/۵-۲۴/۹

اضافه وزن ۲۵-۲۹/۹

I ۳۰-۳۴/۹

II ۳۵-۳۹/۹

III ۴۰ بیش تر

دسته‌بندی BMI به $\frac{kg}{m^2}$

چاقی < 30

در زنان شایع‌تر از دختران

شیوع

از لحاظ نژادی در سیاه‌پوستان شایع‌تر (۶۰٪)

۳-۱. چاقی

فاکتور رشد انسولین

آدیپونکتین

پپتین

فاکتور نکروز آلفا

اینترلوکین ۶

فاکتور رشد اندوتلیوم

۶ رزیستین

ارتباط سلول بافت چربی با دیگر سلول‌ها
از طریق فاکتورهای اندوکراین و پاراکراین

پاتوفیزیولوژی بافت

چربی

آدیپوکین‌ها ← مهم‌ترین نوع آن: آدیپونکتین

↑ حساسیت به انسولین

آدیپونکتین‌ها

مانع آزاد شدن کبدی گلوکز

↑ اثر حفاظتی بر قلب

عوارض کمبود دیابت/هایپوتانسیون/بیماری قلبی-عروقی

آدیپونکتین‌ها

فعال‌سازی سلول اندوتلیال

لپتین، رزیستین، ۹-INF، ۶-IL

عوامل ایجادکننده مقاومت به انسولین
در حاملگی ↑ می‌یابند.

تعریف ← دیابت نوع ۲ + دیس لیپیمی + هیپرتانسیون

↑ دور کمر { زنان $< 88\text{ cm}$

مردان $< 102\text{ cm}$

↑ تری گلیسرید $\leq 150 \frac{mg}{dL}$

↓ کلسترول HDL { مردان $> 40 \frac{mg}{dL}$

زنان $> 50 \frac{mg}{dL}$

۳-۲. سندرم

متابولیک

$\frac{130}{85} \leq \frac{\text{mm}}{\text{Hg}} \uparrow \text{ فشار خون}$ $\frac{\text{mm}}{\text{Hg}} \uparrow \text{ گلوکز ناشتا} > 100$	معیارها	۲-۳. سندرم
ارتباط سندرم متابولیک و پره‌اکلامپسی ← $\frac{\text{kg}}{\text{m}^2} - 7 \uparrow$ در BMI معادل ۲ برابر شدن خطر پره‌اکلامپسی	متابولیک	

نکته: در زنان چاق مبتلا به هیپرتانسیون ← سطح انسولین افزایش یافته

تعریف ← استوز کبدی (تجمع چربی در کبد افراد چاق) می‌تواند به سمت NAFLD یا سیروز کبدی پیشرفت کند.	۳-۳. بیماری کبد چرب غیر الکلی NAFLD	
شیوع ← $\frac{1}{4}$ بیماری‌های مزمن کبد را در کشورهای غربی شامل می‌شود.		
عارضه ← می‌تواند در ایجاد شدن بیماری کاردیوواسکولر نقش داشته باشد.		
ریسک فاکتور NAFLD ← اضافه وزن و چاقی، ↑ مقاومت به انسولین	حاملگی	
پایامد نامطلوب ← پره‌اکلامپسی، زایمان پره‌ترم، وزن کم هنگام تولد، زایمان سزارین، دیابت حاملگی		

۳-۴. عوارض طولانی‌مدت مرتبط با چاقی

عارضه	علت
دیابت نوع ۲	مقاومت به انسولین
هیپرتانسیون (HTN)	↑ حجم خون و برون‌ده قلب
بیماری‌های قلبی - عروقی	HTN و دیس‌لیپیدمی و دیابت نوع ۲
کاردیومیوپاتی	هیپرتروپی خارج از مرکز بطن چپ
آپنه در خواب و اختلال عملکرد ریه	تجمع چربی در فارتکس
سکته ایسکمیک	↓ جریان خون مغز
بیماری کیسه صفرا	هیپرلیپیدمی
کاهش باروری ^۱	هیپرانسولینمی
سرطان اندومتر، کولون و پستان	هیپر استروژینمی
ترومبوز ورید عمقی	التهاب اندوتلیال
استئوآرتریت	فشار روی مفاصل

۱. کاهش قدرت باروری در BMI بالای ۳۰ به علت: A. هیپرانسولینمی (مثل pcos) و B. اختلال سپتین که باعث ↓ ترشح گنادوتروپین می‌شود.