

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِيْمِ

دعا مطالعه

اللَّهُمَّ أَخْرِجْنِي مِنْ ظُلُمَاتِ الْوَهْمِ وَأَكْرِمْنِي بِنُورِ الْفَهْمِ

اللَّهُمَّ افْتَحْ عَلَيْنَا أَبْوَابَ رَحْمَتِكَ وَانْشُرْ عَلَيْنَا خَزَائِنَ عِلْمِكَ

بِرَحْمَتِكَ يَا أَرْحَمَ الرَّاحِمِينَ

پروردگارا، خارج کن مرا از تاریکی های فکر و کرامی بدار به نور فهم
پروردگارا، بکشای بر مادر های رحمت را و بکسخان گنج های داشت را به امید رحمت

توایی مهربان ترین مهربانان

باییید به حقوق دیگران احترام بگذاریم

دوست عزیز، این کتاب حاصل دسترنج چندین ساله 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.

الگوريتم ميانبر

ميانبر الگوريتم بيماري هاي

داخلی و جراحی مامایی

ویژه رشته های:

کارشناسی و کارشناسی ارشد مامایی و دکتری بهداشت باوری و مامایی

مؤلفین و گردآورندگان:

فاطمه خراسانیان

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

ريحانه عبادی فرد

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

زیرنظر:

دکتر زهره کشاورز

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



عنوان و نام پدیدآور	سرشناسه
مشخصات نشر	مشخصات ظاهري
مشخصات ظاهري	شابك
شابك	وضعیت فهرست نویسی
وضعیت فهرست نویسی	موضوع
موضوع	موضوع
شناسه افزوده	شناسه افزوده
شناسه افزوده	ردبندی کنگره
ردبندی کنگره	ردبندی دیوبی
ردبندی دیوبی	شماره کتابشناسی ملی

نام کتاب: میانبر الگوریتم بیماری‌های داخلی و جراحی مامایی

مؤلفین و گردآورندگان: فاطمه خراسانیان- ریحانه عبادی‌فرد

ناشر: گروه تالیفی دکتر خلیلی

نوبت و سال چاپ: اول . ۱۴۰۰

شمارگان: ۱۰۰۰

چاپ و صحافی: شباب

مدیر تولید: اقبال شرقی

مدیر فنی و هنری: مریم آرده

بهاء: ۷۹۰۰۰ تومان

آموزشگاه دکتر خلیلی (دفتر مرکزی): ۰۲۱-۶۶۵۶۸۶۲۱ . ۰۲۱-۲۲۸۵۶۶۲۰

فروشگاه: تهران - خیابان انقلاب- رو به روی درب اصلی دانشگاه تهران - پاساز فرزونده - طبقه همکف - پلاک ۳۳۱

تلفن: ۰۲۱ - ۶۶۴۸۹۳۷۵ - ۰۲۱ - ۶۶۴۸۹۳۴۹ - ۰۲۱ - ۶۶۴۸۹۳۴۹

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

مرکز فروش: ۰۲۱ - ۶۶۵۶۹۲۱۶ . ۰۹۱۲ - ۵۵۰۸۵۸۹



drkhaliigroupbook



www.DKG.ir



@drkhaliigroupbook

طیعه 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 جدول‌های آورده شده است.

تجربیات بنده در دوره‌ی کارشناسی، به خصوص دوره‌ی مطالعه برای کارشناسی ارشد مامایی نشان داد که حجم مطالب قسمت داخلی جراحی کتاب ویلیامز بالا بوده و علی‌رغم سنتگینی مطالعه، 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 پیشنهادها و انتقادات سازنده‌ی خود را از طریق پست الکترونیک khorasanian.fatemeh7727@gmail.com با ما به اشتراک بگذارید. در پایان لازم می‌دانم از استاد گرانقدر 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 ترموبوآمبولیک
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 اندوکرین
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 نثوبلازی و حاملگی
۲۴۴	فصل نوزدهم: بیماری‌های عفونی
۲۶۸	فصل بیستم: بیماری‌های آمیزشی

فصل اول

ملاحظات عمومی و ارزیابی مادر

L

- ۱-۱. اعمال جراحی در بارداری
- ۱-۲. جراحی لایپروسکوپی
- ۱-۳. روش‌های تصویربرداری

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

فصل اول

گزینه هایی که باید در نظر گیری شوند

بدون عارضه ← پیامد نامطلوب ↑ نمی‌باید. با عارضه ← افزایش مرگ و میر مادری و پریناتال ← 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.	انواع جراحی	۱-۱. اعمال جراحی در دوران بارداری			
شایع ترین جراحی در سه ماه دوم ← آپاندکتومی شایع ترین جراحی بهطور کلی ← لپاراوسکوپی عدم افزایش تولد مرده یا ناهنجاریها ↑ وزن کم هنگام تولد، زایمان زودرس و مرگ نوزاد عوامل بی‌هوشی اثری بر ناهنجاری جنین ندارند.	شیوع اعمال جراحی				
موارد انجام ← جراحی توده آدنکس، آپاندکتومی و کوله‌سیستکتومی تمام سه ماهه‌ها. زمان انجام <table border="0" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> بهترین زمان: بالای ۲۶ - ۲۸ هفته </td> <td style="vertical-align: top;"> مادر دراز کشیده به پهلو چپ </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> برخی از اقدامات زمان جراحی </td> <td style="vertical-align: top;"> فشار CO_2 در حد ۱۵ - ۱۰ میلی‌متر جیوه </td> </tr> </table>	بهترین زمان: بالای ۲۶ - ۲۸ هفته	مادر دراز کشیده به پهلو چپ	برخی از اقدامات زمان جراحی	فشار CO_2 در حد ۱۵ - ۱۰ میلی‌متر جیوه	۱-۲. جراحی لپاراوسکوپی
بهترین زمان: بالای ۲۶ - ۲۸ هفته	مادر دراز کشیده به پهلو چپ				
برخی از اقدامات زمان جراحی	فشار CO_2 در حد ۱۵ - ۱۰ میلی‌متر جیوه				

نکته: اگر $\text{CO}_2 \text{ mm/Hg} > 15$ باشد، باعث: ↓ جریان خون رحمی جفتی، ↓ وزن هنگام تولد، محدودیت رشد و زایمان پره‌ترم

۱. هیپرکلری و اسیدوز ۲. ایجاد می‌شوند CO_2 ضربان قلب و ↓ برونو ده قلب ۳. ↑ جریان خون مغزی
--

ویژگی ترانس‌دیوته ← فرکانس کم داشته باشد، نفوذ بیشتر به بافت ← پس هرچه سونوگرافی سن بارداری ↑ فرکانس ↓ و قابلیت نفوذ بیشتر نیاز است.	۱. سونوگرافی	۱-۳. روش‌های تصویربرداری
تصویربرداری m-mode ← برای ثبت و تایید ضربان قلب رویان رادیوگرافی قفسه سینه (رایج ترین در بارداری) در نمای قدامی و خلفی (AP) پیلوگرافی داخل وریدی (بیشترین میزان تماس با اشعه) جمجمه (کمترین میزان تماس با اشعه)	۲. رادیوگرافی	

ملاحظات عمومی و ارزیابی مادر

	<p>۱-۳ تصویربرداری</p> <p>در بارداری خطر ندارد و از پرتویونیزان استفاده نمی‌شود (عدم توصیه به ماده حاچب) کنتراندیکاسیون‌ها: بهطور کلی تمام فلزات در بدن (به ویژه در مناطق حساس بیولوژیکی)</p> <ul style="list-style-type: none"> - تکنیک برتر در بررسی شکم مادر و فضای رتروپریتوئن - تعیین درجه و وسعت پلاستنا اکرتا و انواع آن در زنان - تشخیص بهتر ناهنجاری‌های سیستم دستگاه عصبی مرکزی - تشخیص نتوپلاسم‌های مادری - تشخیص عفونت‌های نفاسی - امروزه از MRI برای بررسی درد قسمت تحتانی و راست‌شکم در بارداری (به ویژه تشخیص آپاندیسیت) - اختلالات پیچیده مغز، قفسه سینه و دستگاه ادراری - اندیکاسیون‌های جنینی - تخمین وزن جنین
۲. رادیوگرافی	<p>دارای حد آستانه ایجاد ناهنجاری: ۲۰ راد آستانه حد آستانه ایجاد خطر: ۵ راد محدودیت رشد جنین عقب‌ماندگی ذهنی آثار آن سقط ناهنجاری مادرزادی</p> <p>ایجاد اثرات تصادفی (احتمالی) ← آثار آن</p> <p>بیماری‌های ژنتیک سرطان‌زایی</p> <p>عوارض پرتو ایکس قطعی (محتمم) و گاما در جنین</p>
۳. فلوروسکوپی و آنژیوگرافی	<p>ارزیابی دستگاه گوارش کاربرد در بارداری ← آندوسکوپی</p> <p>بیماری جدی کلیه و ترومما مادر ← آنژیوگرافی و امبولیزاسیون</p> <p>رعیب ← عدم قادر بودن به محاسبه دوزیمتری پرتو</p>
۴. توموگرافی (CT)	<p>شیوع در انواع تصاویر CT جمجمه ← رایج‌ترین درخواست در بارداری</p> <p>CT مولتی دتکتور ← روش استاندارد</p> <p>CT آپاندیسیت ← بیش‌ترین تماس با اشعه</p> <p>CT - قفسه سینه ← موارد مشکوک به آمیولی ریه</p> <p>پلوبیمتری قبل از زایمان</p> <p>اندیکاسیون‌ها</p> <p>- لنفوستیتوگرافی و اسکن تیروئید (در حاملگی خطر ندارد)</p> <p>- درمان گریوز (تخریب تیروئید و ممنوع در بارداری)</p>

فصل دوم

مراقبت ویژه و تروما

F

L

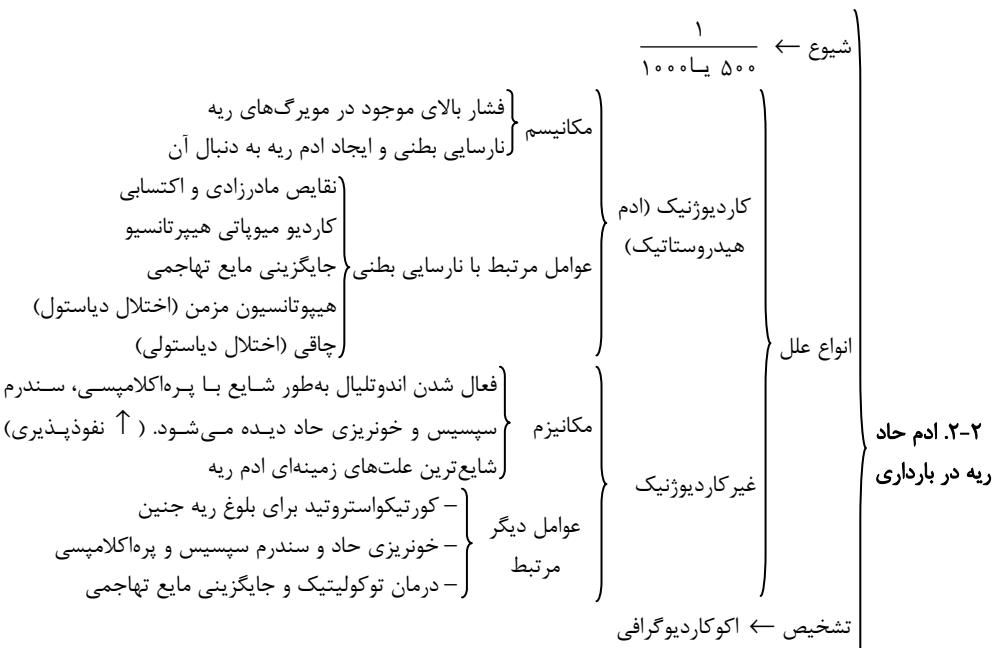
- ۲-۱. انواع مراقبت‌های ویژه زایمانی
- ۲-۲. ادم حاد ریه در بارداری
- ۲-۳. سیندروم دیسترس تنفسی حاد
- ۲-۴. اکسیژن‌رسانی جنبین
- ۲-۵. فشار اونکوتیک کولوئید
- ۲-۶. سیندروم سپسیس
- ۲-۷. تروما
- ۲-۸. احیای قلبی-عروقی

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

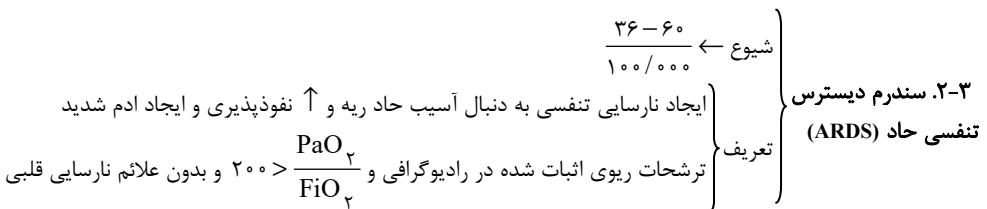
ارشد سال	تعداد	ریزمحبث
۹۸-۹۹	۱	۲-۲

مراقبت ویژه و تروما

- 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) 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.



- ۶- وضعیت نیمه نشسته و بازنگهداشتن رگ با سرم قندی ← اکسیژن رسانی با فشار ۸ 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



فصل دوم

$$\frac{\text{PaO}_2}{\text{FiO}_2} < 300 \leftarrow \text{تأیید عملی} \leftarrow \text{همراه با تنگی نفس + تاکی پنه + کاهش اشباع اکسیژن و} \right.$$

ترواش های رادیوگرافیک

$$\left. \begin{array}{l} \text{مرحله اگزوداتیو} \leftarrow \text{آسیب گسترده اندوتلیوم} \\ \text{میکروواسکولار} \leftarrow \uparrow \text{نفوذپذیری} \leftarrow \downarrow \text{سورفاکتانت} \\ \downarrow \text{حجم} \\ \left. \begin{array}{l} \text{مرحله فیبروپرولیفراتیو} \leftarrow \text{روز بعد آغاز شده} \\ \text{مرحله فیبروتیک} \leftarrow \text{در اثر ترمیم ایجاد می شود.} \end{array} \right. \end{array} \right\} \text{ARDS}$$

پیش آگهی طولانی مدت خوب است

$$\left. \begin{array}{l} \text{در افراد غیرباردار} \leftarrow \text{سپسیس و پنومونی منتشر} \\ \text{اتیولوزی} \leftarrow \text{شایع ترین علل} \\ \text{کوربیوآمنیونیت و عفونت لگنی} \\ \text{در ابتدای آسیب اولیه} \leftarrow \text{تنها یافته} \leftarrow \text{هیپرونوتیلاسیون} \\ \text{در مرحله پیشرفت به سمت نارسایی حاد} \leftarrow \text{تنگی نفس واضح، تاکی پنه و} \\ \text{نشانه های هیپوکسمی} \\ \text{هیپرونوتیلاسیون + آکالوزمتابولیک خفیف ناشی از حاملگی} \leftarrow \uparrow \text{adem} \\ \text{ریه،} \downarrow \text{کمپلیانس ریه و} \uparrow \text{شانت خونی داخل ریه} \\ \text{پیامد} \leftarrow \text{در صورت عدم انجام حمایت تهویه ای و} \uparrow \text{شنت} \\ \text{به بالای ۳۰ درصد} \\ \text{تحریک پذیری} \\ \text{با رادیوگرافی در مراحل پیشرفت} \leftarrow \text{در گیری دو طرفه ریه دیده می شود.} \\ \text{تشخیص} \leftarrow \text{سمع اختلالات منتشر} \end{array} \right\} \text{حاملگی}$$

۲-۳. سندروم دیسترس
(ARDS)

$$\left. \begin{array}{l} \text{در مراحل اولیه} \leftarrow \text{تهویه با فشار مثبت از طریق ماسک} \\ \text{در زنان باردار} \leftarrow \text{لوله گذاری زودرس ارجح است.} \end{array} \right\}$$

$$\frac{\text{mm}}{\text{Hg}} < \frac{\text{PaO}_2}{\text{O}_2} \leq 60 \leftarrow \text{هدف از تهویه مکانیکی}$$

$$35 \frac{\text{mm}}{\text{Hg}} < \frac{\text{PaCO}_2}{\text{Hg}} < 45 \frac{\text{mm}}{\text{Hg}} \leftarrow \text{مدیریت درمان}$$

$$\text{اندیکاسیون ها} \leftarrow \text{آسیب شدید ریه و شانت داخل ریهای بالا}$$

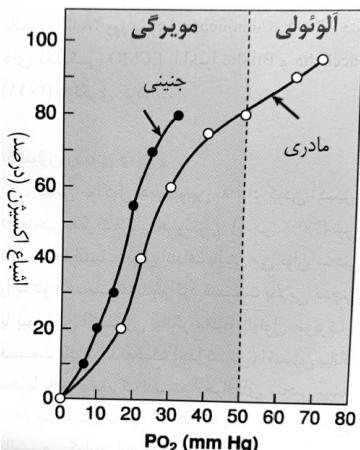
$$\left. \begin{array}{l} \text{با فشار مثبت به میزان کم:} \\ 5-15 \frac{\text{mm}}{\text{Hg}} \end{array} \right\} \text{مکانیسم}$$

$$\text{آلتوول های روی هم خوابیده را باز} \\ \text{می کند و باعث} \downarrow \text{شانت می شود.}$$

مراقبت ویژه و تروما

۲-۳. سندروم دیسترس تنفسی حاد (ARDS) $\left\{ \begin{array}{l} \text{HFOV (تهویه نوسانی با فرکانس بالا)} \leftarrow \text{مؤثر نیست} \\ \text{ECMO (اکسیژن رسانی در نوزادان مکونیومی با موفقیت استفاده می شود.} \\ \text{ممکن است در بزرگسالان هم کاربرد داشته باشد.} \\ \text{غشایی خارج از بدن) } \end{array} \right.$

منحنی اکسی هموگلوبین \leftarrow بیان کننده تمایل **Hb** برای آزادسازی اکسیژن دارای دو بخش $\left\{ \begin{array}{l} \text{بالا (محیط آلوئول - مویرگ)} \\ \text{پایین (بافتی - مویرگی)} \end{array} \right.$



mekanisim انحراف به راست \leftarrow

۲-۴. اکسیژن رسانی جنین

در وضعیتی مثل هیپرکاپنی، اسیدوز متابولیک، تب و \uparrow دیفسفوگلیسرات منجر به اتصال **Hb** به O_2 و \uparrow تبادل $\downarrow O_2$ بین بافت و مویرگ می شود و انحراف به سمت راست بروز می کند.
تغییرات در حاملگی $\leftarrow \uparrow$ دیفسفوگلیسرات \leftarrow $(\%)^{(30)}$ باعث تحويل $\downarrow O_2$ به جنین و بافت محیطی مادر می شود.

$\left\{ \begin{array}{l} \frac{19}{19} \frac{\text{mm}}{\text{Hg}} \text{ مادر} \text{ جنین در حد} \frac{27}{27} \frac{\text{mm}}{\text{Hg}} \text{ PaO}_2 \text{ مادر} \text{ جنین در حد} \frac{60}{60} \frac{\text{mm}}{\text{Hg}} \text{ PaO}_2 \text{ مادر} \text{ جنین در حد} \frac{19}{19} \frac{\text{mm}}{\text{Hg}} \text{ مادر} \text{ مادر} \text{ مادر} \\ \text{برای اشباع} \%50 \text{ مادر} \text{ Hb} \end{array} \right.$

عامل تعیین کننده \leftarrow غلظت آلبومین سرم (gr) در دسی لیتر برابر 6 است.
فشار **Cop** در بارداری \leftarrow به علت \downarrow آلبومین، از $\frac{28}{23} \frac{\text{mm}}{\text{Hg}}$ قبل از حاملگی به $\frac{23}{23} \frac{\text{mm}}{\text{Hg}}$ در زمان $\frac{17}{17} \frac{\text{mm}}{\text{Hg}}$ در دوره نفاس تغییر می کند.

فشار **Cop** در بارداری به همراه پره اکلامپسی \leftarrow به علت \downarrow بیشتر آلبومین، از $\frac{16}{16} \frac{\text{mm}}{\text{Hg}}$ قبل از $\frac{14}{14} \frac{\text{mm}}{\text{Hg}}$ در دوره نفاس می رسد.
 \uparrow ریسک ادم ریوی \leftarrow اگر $\frac{4}{4} \frac{\text{mm}}{\text{Hg}}$ Cop باشد.

فصل دوم

ریسک فاکتورها در افراد باردار ← پیلوفریت، کوریوآمنیونیت و سپسیس نفاسی، سقط عفونی، فاشیست نکروزان زمان ایجاد جنبه‌های بالینی ← آزاد شدن سیتوکین‌ها با اثرات اندوکرین، پاراکرین و اتوکرین (انتروباکتریاسه‌های مولد (اندتوکسین) مثل Ecoli (شایع‌ترین) <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: space-between;"> <div style="flex-grow: 1;"> <div style="display: flex; align-items: center; gap: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px; border-radius: 10px;">باتھمولیتیک گروه A</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px; border-radius: 10px;">استافیلوکوک آرثوس گونه CA-mRSA</div> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px; border-radius: 10px;">عامل سپسیس شدید</div> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px; border-radius: 10px;">سایر پاتوژن‌های لگنی مقاوم به متی‌سیلین اکتسای جامعه (CA-mRSA)</div> </div> <div style="display: flex; align-items: center; gap: 10px; margin-top: 10px;"> ایجاد کننده‌ی سندروم شوک سپتیک اگزوتوكسین باکتریال مثل کلستریدیوم‌های پرفیزیتر </div>	مکانیسم ایجاد ادم به دنبال اتساع عروق و ↓ مقاومت عروق و انسداد در مویرگ‌ها (به علت ↑ پلاکت آزاد شدن سیتوکین‌ها: ↓ لوکوسیت) افزایش نفوذپذیری و تجمع مایعات در بافت بینایی <div style="display: flex; align-items: center; gap: 10px; margin-top: 10px;"> مراحل اولیه ← علت ← ↓ مقاومت عروق سیستمیک مراحل سندروم </div> <div style="display: flex; align-items: center; gap: 10px; margin-top: 10px;"> علت ↓ خون‌رسانی و ایجاد اسیدوز لاكتیک بالینی سپسیس در مراحل بعدی </div> <div style="display: flex; align-items: center; gap: 10px; margin-top: 10px;"> عارضه آن ↓ احتلال عملکرد ارگان‌های انتهایی درگیری قلب و عروق: تاکی‌کاردی، هیپوتانسیون </div> <div style="display: flex; align-items: center; gap: 10px; margin-top: 10px;"> تظاهرات درگیری ریه: شانت شریانی - وریدی با اختلال در O رسانی، هیپوتانسیون وریدی بالینی درگیری کلیه: اولیگوری پررنال، آسیب حاد کلیه </div> <div style="display: flex; align-items: center; gap: 10px; margin-top: 10px;"> درگیری خون: لکوسیتوز یا لکوپنی، ترموبوسیتوپنی، فعل شدن انعقاد و انعقاد داخل عروقی درگیری گوارشی: تهوع، استفراغ و اسهال، نکروز هپاتوسلولار (برقان، هیپرگلیسمی) </div> <div style="display: flex; align-items: center; gap: 10px; margin-top: 10px;"> درگیری اولیه (مراحله گرم شوک سپتیک) ← نشت مویرگی و ایجاد هیپوولمی ← تجویز کریستالوئید (IV) ← سپسیس باعث ↑ بروون ده قلب و ↓ مقاومت عروق سیستمیک و هیپرتانسیون ریوی ← ↑ دپرسیون قلیی در سپسیس شدید متداول اختلال عملکرد کلیه، ریه و مغز در کنار اصلاح </div> <div style="display: flex; align-items: center; gap: 10px; margin-top: 10px;"> مراحل سپسیس ثانویه (مراحله سرد هیپوتانسیون (شوک سپتیک) ← ویژگی‌ها تداوم انقباض عروق محیطی و اولیگوری شایع‌ترین علائم مربوط به درگیری کلیه است. </div> <div style="display: flex; align-items: center; gap: 10px; margin-top: 10px;"> ارزیابی منع سپسیس و آسیب‌هایی که ایجاد می‌کند در صورت شک به سپسیس، گام‌های ابتدایی شامل </div> <div style="display: flex; align-items: center; gap: 10px; margin-top: 10px;"> از تزریق ۲ لیتر و یا ۴-۶ میهم‌ترین اقدام ← تزریق مهم‌ترین اقدام ← لیتر کریستالوئید مدیریت فوری درمان داروهای ضد میکروبی وسیع </div> <div style="display: flex; align-items: center; gap: 10px; margin-top: 10px;"> درمان ثانویه تهییه مکانیکی حمایت از گردش خون (مثل داروهای وازوپرسور) درمان جراحی (دبریدمان، کورتاژ رحم، هیسترکتومی، نقره‌ستومی) </div>
---	--

یادآوری

$$\left. \begin{array}{l} \text{اندیکاسیون بررسی انسداد} \leftarrow \text{سپسیس پابرجا} \\ \text{انسداد ناشی از سنگ} \leftarrow \text{سونوگرافی یا پیلوگرافی} \\ \text{روش‌های بررسی انسداد} \\ \text{انسداد ناشی از فلگمون یا آبسه} \leftarrow \text{CT} \end{array} \right\} \text{در پیلونفریت}$$

نکته: اندیکاسیون داروهای وازوپرسو (مانند نوراپین و اپینفرین) → عدم بوجود هیپوتانسیون با وجود درمان تهاجمی با مایعات

عوارض جنینی در اثر تروما → تاکی‌کاردی، افت دیررس، اسیدوز و مرگ جنین

شیوع → نادرتر از غیر نافذ

$$\left. \begin{array}{l} \text{آسیب احشای مادر} \\ \text{عوارض} \\ \text{مرگ‌ومیر بیش‌تر جنین} \end{array} \right\} \text{نافذ}$$

بررسی آسیب → رادیوگرافی

پیشگیری → غربالگری از نظر خشونت در اولین ویزیت پره‌تانال

و هر سه ماه بارداری و بعد از زایمان

بیش‌ترین شیوع سنی خشونت در → ۲۴-۱۶ سال

زایمان پره‌ترم → بدرفتاری فیزیکی-

خشونت همسران

پارگی رحم

عوارض خشونت → مرگ‌ومیر پره‌ناتال

دکولمان

IUGR

شایع‌ترین علت ترومای جدی تهدیدکننده حیات

تصادف اتومبیل → ریسک فاکتور دکولمان در سرعت بالا

$$48 \frac{\text{km}}{\text{h}}$$

تروماتی فیزیکی

عوارض

تماس با بیماری انتقال یافته از راه جنسی

A: پروفیلاکسی ضد میکروبی علیه ایدز، گنوره، کلامیدیا

و اینوس باکتریایی و تریکوموناس

B: جلوگیری فوریتی از بارداری، در صورت منفی بودن تست

C: مشاوره روانی

آسیب‌های روده (با شیوع کم‌تر به علت اثر محافظتی رحم بزرگ)

محل‌های آسیب

دیافراگم، طحال، کبد، کلیه

خونریزی خلف صفاق در بارداری شیوع بیش‌تر دارد.

۲-۷. تروما

انواع تروما

غیر نافذ

عل

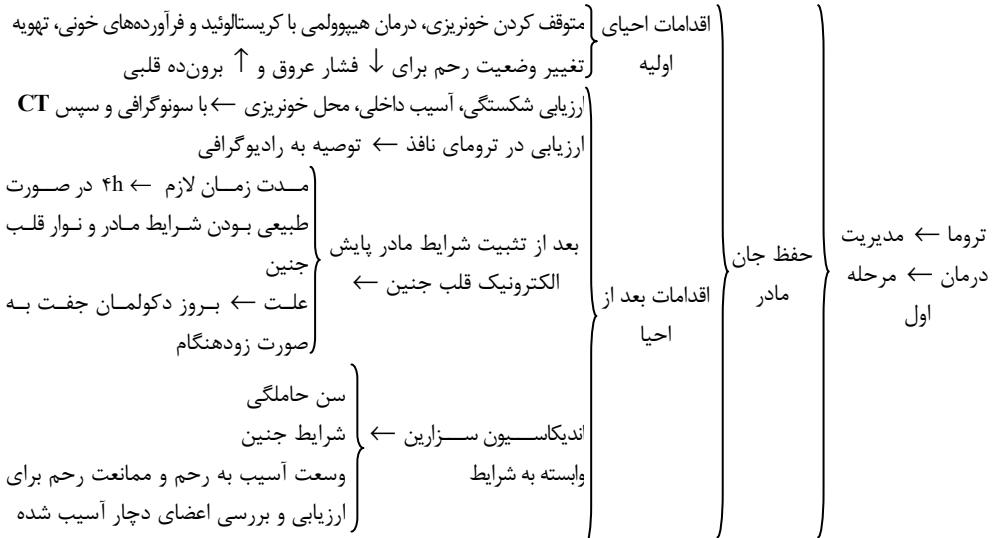
غیر نافذ

فصل دوم

A: رژیم‌های ضدمیکروبی پروفیلاکسی علیه بیماری‌های انتقال یافته از راه جنسی:

رژیم‌های جایگزین	رژیم	پروفیلاکسی علیه
سفکسیم ۴۰۰ میلی‌گرم oral تک دوز + آزیتروماکسین oral ۱ گرم تک دوز	سفتریاکسون ۲۵۰ میلی‌گرم تک دوز IM + آزیتروماکسین oral ۱ گرم تک دوز	نایسیریا گنوره
- آزیتروماکسین ۵۰۰ میلی‌گرم oral ۴ بار در روز برای ۷ روز - لولوفلوكسازین ۵۰۰ میلی‌گرم oral یکبار در روز برای ۷ روز (۲) - اولوفلوكسازین ۳۰۰ میلی‌گرم oral دوبار در روز برای ۷ روز (۲)	- آزیتروماکسین oral ۱ گرم تک دوز (۱) آموکسی سیلین oral ۵۰۰ میلی‌گرم ۳ بار در روز برای ۷ روز	کلامیدیا تراکوماتیس
- تینیدازول ۲ گرم oral یکبار در روز برای دو روز (۲) - تینیدازول ۱ گرم oral یکبار در روز برای ۵ روز (۲) - کلیندامایسین ۳۰۰ میلی‌گرم oral دوبار در روز برای ۷ روز	- مترونیدازول ۵۰۰ میلی‌گرم oral دو بار در روز برای ۷ روز - ژل مترونیدازول ٪ ۷۵ داخل واژن یکبار در روز برای ۵ روز - کرم کلیندامایسین ٪ ۲ داخل واژن در هنگام خواب برای ۷ روز	واژینوز باکتریالی
مترونیدازول ۵۰۰ میلی‌گرم oral دوبار در روز برای ۷ روز	- مترونیدازول ۲ گرم oral تک دوز - تینیدازول ۲ گرم oral تک دوز (۲)	تریکوموناس واژینالیس
	در صورت عدم انجام واکسیناسیون قلبی، شروع دوز اول و اکسن و تکرار آن در ماههای ۱-۲ و ۶-۷	هپاتیت B (HBV)
	پروفیلاکسی رتروویروس در موارد بالا بودن خطر تماس با HIV انسان (HIV)	ویروس نقص ایمنی انسان (HIV)

- ۱- جایگزینی داکسی سایکلین ۱۰۰ میلی‌گرم oral دوبار در روز برای ۷ روز در زنان غیر باردار
- ۲- این داروها در گروه C حاملگی قرار دارند.



مراقبت ویژه و تروما

در زنان RH منفی علت آوازمیونیزاسیون ← خونریزی بیش از ۱۵ میلی متر حتی در صورت تجویز رایمونو گلوبولین راطمینان از وضعیت اینمنی مادر علیه کراز و دیفتری اگر در هر ۱۰ دقیقه بیش از یک انقباض رخ دهد. علایم نشان دهنده دکمان بعد از تروما اما در دکمان مخفی ← اختلالات انعقادی، علامت اصلی است.

۱. جابه جا 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
- در موارد فوت مادر اگر جنین زنده باشد انجام زایمان ← سزارین در عرض ۴-۵ دقیقه.
- ۲-۸. احیای قلبی-عروق**
- اقدامات استاندارد

فصل سوم

چاقی

۳-۱. چاقی

۳-۲. سندروم متابولیک

۳-۳. بیماری کبد چرب غیرالکلی

۳-۴. عوارض طولانی مدت مرتبط

۳-۵. نکات مراقبت پرهنا ناتال در زنان چاق

۳-۶. جراحی باریاتریک

سال	ارشد	تعداد	ریزمحبث
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

سال	دکتری	تعداد	ریزمحبث
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 (Quetelet BMI)

$$\text{BMI} = \frac{\text{وزن (kg)}}{\text{قد (m)}^2}$$

$\begin{cases} \text{نرمال} & ۱۸/۵ - ۲۴/۹ \\ \text{اضافه وزن} & ۲۵ - ۲۹/۹ \\ \text{چاق} & ۳۰ - ۳۴/۹ \\ \text{بیشتر} & ۳۵ - ۳۹/۹ \\ \text{کثیر} & ۴۰ \end{cases}$	$\begin{cases} \text{دسته‌بندی BMI} & \text{به kg/m}^2 \\ \text{تعریف} & \end{cases}$
--	---

شیوع $\left\{ \begin{array}{l} \text{در زنان شایع‌تر از دختران} \\ \text{از لحاظ نژادی در سیاه‌پستان شایع‌تر (۶۰٪)} \end{array} \right.$

فاکتور رشد انسولین
آدیپونکتین
پپتین
فاکتور نکروز آلفا
اینترلوكین ۶
فاکتور رشد اندوتلیوم
۶ رزیستین

ارتباط سلول بافت چربی با دیگر سلول‌ها
از طریق فاکتورهای اندوکرین و پاراکرین

۳-۳. چاقی

آدیپوکین‌ها \leftarrow مهم‌ترین نوع آن: آدیپونکتین

\uparrow حساسیت به انسولین
آدیپونکتین‌ها
 \uparrow مانع آزاد شدن کبدی گلوکز
 \uparrow اثر حفاظتی بر قلب

عوارض کمبود $\left\{ \begin{array}{l} \text{دیابت / هایپوتانسیون / بیماری قلبی - عروقی} \\ \text{فعال سازی سلول اندوتلیال} \end{array} \right.$

آدیپونکتین‌ها $\left\{ \begin{array}{l} \text{عوامل ایجاد‌کننده مقاومت به انسولین} \\ \text{لپتین، رزیستین، INF-۶, IL-۶} \\ \text{در حاملگی می‌باشد.} \end{array} \right.$

تعریف \leftarrow دیابت نوع ۲ + دیس لیپیمی + هیپرتانسیون

$\left\{ \begin{array}{l} \text{زنان} > ۸۸\text{ cm} \\ \text{مردان} > ۱۰۲\text{ cm} \end{array} \right\} \uparrow$ دور کمر

\uparrow تری‌گلیسرید $\leq \frac{\text{mg}}{\text{dL}}$ ۱۵۰

$\left\{ \begin{array}{l} \text{مردان} > \frac{\text{mg}}{\text{dL}} ۴۰ \\ \text{زنان} > \frac{\text{mg}}{\text{dL}} ۵۰ \end{array} \right\} \downarrow$ HDL
معیارها
متابولیک
۳-۲. سندروم

فصل سوم

گلوبال
پرکشیده
پرکشیده

$$\begin{array}{c}
 \left. \begin{array}{l} \frac{130}{85} \leq \frac{\text{mm}}{\text{Hg}} \\ > \frac{100}{\text{mm}} \end{array} \right\} \begin{array}{l} \uparrow \text{فسار خون} \\ \uparrow \text{گلوكز ناشتا} \end{array} \\
 \left. \begin{array}{l} \text{معيارها} \\ \text{سندرم ۳-۲} \\ \text{متاپوليك} \\ \text{پرهاكلامپسي} \end{array} \right\} \text{ارتباط سندرم متاپوليك و پرهاكلامپسي} \rightarrow \begin{array}{l} \uparrow 5-7 \frac{\text{kg}}{\text{m}^2} \text{ در BMI} \\ \text{معادل ۲ برابر شدن خطر} \end{array}
 \end{array}$$

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

$$\begin{array}{c}
 \left. \begin{array}{l} \text{تعريف} \rightarrow \text{استوز کبدی (تجمع چربی در کبد افراد چاق)} \text{ می‌تواند به سمت NAFLD} \text{ یا سیروز کبدی} \\ \text{پیش‌رفت کند.} \\ \text{شیوع} \rightarrow \frac{1}{4} \text{ بیماری‌های مزمن کبد را در کشورهای غربی شامل می‌شود.} \\ \text{عارضه} \rightarrow \text{می‌تواند در ایجاد شدن بیماری کارديوواسکولر نقش داشته باشد.} \\ \text{ریسک فاکتور NAFLD} \rightarrow \text{اضافه وزن و چاقی, } \uparrow \text{ مقاومت به انسولین,} \\ \text{حاملگی} \left\{ \begin{array}{l} \text{پیامد نامطلوب} \rightarrow \text{پرهاكلامپسي, زایمان پرهترم, وزن کم هنگام تولد, زایمان سزارین,} \\ \text{دیابت حاملگی} \end{array} \right. \end{array} \right\} \text{غیرالکلی NAFLD} \\
 \text{۳-۳. بیماری کبد چرب} \\
 \text{۴-۳. عوارض طولانی‌مدت مرتبه با چاقی}
 \end{array}$$

۴-۳. عوارض طولانی‌مدت مرتبه با چاقی

علت	عارضه
مقاومت به انسولین	دیابت نوع ۲
\uparrow حجم خون و بروون‌ده قلب	هیپرتانسیون (HTN)
HTN و دیس‌لیپیدمی و دیابت نوع ۲	بیماری‌های قلبی-عروقی
هیپرتروفی خارج از مرکز بطن چپ	کارديومیوپاتی
تجمع چربی در فارنکس	آپنه در خواب و اختلال عملکرد ریه
\downarrow جریان خون مغز	سکته ایسکمیک
هیپرلیپیدمی	بیماری کیسه صفرا
هیپرانسولینیمی	کاهش باروری ^۱
هیپراستروژینیمی	سرطان اندومنتر، کولون و پستان
التهاب اندوتیال	تروموبوز ورید عمقی
فسار روی مفاصل	استئوآرتربیت

۱. کاهش قدرت باروری در BMI بالای ۳۰ به علت: A. هیپرانسولینیمی (مثل PCOS) و B. اختلال سپتین که باعث \downarrow ترشح گستادوتروپین می‌شود.