

دعای مطالعه

اَللهُمَ اَخرِجنی مِن ظُلُماتِ الوَهمِ وَاَکرِمنی بِنُورِ الفَهمِ

اَللهُمَ افتِح عَلَینا اَبوابَ رَحمَتِکَ وَ انشُر عَلَینا خَزائِنَ عُلُومِکَ

بِرَحمَتِکَ یا اَرحَمَ الرّاحِمینَ

پروردگارا، خارج کن مرا از تاریکی‌های فکر و گرامی بدار به نور فهم

پروردگارا، بگشای بر ما درهای رحمتت را و بگستران گنج‌های دانشت را به امید رحمت

تو ای مهربان‌ترین مهربانان

بیایید 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.

آناهید گستر خلیلی

AGK

Anahid Gostar Khalili

مروری جامع بر

بارداری و زایمان

(ویلیامز ۲۰۲۲)

ویژه کلیه آزمون‌های مامایی، مشاوره در مامایی و بهداشت باروری

(کارشناسی، کارشناسی ارشد، دکتری تخصصی و استخدامی)

مؤلف:

پریسا افشارنیا

«کارشناس ارشد مامایی»

سرشناسه	: افشارنیا، پریسا، ۱۳۵۶
عنوان و نام پدیدآور	: AGK مروری جامع بر بارداری و زایمان (ویلیامز ۲۰۲۲) ویژه کلیه آزمون‌های مامایی ... / مولف پریسا افشارنیا.
مشخصات نشر	: تهران: آناهید گستر خلیلی، ۱۴۰۳.
مشخصات ظاهری	: ۵۶۸ص. : مصور، جدول.
شابک	: 978-622-8384-24-7
وضعیت فهرست نویسی	: فیپا
یادداشت	: کتاب حاضر براساس کتاب "Williams obstetrics, 26th ed, 2022" به ویراستاری اف.گری کانینگهام ... [و دیگران] است.
موضوع	: آبستنی و زایمان -- راهنمای آموزشی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها (عالی) Obstetrics -- Study and teaching -- Examinations, questions, etc (Higher)
شناسه افزوده	: کانینگهام، اف.گری / Cunningham, F.Gary
شناسه افزوده	: ویلیامز، جان ویت‌ریج، ۱۸۶۶-۱۹۳۱ م. آبستنی و زایمان
رده‌بندی کنگره	: RG۵۲۴
رده‌بندی دیویی	: ۶۱۸/۲۰۷۶
شماره کتابشناسی	: ۹۵۷۱۹۶۹

انتشارات آناهید گستر خلیلی

نام کتاب: AGK مروری جامع بر بارداری و زایمان (ویلیامز ۲۰۲۲)

مؤلف: پریسا افشارنیا

ناشر: آناهید گستر خلیلی

نوبت و سال چاپ: اول . ۱۴۰۳

شمارگان: ۱۰۰۰

چاپ و صحافی: گیلان

مدیر تولید: اقبال شرقی

مدیر فنی و هنری: مریم آرده

تایپ و صفحه‌آرایی: سمیه اسدپور . ساحل شعبانی

بهاء: ۴۵۰۰۰۰ تومان

آموزشگاه/ فروشگاه: ۰۲۱۶۶۵۶۸۶۲۱

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

مرکز فروش: ۰۲۱۶۶۵۶۹۲۱۶ **مدیر فروش: ۰۹۹۰۲۱۰۵۲۹۲**

www.agkins.com **agkpublisher@gmail.com**

طلیعه سخن مؤلف:

AGK گنجینه نکات بارداری و زایمان ویژه‌ی داوطلبان رشته‌های مامـایی، مشـاوره در مامـایی و بهداشـت باروری می‌باشد که توسط گروه آموزشی دکتر خلیلی به چاپ رسیده است.

این کتاب برگرفته از جدیدترین رفرنس بارداری و زایمان ویلیامز (۲۰۲۲) می‌باشد که با بیانی سـاده و روان و سبک آموزشی طراحی شده، با پوشش بالای ۹۰ درصد سوالات کنکور، مطالعه یک منبع منسجم به جای مطالعه چندین منبع و شامل شکل، جدول و نمودار جهت انتقال بهتر مفاهیم می‌باشد.

در انتها از انتشارات آناهید گستر خلیلی کمال تشکر و قدردانی را می‌نمایم که صمیمانه بنده را در این امـر یاری نموده‌اند.

با آرزوی توفیق روزافزون برای داوطلبان گرامی.

p.afsharnia98@gmail.com

تقدیم به:

مهربان فرشتگانی که

لحظات ناب برومند بودن، لذت و غرور دانستن،

جسارت خواستن، عظمت رسیدن و تمام تجربه‌های یکتا و زیبای زندگیم،

مدیون حضور سبز آن‌هاست

تقدیم به همسر و پسر عزیزم.

فهرست مطالب

عنوان **صفحه**

فصل اول: بارداری و زایمان در دید وسیع ۹

فصل دوم: آناتومی مادر ۱۳

فصل سوم: ناهنجاری‌های مادرزادی دستگاه ادراری- تناسلی ۳۹

فصل چهارم: فیزیولوژی مادر ۵۷

فصل پنجم: اختلالات جفت ۸۹

فصل ششم: تراتولوژی، تراتوژن‌ها و عوامل فتوتوکسیک ۱۰۵

فصل هفتم: مشاوره ی قبل از حاملگی ۱۱۸

فصل هشتم: مراقبت‌های پره‌ناتال ۱۲۸

فصل نهم: سقط ۱۵۳

فصل دهم: حاملگی خارج رحمی ۱۷۴

فصل یازدهم: بیماری‌های تروفوبلاستیک حاملگی ۱۹۰

فصل دوازدهم: تشخیص پره‌ناتال ۲۰۱

فصل سیزدهم: بررسی جنین قبل از تولد ۲۱۵

فصل چهاردهم: فیزیولوژی لیبر ۲۲۵

فصل پانزدهم: لیبر طبیعی ۲۴۴

فصل شانزدهم: لیبر غیرطبیعی (دیستوشی) ۲۶۱

فصل هفدهم: بررسی هنگام زایمان ۲۷۳

فصل هجدهم: آنالژزی و بی‌هوشی در زایمان ۲۹۳

فصل نوزدهم: القا و تقویت لیبر ۳۱۱

فصل بیستم: زایمان واژینال ۳۲۱

فهرست مطالب

عنوان **صفحه**

فصل بیست و یکم: زایمان بریچ تک‌قلویی ۳۴۰

فصل بیست و دوم: زایمان واژینال ابزاری (اپراتیو) ۳۵۵

فصل بیست و سوم: زایمان سزارین و هیسترکتومی هنگام زایمان (پری‌پارتوم) ۳۶۷

فصل بیست و چهارم: زایمان سزارین قبلی ۳۸۱

فصل بیست و پنجم: مرده‌زایی ۳۹۰

فصل بیست و ششم: دوره‌ی نفاس ۳۹۶

فصل بیست و هفتم: عفونت نفاسی ۴۱۴

فصل بیست و هشتم: سندرم پره‌اکلامپسی ۴۲۷

فصل بیست و نهم: علل خونریزی زایمانی ۴۶۲

فصل سی‌ام: زایمان پره‌ترم ۴۹۶

فصل سی و یکم: حاملگی پست ترم ۵۲۲

فصل سی و دوم: اختلالات رشد جنین ۵۲۹

فصل سی و سوم: حاملگی چندقلویی ۵۴۳

فصل

۱

بارداری و زایمان در دید وسیع

تعاریف مامایی

طبق تعریف‌های توصیه شده از طرف مرکز ملی آمار بهداشتی (NCHS) و مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها (CDC) به شرح زیر می باشند:

- **دوره‌ی پری‌ناتال (Perinatal period):** این دوره پس از به دنیا آمدن نوزاد (بعد از هفته‌ی ۲۰) شروع می‌شود و ۲۸ روز کامل بعد از زایمان به پایان می‌رسد. اگر مقادیر مربوط به دوره‌ی پری‌ناتال به جای سن حاملگی بر اساس وزن هنگام تولد باشند، شروع دوره‌ی پری‌ناتال از وزن ۵۰۰ گرم نوزاد می‌باشد.
- **تولد (Birth):** خارج شدن کامل جنین از مادر بعد از هفته‌ی ۲۰ حاملگی، تولد نامیده می‌شود. اگر براساس معیارهای دقیق زمان‌بندی شده نباشد، جنین‌های دارای وزن کم‌تر از ۵۰۰ گرم معمولاً جزو موارد تولد محسوب نمی‌شوند و به‌عنوان محصول سقط در نظر گرفته می‌شوند.
- **وزن هنگام تولد (Birth weight):** وزن نوزاد بلافاصله پس از زایمان و یا با کم‌ترین فاصله‌ی ممکن بعد از زایمان است. این وزن باید با نزدیک‌ترین گرم بیان شود.
- **میزان تولد (Birth rate):** تعداد تولدهای زنده به ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت
- **میزان باروری (Fertility rate):** به تعداد تولدهای زنده به ازای هر ۱۰۰۰ زن ۴۴-۱۵ ساله، میزان باروری گفته می‌شود.
- **تولد زنده (Live birth):** به مواردی از تولد گفته می‌شود که نوزاد در هنگام تولد و یا مدتی بعد از آن، خودبه‌خود تنفس کند و یا هرگونه نشانه‌ی دیگر حیات مانند ضربان قلب یا حرکات قطعی و خودبه‌خودِ عضلات ارادی را نشان دهد.
  افتراق ضربان قلب از انقباضات گذرای قلب و افتراق تنفس از تلاش‌های زودگذر تنفسی یا gaspها (نفس‌نفس زدن) ضروری است.
- **مرده‌زایی (Still birth) یا مرگ جنین (Fetal death):** فقدان نشانه‌های حیات نوزاد در هنگام تولد
- **مرگ اوایل نوزادی (Early neonatal death):** مرگ نوزاد زنده در ۷ روز اول بعد از تولد
- **مرگ اواخر نوزادی (Late neonatal death):** مرگ نوزاد پس از ۷ روزگی اما قبل از ۲۹ روزگی.
- **میزان مرده‌زایی (Still birth rate) یا میزان مرگ جنین (Fetal death rate):** تعداد نوزادان مرده متولد شده در هر ۱۰۰۰ تولد نوزاد اعم از تولدهای زنده و موارد مرده‌زایی.

فصل

۲

آناتومی مادر

دیواره‌ی قدامی شکم

دیواره‌ی قدامی شکم محدوده‌ی احشایی شکم را تشکیل می‌دهد و شامل قسمت‌های زیر می‌باشد:

- ❖ پوست
- ❖ لایه‌ی زیرجلدی
- ❖ عضله

پوست

خطوط لانگر در دیواره‌ی قدامی شکم در لایه‌ی پوست قرار دارند، این خطوط جهت‌گیری الیاف درم را در پوست نشان می‌دهند و به‌صورت عرضی قرار دارند. بنابراین برش‌های عمودی پوست فشارهای جانبی زیادی را تحمل می‌کنند و اسکار پهن‌تری را به‌وجود می‌اورند.

برش‌های عرضی قسمت تحتانی شکم مانند برش فن‌اشتایل که از مسیر خطوط لانگر تبعیت می‌کنند، از نظر زیبایی اهمیت دارند.

لایه‌ی زیرجلدی

از دو لایه تشکیل شده است که شامل:

۱. لایه‌ی سطحی ← عمدتا از جنس چربی ← فاسیای کامپر نامیده می‌شود.

۲. لایه‌ی عمقی‌تر ← عمدتا ساختار غشایی ← فاسیای اسکارپا نامیده می‌شود.

فاسیای کامپر در ادامه در پرینه ← بافت چربی مونس پوبیس و لب‌های بزرگ را تشکیل می‌دهد و سپس با چربی فضای ایسکیوانال درهم امیخته می‌شود.

فاسیای اسکارپا در جهت تحتانی ← به‌صورت فاسیای کولس تا پرینه ادامه پیدا می‌کند.

عضلات شکم

در زیر لایه‌ی زیرجلدی عضلات شکم قرار دارند که شامل:

۱. عضلات راست شکمی (رکتوس ابدومینیس)

۲. عضله هرمی (پیرامیدالیس) در خط وسط

۳. عضلات مایل خارجی، مایل داخلی و عرضی شکم که در کل شکم گسترش پیدا می‌کنند.

فصل

۳

ناهنجاری‌های مادرزادی دستگاه ادراری– تناسلی

امبریوژنز غیرطبیعی اعضای تولید مثلی، سبب ناباروری، کاهش باروری، سقط و زایمان پره‌ترم می‌شود.

❖ دستگاه تناسلی خارجی، گنادها و مجاری مولرین در جنس مؤنث از پیش‌سازهای متفاوت و در ارتباط نزدیک با دستگاه ادراری و پسین روده منشا می‌گیرند.

دستگاه ادراری

❖ بین هفته‌های سوم و پنجم حاملگی ← برامدگی مزودرم بینابینی در هر سمت جنین شروع به تکامل می‌کند ← دستگاه ادراری- تناسلی ایجاد می‌شود.

❖ برامدگی ادراری- تناسلی ← به برامدگی تناسلی (که به تخمدان تبدیل خواهد شد) و برامدگی نفروژنیک تقسیم می‌شود.

❖ برامدگی‌های نفروژنیک ← به یک مزونفروس (کلیه‌ی مزونفریک) تبدیل می‌شوند.

سیر تکاملی دستگاه ادراری به‌طور متوالی از مرحله‌ی مزونفریک تا مرحله‌ی سیستم متانفریک که دائمی است، می‌باشد.

❖ از برامدگی‌های نفروژنیک ← مجرای مزونفریک (مجرای ولف) و مجرای پارامزونفریک (مجرای مولرین) به‌وجود می‌آید.

❖ دستگاه ادراری ابتدایی ← از مجرای مزونفریک تکامل می‌یابد.

❖ بین هفته‌های چهارم و پنجم ← هر یک از مجاری مزونفریک یک جوانه‌ی حالب را تشکیل می‌دهند که در جهت سری رشد می‌کند.

❖ هر یک از جوانه‌ها همزمان با دراز شدن خود ← روند تمایز متانفروس را که به کلیه‌ی نهایی تبدیل خواهد شد القا می‌کند.

❖ مزونفروس در هفته‌ی ۹ به علت رشد نامتناسب ناحیه‌ی دمی رویان ← به موقعیت نهایی خود صعود می‌کند.

❖ از هر یک از جوانه‌های حالبی نیز استطاله‌ای به‌وجود می‌آید که به مجرای متانفریک یا حالب تبدیل می‌شود.

❖ کلواک در ابتدا به صورت منفذی مشترک برای مجاری ادراری، تناسلی و گوارشی رویان تشکیل می‌شود.

❖ در هفته‌ی هفتم زندگی رویان ← دیواره‌ی (سپتوم) اورورکتال کلواک را تقسیم می‌کند و پسین روده و سینوس اوروژنیتال (ادراری- تناسلی) به‌وجود می‌آیند.

فصل

۴

فیزیولوژی مادر

تغییرات و تطابق‌های فیزیولوژیک مادر با بارداری معمولا بلافاصله بعد از لقاح آغاز می‌شود و در تمام طول حاملگی ادامه پیدا می‌کند و پس از زایمان و شیردهی تقریبا به‌طور کامل به وضعیت قبل از حاملگی بر می‌گردد.

- ❖ عوامل محرک ایجاد شده از جنین و جفت ← سبب تغییرات فیزیولوژیکی مرتبط با حاملگی می‌شود.
- ❖ تمام اعضای بدن مادر دچار این تغییرات می‌شود و آگاهی از این تغییرات فیزیولوژیک طبیعی ← برای تشخیص بیماری‌ها در دوران بارداری که از قبل وجود داشته و در حاملگی به‌صورت آشکار در آمده است، کمک‌کننده هستند.

تغییرات دستگاه تناسلی

تغییرات رحم

- ❖ در دوران بارداری رحم عضوی عضلانی با دیواره نازک و با گنجایش کافی برای قرارگیری جنین، جفت و مایع آمنیون می‌باشد.
- ❖ حجم رحم ← از ۱۰ میلی‌لیتر در خانم غیربارادر به‌طور متوسط به ۵ لیتر و یا ممکن است به ۲۰ لیتر یا بیش‌تر در هنگام ترم برسد.
- ❖ در پایان بارداری ← گنجایش رحم به ۱۰۰۰-۵۰۰ برابر وضعیت غیربارداری است.
- ❖ وزن رحم در خانم غیربارادر ۷۰ گرم است و در زمان ترم به ۱۱۰۰ گرم می‌رسد.
- ❖ در اوایل حاملگی هیپرتروفی رحم ← احتمالا در اثر استروژن و شاید پروژسترون تحریک شود بنابراین در حاملگی‌های اکتوپیک نیز تغییرات رحمی مشابه وجود دارد.
- ❖ تقریبا بعد از هفته ۱۲ حاملگی ← افزایش اندازه رحم عمدتا در اثر اعمال فشار از طرف محصولات در حال رشد حاملگی یا محتویات رحم می‌باشد.
- ❖ در قسمت فوندوس رحم ← بزرگ شدن رحم چشمگیر است به‌خصوص بخشی از میومتر که جایگاه قرارگرفتن جفت است، سریع‌تر از بخش‌های دیگر رحم بزرگ می‌شود.
- ❖ بزرگ شدن رحم در دوران حاملگی ← در اثر کشیدگی و هیپرتروفی قابل توجه سلول‌های عضلانی رخ می‌دهد اما تولید میوسیت‌های جدید به‌صورت محدود است (هیپرتروفی محسوس‌تر است).
- ❖ در چند ماه نخست حاملگی دیواره‌های رحم ضخیم‌تر است اما کم‌کم از ضخامت آن کاسته شده و در هنگام ترم ضخامت میومتر فقط در حد ۲-۱ سانتی‌متر است که به‌راحتی می‌توان از دیواره نازک رحم جنین را لمس کرد.

فصل

۵

اختلالات جفت

جفت طبیعی

❖ جفت سطح مشترک بین مادر و جنین است.

❖ اقدام ضروری در اتاق زایمان ← جفت و بندناف مشاهده و بررسی شود.

تصمیم‌گیری برای درخواست بررسی پاتولوژیک باید بر پایه‌ی یافته‌های بالینی و جفتی متکی باشد.

❖ وزن جفت در هنگام ترم ← ۴۷۰ گرم است.

❖ شکل جفت ← گرد یا بیضی به قطر ۲۲cm و ضخامت بخش مرکزی ۲/۵cmاست.

❖ جفت تشکیل شده از:
۱. دیسک جفتی
۲. پرده‌های خارج جفتی
۳. بندناف سه رگی

❖ صفحه‌ی قاعده‌ای ← سطحی از دیسک جفتی که در برابر دیواره‌ی رحم قرار دارد و توسط شکاف‌هایی به بخش‌هایی بنام کوتیلدون تقسیم می‌شود.

❖ صفحه‌ی کوریونی ← سطح جنینی جفت ← جایی که بندناف متصل است (معمولا در موقعیت مرکزی).

❖ عروق جنینی بزرگ که از عروق بندناف منشا می‌گیرند ← قبل از ورود به پرزهای اصلی پارانشیم جفت ← در عرض صفحه‌ی کوریونی گسترش و منشعب می‌شوند.

❖ در مسیر عروق جنینی ← شریان‌های جنینی تقریبا همیشه از روی وریدها عبور می‌کند (ان‌ها را قطع می‌کند).

❖ صفحه‌ی کوریونی و عروق ان ← با آمنیون نازک پوشیده می‌شوند که در نمونه‌ی بعد از زایمان به اسانی از ساختمان‌های دیگر جدا می‌شوند.

❖ نمای جفت طبیعی در دید سونوگرافی
۱. دارای نمای هوموژن
۲. ضخامت ۴-۲ cm
۳. به داخل کیسه‌ی آمنیون برامده است

❖ فضای پشت جفتی
۱. ناحیه‌ای هیپواکو که میومتر را از صفحه‌ی قاعده‌ای جفت جدا می‌کند.
۲. اندازه‌ی آن کم‌تر از ۲-۱ cm

نواحی اتصال جنینی و جفتی بندناف و تعداد عروق آن مورد بررسی سونوگرافی قرار می‌گیرند.

فصل

۶

تراتولوژی، تراتوژن‌ها و عوامل فتوتوکسیک

❖ ۸۰ درصد ناهنجاری‌های مادرزادی اتیولوژی مشخص ندارند و در میان ناهنجاری‌هایی که علت شناخته شده‌ای دارند ← حدود ۹۵ درصد موارد دارای منشا کروموزومی یا ژنتیکی هستند.

❖ کم‌تر از یک درصد ناهنجاری‌های مادرزادی ← در اثر داروها است.

❖ در ۳-۲ درصد نوزادان ← یک ناهنجاری مادرزادی عمده (ماژور) در زمان تولد وجود دارد.

تراتولوژی

❖ مطالعه‌ی ناهنجاری‌های مادرزادی و اتیولوژی آن‌ها ← تراتولوژی نامیده می‌شود.

تعریف

❖ تراتوژن ← هر عاملی که در جریان تکامل رویانی یا جنینی عمل می‌کند و سبب تغییر دائمی شکل یا عملکرد می‌شود.

❖ تراتوژن ممکن است جزو داروها یا سایر مواد شیمیایی، جزو عوامل فیزیکی یا محیطی مانند حرارت یا پرتوتابی، جزو متابولیت‌های مادری (مثلا در دیابت یا فنیل‌کتونوری) و یا از گروه عفونت‌ها (مانند سیتومگالوویروس) باشد.

تعریف دقیق تراتوژن ← فقط باعث اختلالات ساختمانی می‌شود.

هادژن ← عاملی که با بلوغ و عملکرد طبیعی یک عضو تداخل دارد.

تروفوژن ← عاملی که سبب تغییر رشد می‌شود.

معیارهای تعیین تراتوژنیسیته

۱. ناهنجاری باید کاملا شناخته شده باشد.

۲. عامل مورد نظر باید بتواند از جفت عبور کند.

۳. تماس باید در دوره‌ای بحرانی از تکامل رخ دهد.

الف) دوره‌ی قبل از لانه‌گزینی به دو هفته‌ی بین لقاح تا لانه‌گزینی که به آن دوره‌ی همه یا هیچ می‌گویند.

ب) دوره‌ی رویانی از هفته‌ی دوم تا پایان هفته‌ی هشتم است و این دوره شامل مرحله‌ی ارگانوژنز است بنابراین حیاتی‌ترین دوره از نظر ناهنجاری‌های ساختمانی محسوب می‌شود.

ج) دوره جنینی که بعد از هفته‌ی هشتم بعد از لقاح آغاز می‌شود، با تداوم بلوغ و تکامل عملکردی مشخص می‌شود. در این دوره برخی از اعضا همچنان آسیب‌پذیر هستند.

فصل

۷

مشاوره‌ی قبل از حاملگی

طبق تعریفCDC ← سلامت قبل از حاملگی شامل سلامت کلی زنان غیرحامله در طی سال‌های باروری است.
(ACOG ۲۰۱۹) و انجمن طب مادری- جنینی (۲۰۱۴، ۲۰۲۱) ← بر اهمیت مراقبت‌های قبل از حاملگی تأکید کرده‌اند و اهداف زیر را برای پیشبرد مراقبت‌های قبل از حاملگی بیان کرده‌اند:

۱) ارتقای آگاهی‌ها، نگرش‌ها و رفتارهای مردان و زنان در ارتباط با سلامت قبل از حاملگی.
۲) اطمینان از ارائه‌ی خدمات مراقبت‌های قبل از حاملگی به تمام زنان سنین باروری (از جمله، غربالگری خطر با رویکرد مبتنی بر شواهد، ترویج بهداشت و مداخلات لازم)، تا زنان بتوانند با سلامت دوران حاملگی را آغاز کنند.
۳) مداخلات در فاصله‌ی بین دو حاملگی، برای جلوگیری یا به حداقل رساندن پیامدهای نامطلوب راجعه.
۴) کاهش نابرابری‌های نژادی و اجتماعی- اقتصادی در زمینه‌ی پیامدهای نامطلوب حاملگی.

اکثر زنان وقتی متوجه‌ی حامله بودن خود می‌شوند که (معمولا ۲-۱ هفته بعد از اولین پریود فراموش شده) ← روند تشکیل رویان آغاز شده است بنابراین ← بسیاری از راهکارهای پیشگیرانه مانند تجویز اسید فولیک که برای پیشگیری از نقایص لوله‌ی عصبی انجام می‌شود، اگر در این زمان شروع شوند، مؤثر نخواهد بود.

- ❖ ۴۵ درصد تمام حاملگی‌ها در ایالات متحده ← برنامه‌ریزی نشده (ناخواسته) هستند. و این حاملگی‌ها در معرض بیش‌ترین خطر قرار دارند.
- ❖ پیامدهای حاملگی به تعامل انواع مختلف عوامل مادری، جنینی و محیطی بستگی دارند ← بنابراین نسبت دادن یک پیامد نامطلوب به یک مداخله‌ی اختصاصی کار دشواری است.
- ❖ غربالگری روتین در افرادی که قصد حامله شدن دارند، باید انجام شود.

جلسه‌ی مشاوره

- ❖ مراجعه با تست حاملگی منفی ← زمان بسیار مناسبی برای آموزش است.
- ❖ ارزیابی ابتدایی شامل ← بازنگری جامع بر شرح حال (سابقه) طبی، زایمانی، اجتماعی و خانوادگی است.

سه‌ماهه‌ی چهارم

- ❖ (ACOG ۲۰۱۸) توصیه کرده است ← سه‌ماهه‌ی چهارم که برای بهینه‌سازی مراقب‌های بعد از زایمان و ارائه‌ی مشاوره در مورد روش‌های جلوگیری از حاملگی طراحی شده است، مرحله‌ای برای تنظیم حاملگی‌های بعدی و برنامه‌ریزی سلامت طولانی مدت زنان نیز محسوب می‌شود.

فصل

۸

مراقبت‌های پره‌ناتال

❖ تعریف مراقبت‌های پره‌ناتال از نظر AAP و (ACOG ۲۰۱۷) ← برنامه‌ی جامع قبل از زایمان، رویکردی هماهنگ به مراقبت‌های طبی، بررسی مداوم خطر و حمایت روانی است که در حالت بهینه قبل از حاملگی شروع می‌شود و در سرتاسر دوره‌ی پس از زایمان و فاصله‌ی زمانی بین حاملگی‌ها ادامه پیدا می‌کند.

❖ ↑ خطی خطر زایمان پره‌ترم، مرده‌زایی، مرگ زودهنگام و دیرهنگام دوره‌ی نوزادی و میزان مرگ‌ومیر شیرخوارگی ← با ↓ استفاده از مراقبت‌های پره‌ناتال رخ می‌دهد.

❖ طبق مطالعات ↑ ۵ برابر مرگ‌ومیر مادر ← در اثر عدم دریافت مراقبت‌های پره‌ناتال رخ داده است.

❖ در زنان مبتلا به دیابت ← تبعیت از مراقبت‌های پره‌ناتال سبب ↓ تعداد موارد بستری نوزادان در واحد مراقبت‌های ویژه نوزادان می‌شود.

❖ شرکت در کلاس‌های آموزش فرزندآوری سبب ← بهبود پیامدهای حاملگی می‌شود.

❖ در زنانی که در روند مراقبت‌های گروهی پره‌ناتال ثبت نام کرده‌اند ← پیامدهای حاملگی به‌طور معنی‌دار بهتر از دریافت مراقبت فردی بوده است.

❖ به‌طور کلی در زنانی که مراقبت‌های پره‌ناتال دریافت کرده‌اند ← پیامدهای حاملگی بهتر بود.

تشخیص حاملگی

❖ تشخیص حاملگی زمانی است که ← زنان با علائم حاملگی و یا با نتیجه‌ی مثبت تست ادراری خانگی حاملگی مراجعه می‌کنند.

❖ از تست تاییدی ادرار یا خون ← برای بررسی گنادوتروپین کوریونی انسان (hCG) استفاده می‌شود.

❖ در مواردی که احتمال سقط یا حاملگی اکتوپیک وجود دارد ←از سونوگرافی استفاده می‌شود.

علائم و نشانه‌ها

❖ در زنان سالمی که در سنین باروری قرار دارند و قبلا دارای قاعدگی‌های خودبه‌خود سیکلیک و قابل پیش‌بینی بوده‌اند ← بروز آمنوره قویا مشخص‌کننده‌ی بارداری است.

❖ آمنوره زمانی نشانه‌ی قابل اعتماد حاملگی است که ← ۱۰ روز یا بیش‌تر از زمان مورد انتظار برای شروع قاعدگی گذشته باشد.

فصل

۹

سقط

سقط سه‌ماهه‌ی اول و سه‌ماهه‌ی سوم

- اختلالات ژنتیکی ← علت اکثر سقط‌های زود هنگام
- سقط در مراحل بعدی حاملگی و یا سقط راجعه در زنان ← بیش‌تر به علت نقش یک علت مزمن و احتمالا تغییرپذیر یا قابل اصلاح می‌باشد.

تعریف سقط

خاتمه یافتن خودبه‌خود یا القایی حاملگی قبل از رسیدن جنین به قابلیت حیات.

✓ طبق تعریف مرکز آمار بهداشتی و WHO ← سقط به‌صورت ختم حاملگی قبل از هفته‌ی ۲۰ حاملگی و یا وزن کم‌تر از ۵۰۰ گرم جنین تعریف می‌شود. (میانگین وزن جنین در ۲۰ هفتگی حدود ۳۳۰ گرم و در هفته‌ی ۲۲، ۵۰۰ گرم است).

❖ تعریف سقط زودرس (از دست رفتن زود هنگام حاملگی) از نظر (ACOG ۲۰۱۹) ← حاملگی داخلی رحمی (IUP) غیرقابل حیات که در آن در $12\frac{6}{7}$ هفته‌ی اول حاملگی، یا ساک حاملگی خالی است و یا در آن رویان یا جنینی بدون فعالیت قلب جنینی وجود دارد.

❖ سقط راجعه ← زنان مبتلا به سقط‌های مکرر

❖ سقط القایی ← خاتمه دادن به زندگی جنین که قابلیت حیات ندارد با روش‌های جراحی یا طبی

❖ سقط خودبه‌خود شامل ← تهدید به سقط، سقط اجتناب ناپذیر، سقط فراموش شده، سقط ناقص و کامل

❖ سقط عفونی ← تمام موارد مذکور که دچار عفونت شده‌اند.

❖ حاملگی با محل نامشخص (PUL) ← حاملگی تشخیص داده شده با سنجش βhcG اما عدم تایید محل آن در سونوگرافی.

پنج گروه برای تقسیم‌بندی مراحل ابتدایی حاملگی شامل:

۱. حاملگی اکتوپیک قطعی

۲. حاملگی اکتوپیک احتمالی

۳. PUL

۴. IUP احتمالی

۵. IUP قطعی

فصل

۱۰

حاملگی خارج رحمی

حاملگی اکتوپیک (نابه‌جا)

❖ لانه‌گزینی بلاستوسیت به دنبال لقاح و عبور از لوله‌ی فالوپ، در پوشش اندومتری حفره‌ی رحم است.
❖ لانه‌گزینی در هر نقطه‌ی دیگر نابه‌جا یا اکتوپیک نامیده می‌شود.
❖ لانه‌گزینی اکتوپیک، عامل ۳ درصد تمام مرگ‌های مرتبط با حاملگی است.
❖ با سنجش میزان ادراری و سرمی زیر واحد بتای گنادوتروپین کوریونی انسان ($\beta - hCG$) و سونوگرافی ترانس واژینال (TVS)، به تشخیص سریع‌تر حاملگی اکتوپیک، $\uparrow$ میزان بقای مادر و احتمال حفظ قدرت باروری کمک می‌کند.

حاملگی لوله‌ای

❖ حاملگی‌های اکتوپیک در قطعات مختلف لوله‌ی فالوپ ← حدود ۹۵ درصد
❖ آمپول ← شایع‌ترین محل (۷۰ درصد)
❖ ایسم ← ۱۲ درصد
❖ فیمبریه ← ۱۱ درصد
❖ ناحیه‌ی بینابینی ← ۲ درصد
❖ ۵ درصد بقیه‌ی حاملگی‌های اکتوپیک ← از نوع غیرلوله‌ای هستند و در تخمدان، حفره‌ی صفاق، سرویکس یا اسکار سزارین قبلی لانه‌گزینی می‌کنند.
❖ حاملگی هتروتوپیک ← گاهی‌اوقات، حاملگی چندقلویی دیده می‌شود که متشکل از جنینی با لانه‌گزینی طبیعی در رحم همراه با جنین دیگری با لانه‌گزینی اکتوپیک است.
❖ در مورد تمام مناطق حاملگی اکتوپیک ← روند درمان تحت تاثیر زنده بودن حاملگی، سن حاملگی، سلامت مادر، تمایل به حاملگی فعلی و وضعیت باروری در آینده، مهارت پزشک و منابع در دسترس، قرار می‌گیرد.
❖ صرف نظر از محل حاملگی ← به زنان D منفی، دارای حاملگی اکتوپیک ایمونوگلوبولین آنتیD تجویز می‌شود.
❖ در حاملگی‌های سه‌ماهه‌ی اول ← یک دوز واحد داخل عضلانی ۵۰ تا ۱۲۰ میکروگرمی و در مراحل بعدی ۳۰۰ میکروگرم تجویز می‌شود.

فصل

۱۱

بیماری‌های تروفوبلاستیک حاملگی

- بیماری‌های تروفوبلاستیک حاملگی (GTD)
  - ۱. مول‌های هیداتیفورم (با حضور پزر)
    - ۱. مول‌هیداتیفورم کامل (خوش خیم)
    - ۲. مول هیداتیفورم ناقص (خوش خیم)
    - ۳. مول مهاجم (بدخیم)
  - ۲. نئوپلاسم‌های تروفوبلاستیک بدخیم غیرمولی (فاقد پرز)
    - ۱. کوریوکارسینوم
    - ۲. تومور تروفوبلاستیک جایگاه جفت
    - ۳. تومور تروفوبلاستیک اپی‌تلیوئید

❖ مول‌های هیداتیفورم (هیداتیدیفورم) ← جفت‌های نارسی هستند که دچار ادم بسیار شدید شده‌اند.
❖ اشکال بدخیم GTD را نئوپلازی تروفوبلاستیک حاملگی (GTN) می‌نامند.

- نئوپلازی تروفوبلاستیک حاملگی (GTN)
  - ۱. مول مهاجم
  - ۲. کوریو کارسینوم
  - ۳. تومور تروفوبلاستیک جایگاه جفت
  - ۴. تومور تروفوبلاستیک اپی‌تلیوئید

❖ انواع بدخیم هفته‌ها تا سال‌ها پس از اتمام انواع حاملگی به وجود می‌آید اما به‌طور شایع به دنبال مول‌هیداتیفورم رخ می‌دهند.
❖ برای تشخیص و درمان انواع این بدخیمی‌ها ← اغلب از سنجش میزان سرمی $\beta - hCG$ همراه با یافته‌های بالینی استفاده می‌شود.
❖ یافته‌های هیستولوژیک کلاسیک حاملگی مولی شامل ← پرولیفراسیون تروفوبلاستیک و پرزهای دارای ادم استرومایی هستند.

- معیارهای تقسیم‌بندی مول‌های هیداتیفورم به مول کامل و مول ناقص
  - ۱. شدت تغییرات هیستولوژیک
  - ۲. تفاوت‌های کاریوتایپی
  - ۳. رنگ‌آمیزی ایمونولوژیک
  - ۴. حضور یا فقدان عناصر رویانی

فصل

۱۲

تشخیص پره‌ناتال

❖ تشخیص پره‌ناتال ← علم شناسایی اختلالات مادرزادی و وضعیت‌های ژنتیکی در جنین است.
❖ این بررسی‌ها شامل ← تشخیص ناهنجاری‌های ساختمانی با سونوگرافی تخصصی، تست‌های غربالگری برای آنوپلوئیدی، غربالگری وضعیت حاملی بیماری‌های ژنتیکی و تست‌های تشخیصی بر روی پرزهای کوریونی و مایع آمنیون هستند.
❖ در ۴ مورد از هر ۱۰۰۰ حاملگی یک اختلال کروموزمی وجود دارد.
❖ هدف از تشخیص پره‌ناتال ← کسب اطلاعات صحیح در مورد پیش‌آگهی کوتاه‌مدت و درازمدت، خطر عود و درمان‌ها است.
❖ ارتباط بین افزایش میزان آلفا- فتوپروتئین سرم مادر (MSAFP) و مایع آمنیون با نقایص لوله‌ی عصبی جنین ثابت شده است.
❖ هنگامی که غربالگری در هفته‌های ۱۸-۱۶ حاملگی انجام می‌شود ← میزان تشخیص در حاملگی‌های همراه با آنوپلوئیدی جنین به ۹۰ درصد و در حاملگی‌های همراه با اسپاینا بیفیدای باز به ۸۰ درصد می‌رسد که با مقادیر مربوط به تست‌های غربالگری فعلی قابل مقایسه هستند. (ACOG ۲۰۱۹).
❖ اولین اقدام برای ارزیابی افزایش غیرطبیعی میزان MSAFP ← بررسی سونوگرافیک سطح یک است.
❖ این روش غربالگری مشخص می‌کند که ← اتیولوژی یگ سوم حاملگی‌های همراه با افزایش MSAFP، تخمین نادرست سن حاملگی، حاملگی چندقلویی یا مرگ جنین است.
❖ در دو سوم باقی‌مانده ← آمنیوسنتز ارائه می‌شود.
❖ اگر غلظت AFP مایع آمنیون بالا باشد ← بررسی سونوگرافیک سطح دو برای شناسایی و تعیین مشخصات ناهنجاری جنین انجام می‌شود.
❖ در صورت بالابودن میزان AFP مایع آمنیون ← همزمان سنجش استیل کولین استراز مایع آمنیون انجام می‌شود. چون استیل کولین استراز از بافت عصبی باز به داخل مایع آمنیون نشت می‌کند، از وجود هر دو آنالیت برای تایید تشخیص استفاده می‌شود.
❖ سایر اختلالات جنین نیز ممکن است با افزایش AFP مایع آمنیون و نتیجه‌ی مثبت سنجش استیل کولین استراز همراه باشند. این اختلالات شامل ← نقایص دیواره‌ی شکم (ونترال)، آترزی‌مری، تراتوم جنین، اکستروفی کلوآک و اختلالات پوستی مانند اپیدمولیزتاولی هستند.
❖ امروزه اکثر نقایص لوله‌ی عصبی با بررسی سونوگرافیک استاندارد تشخیص داده می‌شوند و بررسی سونوگرافیک جامع، تست تشخیصی ارجح است (ACOG ۲۰۱۹).

فصل

۱۳

بررسی جنینی قبل از تولد

هدف از نظارت جنینی قبل از تولد این‌است که ← در حاملگی‌های همراه با وضعیت‌های پیچیده‌ی مادری و جنینی، از مرگ جنین جلوگیری شود و از انجام مداخلات غیرضروری پرهیز شود (ACOG ۲۰۲۱).

تکنیک‌هایی که برای بررسی سلامت جنین به‌کار می‌روند بیش‌تر بر یافته‌های بیوفیزیکی جنین مانند: ضربان قلب، حرکات جنین، تنفس و حجم مایع آمنیون تمرکز دارند.

معمولا اکثر جنین‌ها سالم هستند و نتایج تست اطمینان‌بخش است و مرگ جنین در صورت طبیعی بودن نتایج تست، در عرض یک هفته بعد از انجام آن، به‌ندرت اتفاق می‌افتد.

ارزش اخباری منفی (نتیجه‌ی منفی واقعی تست، از نظر مخاطره‌ی جنینی) ۹۹/۸ درصد یا بیش‌تر است.

ارزش اخباری مثبت (نتیجه‌ی مثبت واقعی تست از نظر مخاطره‌ی جنینی) کم و در محدوده‌ی ۴۰-۱۰ درصد است.

حرکات جنین– حالت‌های رفتاری جنین

- فعالیت جنین ← در هفته‌ی ۷ حاملگی شروع می‌شود.
- در فاصله‌ی هفته‌های ۲۰ تا ۳۰ حاملگی ← حرکات عمومی بدن حالت سازمان یافته پیدا می‌کنند و سیکل‌های استراحت، فعالیت در جنین شروع می‌شوند.
- این سیکل‌ها نشان دهنده‌ی تکامل و بلوغ دستگاه عصبی مرکزی هستند.
- تقریبا در هفته‌ی ۳۶ حاملگی ← سیکل‌های استراحت –فعالیت در اکثر جنین‌های طبیعی به حالت‌های رفتاری تبدیل می‌شوند.
- چهار حالت رفتاری جنین عبارتند از:
- حالت ۱F: در حالت ۱F یا حالت خاموش (خواب آرام)، تعداد ضربان قلب جنین طیف نوسانی محدودی دارد.
- حالت ۲F: این حالت، شامل حرکات محسوس مکرر بدن، حرکات چشمی مداوم و نوسان‌های گسترده‌تر تعداد ضربان قلب است.

این مرحله، همتای مرحله‌ی حرکات سریع چشمی (REM) یا خواب فعال در نوزاد است.

- حالت ۳F: در این حالت، حرکات پیوسته‌ی چشم در غیاب حرکات بدن و بدون تسریع تعداد ضربان قلب رخ می‌دهند.
- این حالت نادر است و در مورد وجود آن اختلاف نظر وجود دارد.
- حالت ۴F: در این حالت، حرکات شدید بدن همراه با حرکات پیوسته‌ی چشم و تسریع ضربان قلب دیده می‌شوند.

این مرحله، معادل مرحله‌ی بیداری در نوزادان است.

فصل

۱۶

لیبر غیرطبیعی (دیستوشی)

به ↓ غیرطبیعی پیشرفت لیبر یا لیبر دشوار دیستوشی گفته می‌شود.

علل دیستوشی

۱. اختلالات نیروها (ضعیف بودن قابلیت انقباضی رحم و زور زدن مادر): ناکافی بودن قدرت انقباضات رحمی برای دیلاتاسیون و افاسمان سرویکس که اختلال عملکرد رحم گفته می‌شود. و ناکافی بودن زور زدن مادر در طی مرحله‌ی دوم لیبر.

۲. اختلالات عبورکننده (جنین): اختلالات نمایش، وضعیت یا آناتومی جنین.

۳. اختلالات محل عبور (لگن و مجاری تناسلی تحتانی): تغییرات ساختاری لگن که سبب تنگ شدن لگن مادر می‌شود یا اختلالات بافت نرم دستگاه تناسلی، مانع نزول جنین می‌شود.

برای تعریف لیبر ناکارآمد دو اصطلاح وجود دارد ← عدم تناسب سری لگنی (CPD): توقف لیبر در اثر ناهماهنگی بین اندازه‌ی سر جنین و ابعاد لگن مادر.

ناتوانی پیشرفت: فقدان دیلاتاسیون پیشرونده‌ی سرویکس یا توقف نزول جنین (چه در لیبر خودبه‌خود چه در لیبر تحریک شده).

جدول ۱. علل دیستوشی در جنین‌های تک‌قلوی ورتکس ترم

عوامل جنینی	عوامل هنگام زایمان	عوامل مادری
نمایش: صورت، پیشانی، سین‌سیپوت وضعیت: OT، OP، آسینکلیتیسم ماکروزومی ناهنجاری: ترائوم ساکروکوکسی‌ژئال ، هیدروسفالی، تومور جمجمه‌ای-صورتی، آنانسفالی	هیدرآمنیوس کوریوآمنیونیت آنالژزی نوراگزیال جایگاه بالاتر در آغاز لیبر زور زدن ضعیف مادر: تسکین‌بخشی، درد شدید، بلوک منطقه‌ای شدید، بیماری نورولوژیک	نولی‌پاریته بالا بودن سن چاقی لیومیوم رحمی ناهنجاری‌های مولرین رحم انواع لگن: آنتروپوئید، آندروئید، پلتی‌پلوئید، کم بودن اقطار لگن قامت کوتاه سابقه‌ی شکستگی لگن تومور لگن

اختلال نیروهای خارج‌کننده

انواع اختلال عملکرد رحم

برای دیلاتاسیون سرویکس و خروج جنین، انقباضات رحمی ضروری است.
انقباضات طبیعی و خودبه‌خود رحمی سبب اعمال فشارهایی در حد ۶۰ میلی‌متر جیوه هستند.
حد تحتانی فشار لازم برای دیلاتاسیون سرویکس ← ۱۵ میلی‌متر جیوه است.

دو نوع اختلال عملکرد فیزیولوژیک رحمی

اختلال هیپوتونیک: تون پایه طبیعی و انقباضات دارای الگوی هماهنگ هستند، اما فشار در طی هر انقباض رحمی برای دیلاتاسیون سرویکس ناکافی است.

اختلال هیپروتونیک (اختلال عملکرد رحم ناشی از ناهماهنگی): تون پایه ↑ قابل توجهی می‌یابد و یا گرادیان فشار تغییر شکل می‌دهد.

عوامل خطر اختلال عملکرد رحم

۱. آنالژزی نورآگزیال لیبر را آهسته‌تر می‌کند (مرحله‌ی اول و دوم لیبر) اما میزان زایمان سزارین را ↑ نمی‌دهد.
۲. کوریوآمنیونیت با لیبر طولانی‌مدت همراه است، زنان مبتلا از نظر پیشرفت لیبر پایش می‌شوند و تقویت لیبر طولانی‌مدت اقدامی منطقی است. عفونت رحم یا به‌طور مستقیم در اختلال عملکرد لیبر دخالت دارد یا یکی از عواقب مرتبط با طولانی شدن و اختلال عملکرد است.
۳. بالا بودن جایگاه سر جنین در ابتدای لیبر با دیستوشی بعدی همراه است. اما اکثر زنان نولی‌پار که در هنگام تشخیص لیبر فاقد آنگاژمان بودند، از طریق واژینال زایمان کردند، در زنان مولتی‌پار چون سر جنین در مراحل بعدی لیبر نزول می‌کند این عامل وجود دارد.
۴. ↑ سن مادر حتی پس از تعدیل نتایج از نظر وزن، پاریته‌ی مادر و وزن جنین، باعث ↑ دیستوشی می‌شود.

در زنان نولی‌پار نیز پس از تعدیل نتایج از نظر دیابت توام، وزن جنین و پاریته مادر، چاقی مادر سبب طولانی شدن مرحله‌ی اول لیبر به میزان ۳۰ تا ۶۰ دقیقه می‌شود و میزان زایمان سزارین مرتبط با دیستوشی ↑ می‌یابد.

✓ مطالعات نشان داده است چاقی اثر بیولوژیک پاتولوژیکی بر روند وضع حمل طبیعی دارد.

اختلالات لیبر

طولانی شدن مرحله‌ی نهفته

مرحله‌ی نهفته‌ی طولانی به مدت بیش از ۲۰ ساعت در زنان نولی‌پار و به مدت بیش از ۱۴ ساعت در زنان مولتی‌پار تعریف می‌شود.

✓ اگر انقباضات رحم متوقف شود بر لیبر کاذب دلالت دارد اما اگر طولانی شدن غیرطبیعی و پابر جای مرحله‌ی نهفته رخ دهد، درمان آمنیوتومی و تحریک با اکسی‌توسین است.

درمان

مراقبت حمایتی با اکسی‌توسین یا آمنیوتومی، بنابراین CD (سزارین) اندیکاسیون ندارد.

✓ تشخیص اختلال عملکرد رحم در مرحله‌ی نهفته ← دشوار و معمولا به‌صورت گذشته‌نگر است. (زنانی که هنوز وارد مرحله‌ی لیبر فعال نشده‌اند، معمولا به‌صورت نادرست به علت اختلال حدسی عملکرد رحم درمان می‌شوند).

اختلالات مرحله‌ی فعال { پیشرفت آهسته (اختلال طولانی شدن)
توقف مسیر پیشرفت (اختلال توقف)

جامــع

حاوی تمامی مطالب و نکات لازم
برای کنکور براساس منابع

بانک سوالات

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

الگــوریتم

چکیده‌ی تمامی مطالب و نکات لازم
برای کنکور براساس منابع

سوالات تألیفی

تألیف سوالات مشابه کنکور



دریافت نمونه‌ی کتاب به‌صورت رایگان

FREE
DOWNLOAD

www.agkins.com

جامـــع

حاوی تمامی مطالب و نکات لازم
برای کنکور براساس منابع

بانک سوالات

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

الگـــوریتم

چکیده‌ی تمامی مطالب و نکات لازم
برای کنکور براساس منابع

سوالات تألیفی

تألیف سوالات مشابه کنکور



دریافت نمونه‌ی کتاب به‌صورت رایگان

FREE
DOWNLOAD

www.agkins.com

شماره تماس با نمایندگی‌های فعال و رسمی

آناهیـد گستـر خـلیـلی

نمایندگی	شماره تماس	نمایندگی	شماره تماس
اراک (آقای حسینی)	۰۹۹۱۳۷۱۳۷۵۰	سبزوار (آقای شریفان)	۰۹۱۰۱۷۱۱۸۷۲
اردبیل (خانم عاصمی‌زاده)	۰۹۱۹۹۱۰۱۲۴۸	شاهرود (آقای سلمانی)	۰۹۹۱۳۷۱۳۷۴۱
ارومیه (آقای آرمیون)	۰۹۱۹۹۱۰۱۲۴۱	شهرکرد (خانم تقی‌پور)	۰۹۱۹۹۱۰۱۲۴۹
اسفراین (خانم اسماعیل‌زاده)	۰۹۱۹۶۳۲۱۸۵۲	شیراز (آقای فروردین/ خانم هوشمندی)	۰۹۱۹۵۷۳۰۱۵۲
اصفهان (آقای کیانی)	۰۹۱۹۵۷۳۰۱۵۰	فسا (خانم شعبانی)	۰۹۱۹۳۷۱۳۷۴۲
اهواز (آقای دکتر رضازاده)	۰۹۱۹۵۷۳۰۱۵۴	قزوین (خانم چگینی)	۰۹۱۹۵۷۳۰۱۴۹
ایلام (آقای دکتر بوچانی)	۰۹۱۹۰۹۸۰۳۱۸	کرج (آقای دکتر علیرضاپور)	۰۹۱۹۷۷۸۱۹۴۷
بروجرد (آقای احمدی‌صدر)	۰۹۱۹۶۸۵۳۱۱۶	کرمان (خانم ضمانتی‌یار)	۰۹۱۳۱۹۸۱۲۷۰
بم (خانم سرحدی‌نژاد)	۰۹۹۱۳۷۱۳۷۴۹	کرمانشاه (آقای ابراهیمی)	۰۹۱۹۵۷۳۰۱۴۸
بیرجند (آقای دکتر بهروان)	۰۹۱۹۵۹۰۷۲۰۳	کوهدشت (خانم یاریان)	۰۹۱۹۵۳۷۱۸۹۰
تبریز (خانم عاصمی‌زاده)	۰۹۱۹۵۷۳۰۱۴۷	گرگان (آقای شاه‌علی)	۰۹۱۹۹۱۰۱۲۴۷
جهرم (آقای یاعلی جهرمی)	۰۹۰۱۳۷۳۷۸۹۶	مراغه (آقای صمدی)	۰۹۱۹۵۷۳۳۱۷۹
جیرفت (خانم دکتر محمدی)	۰۹۱۹۹۱۰۱۲۴۰	مشهد (خانم دکتر شجاعی)	۰۹۹۱۳۷۱۳۷۴۴
خرم‌آباد (خانم میر)	۰۹۱۹۲۷۰۵۸۷۸	میاندوآب (آقای صمدی)	۰۹۱۹۵۷۳۳۱۷۹
رشت (خانم تنها)	۰۹۱۹۵۷۳۰۱۵۳	نیشابور (آقای موسوی)	۰۹۱۹۶۳۵۰۷۶۸
رفسنجان (آقای یوسفی)	۰۹۱۹۶۸۲۹۲۸۰	هرمزگان (آقای زارعی)	۰۹۱۹۵۷۳۳۲۸۴
زاهدان (آقای مهمان‌دوست)	۰۹۱۹۹۱۰۱۲۴۵	همدان (آقای سوری)	۰۹۱۹۵۷۳۰۱۵۵
زنجان (خانم دکتر هوشیار)	۰۹۱۹۲۷۰۵۸۷۱	یاسوج (آقای مرتضوی)	۰۹۱۹۵۹۰۷۲۰۴
ساری (آقای دکتر اکبری)	۰۹۱۹۷۷۸۱۹۴۴	یزد (خانم 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

کتب دانشگاهی، فنی‌و مهندسی، علوم پزشکی، علوم انسانی، عمومی،
ادبی، مذهبی، کمک آموزشی، کودک و نوجوان و کتب نفیس

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

پاساژ فروزنده – طبقه همکف – پلاک ۳۳۱

تلفن: ٦٦٤٨٩٣٧٥ – ۰۲۱ – ٦٦٤٨٩٣٤٩ – ۰۲۱