

1685

دعای پیش از مطالعه

اَللهُمَ اَخرِجنی مِن ظُلُماتِ الوَهمِ وَاَکرِمنی بِنُورِ الفَهمِ
اَللهُمَ افتِح عَلَینا اَبوابَ رَحمتَکَ وَ انشُر عَلَینا خَزائِنِ 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

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، 1372-
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، 1404.
مشخصات ظاهری	: 2 ج
شابک	: دوره: 978-622-4744-42-5، ج 1: 978-622-4744-43-2، ج 2: 978-622-4744-44-9
وضعیت فهرست‌نویسی	: فیپا
موضوع	: آبستنی و زایمان -- رئوس مطالب Obstetrics -- Outlines, syllabi, etc
شناسه افزوده	: خوشنام راد، مهسا، 1369-
شماره کتابشناسی ملی	: 9988351

انتشارات آناهید گستر خلیلی

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

تألیف و گردآوری: سپیده کیوانفر . دکتر مهسا خوشنام‌راد

ناشر: آناهید گستر خلیلی

نوبت و سال چاپ: اول . 1404

شمارگان: 1000

چاپ و صحافی: گیلان

مدیر تولید: امیرحسین خلیلی

مدیر فنی و هنری: مریم آرده

تایپ و صفحه‌آرایی: آرزو راضی

بهاء: 150000 تومان

آموزشگاه/ فروشگاه: 02166568621

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

مدیر فروش: 09191685970 (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 17 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 گلچین 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 به‌کار 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 این‌که 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 مژده 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 09191685970 فقط و فقط پیامک نمایید.

مشاور و مدیر تولید

امیرحسین خلیلی

طلیعه 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 کسانی‌که 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 این‌جا 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 آناهید گستر خلیلی که این فرصت را در اختیارم قرار داده تا بتوانم به دوستداران رشته‌ی مامایی خدمتی ارائه کرده باشم، پیروزی را در رسیدن به اهداف بلند علمی و آموزشی آرزو می‌کنم.

با احترام

سپیده کیوانفر

فهرست مطالب

فصل و عنوان **صفحه**

فصل اول: تعریف‌ها 9
فصل دوم: آناتومی مادر 11
فصل سوم: ناهنجاری‌های ادراری- تناسلی مادرزادی 19
فصل چهارم: فیزیولوژی مادر 26
فصل پنجم: اختلالات جفت 43
فصل ششم: مشاوره قبل از حاملگی 48
فصل هفتم: مراقبت‌های پره‌ناتال 51
فصل هشتم: تصویربرداری از جنین 61
فصل نهم: مایع آمینون 73
فصل دهم: تراتولوژی و داروهای مؤثر بر جنین 77
فصل یازدهم: ژنتیک 85
فصل دوازدهم: تشخیص پره‌ناتال 89
فصل سیزدهم: اختلالات جنینی 98
فصل چهاردهم: درمان جنین 106
فصل پانزدهم: بررسی قبل از زایمان 112
فصل شانزدهم: سقط 117
فصل هفدهم: حاملگی نابه‌جا 125
فصل هجدهم: بیماری تروفوبلاستیک حاملگی 133
فصل نوزدهم: فیزیولوژی لیبر 139
فصل بیستم: لیبر طبیعی 144
فصل بیست و یکم: لیبرغیرطبیعی 152
فصل بیست و دوم: بررسی هنگام زایمان 159

فصل

1

تعریف‌ها

- **Perinatal Period**: به 28 روز اول پس از تولد یک نوزاد که پس از 20 هفتگی متولد می‌شود، گفته می‌شود.
- **میزان تولد (Birth Rate)**: تعداد تولدها زنده به ازای هر 1000 نفر جمعیت
- **میزان باروری (Fertilily rate)**: تعداد تولدهای زنده به ازای هر 1000 زن 44-15 ساله
- **مرگ اوایل نوزادی (early neonatal death)**: به مرگ نوزاد زنده طی 7 روز اول زندگی
- **مرگ اواخر نوزادی (late neonatal death)**: به مرگ نوزاد زنده پس از 7 روزگی تا قبل از 29 روزگی گفته می‌شود.
- **میزان مرگ‌ومیر پری‌ناتال (Perionatal mortality rate)**: تعداد موارد مرده‌زایی + تعداد مرگ‌ومیرهای نوزادان در هر 1000 تولد کلی
- **شیرخوار** ← از آغاز تولد تا پایان ماه 12 ام زندگی
- **نوزاد Term (37 هفته کامل- 42 هفته کامل)**:
  - **Early**: پایان 37 تا پایان 38 هفتگی
  - **Full**: پایان 39 تا پایان 40 هفتگی
  - **Late**: پایان 41 تا پایان 42 هفتگی
- **ختم حاملگی** ← از بین بردن هدفمند حاملگی داخل رحمی با هدفی غیر از به‌دنیا آمدن نوزاد زنده

فصل

6

مشاوره قبل از حاملگی

شرح حال

- **دیابت:**
  - آغاز حاملگی با کم‌ترین میزان هموگلوبین A_1C در حدی که خطر هایپوگلایسمی مادر را تهدید نکند.
  - بررسی و کاهش خطر ناهنجاری جنینی با کنترل و بررسی HbA_1C در 6 هفته قبل از حاملگی
- **صرع:**
  - خطر افزایش ناهنجاری جنینی در نوزادانی که مادران‌شان تحت درمان با داروهای ضدصرع بودند، وجود دارد.
  - کاهش 70-50 درصدی خطر صرع در کسانی‌که در 1 سال قبل تشنج نداشته‌اند.
  - باید درمان تک دارویی شود و با دارویی که تراتوژنیسیته کم‌تری دارد، انجام شود.
  - مصرف مکمل اسید فولیک
- پرهیز از مصرف والپروئیک اسید
  - **قطع داروهای ضدتشنج در:**
    - کسانی‌که 5-2 سال تشنج نداشته
    - یک نوع واحد صرع دارند.
    - معاینه نورولوژیک طبیعی داشته‌اند.
    - بازگشت به حالت طبیعی الکتروآنسفالوگرافی

فصل

9

مایع آمینون

حجم طبیعی مایع آمینون

- 30 mL در هفته 10 ← 200 mL در هفته 16 ← 800 mL در اواسط هفته سوم
- 98% از آب تشکیل شده است.
- **فیزیولوژی:**
  - در اوایل حاملگی ترکیب AF شبیه مایع خارج سلولی است.
  - در اوایل حاملگی انتقال مواد از طریق عروق جنینیِ موجود در سطح جفتی و پوست جنین صورت می‌گیرد.
  - ادرار از هفته 11-8 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.
- محدوده‌ی طبیعی عمیق‌ترین بسته‌ی واحد که بیش از همه به‌کار می‌رود 8-2 سانتی‌متر است.
- جهت محاسبه‌ی AFI، رحم به چهار ربع مساوی تقسیم می‌شود و معادل مجموع عمیق‌ترین بسته منفرد از هر ربع است و تقریباً 3 برابر عمیق‌ترین بسته‌ی منفرد آمینون است.
- پرکاربردترین محدوده‌ی طبیعی AFI، 24-5 cm یا 25-5 است.

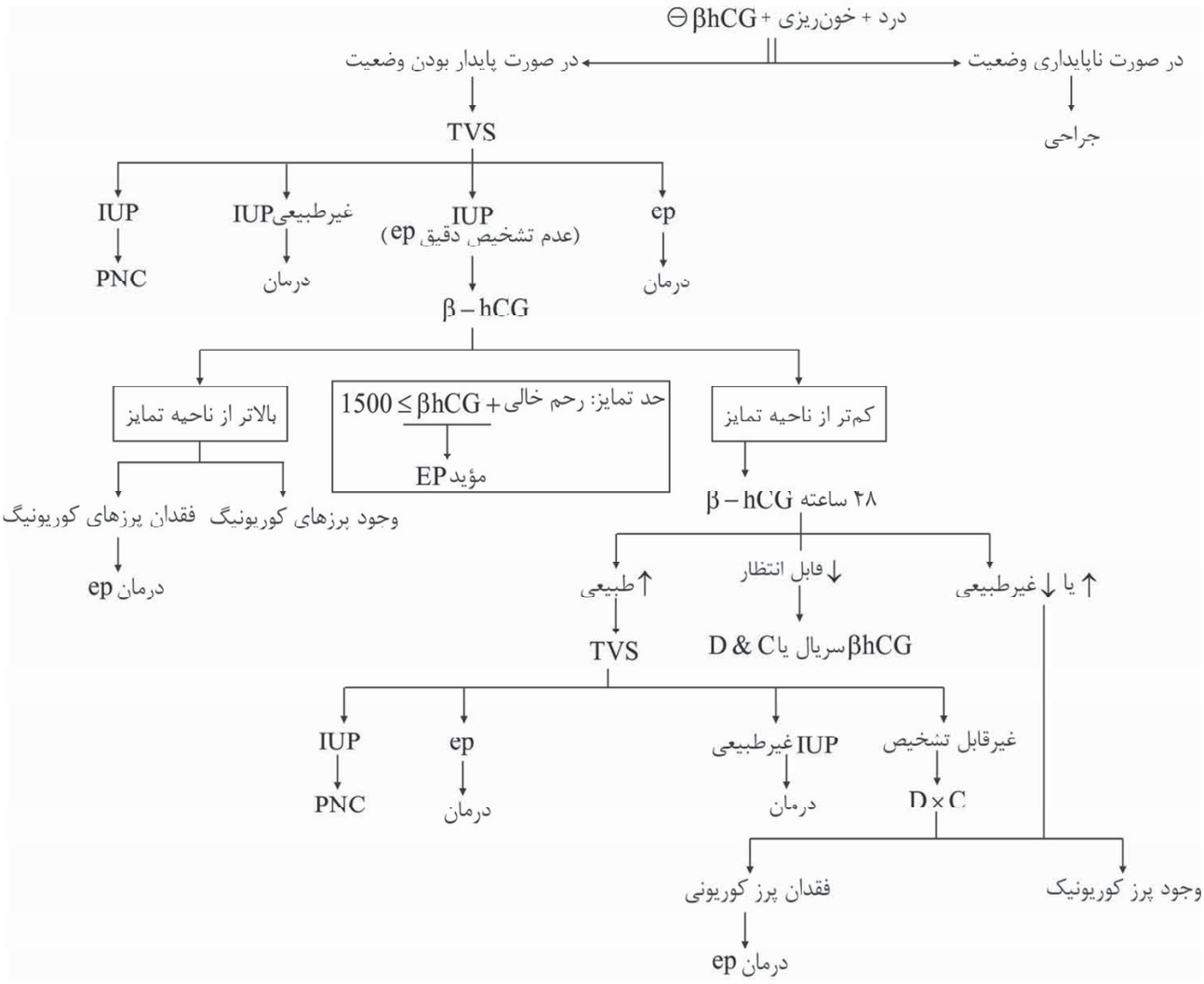
- غیاب کیسه زرده‌ای

یافته آدنکسی:

- توده آدنکسی مجزا از تخمدان
- شناسایی کیسه زرده، رویان یا جنین خارج رحمی
  - هاله‌ی هایپر 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)

هموپریتوئن:

- مایعی فاقد اکو یا هایپو اکوست.
- وجود مایع صفاقی در بن‌بست خلفی رحم همراه با توده آدنکسی قویاً ep را تأیید می‌کند.
- در کولدوسنتر مایعِ حاوی لخته‌های کهنه و مایع خونی که لخته نمی‌بندد ← هموپریتوئن
- الگوریتم تشخیص در زنان مشکلات به ep:



فصل

21

لیبر غیرطبیعی

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 به‌کار می‌رود (هم اختلال در دیلاتاسیون و هم نزول)
- **یافته‌های بالینیِ شایع در زنانِ 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 غیرمؤثر 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 60 میلی‌متر جیوه و حداقل 15 میلی‌متر جیوه ایجاد می‌کند.
- **انواع:**
  - اختلالات هایپوتونیک عملکرد رحم ← هماهنگ هستند اما فشارِ حداقل را برای دیلاتاسیون و افاسمان سرویکس ندارند.
  - اختلالات هایپرتونیک عملکرد رحم (اختلال عملکرد رحم ناشی از ناهماهنگی) ← افزایش تون پایه و یا غیرهم‌زمانیِ 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 1/2 سانتی‌متر در ساعت
    - در زنان مولتی‌پار کم‌تر از 1/5 سانتی‌متر در ساعت
  - توقف لیبر ← عدم دیلاتاسیون به‌مدت 2 ساعت یا بیش‌تر
- WHO طولانی شدن را به‌صورت دیلاتاسیون کم‌تر از 1 سانتی‌متر در مدت 4 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 1 سانتی‌متر در ساعت
    - **در زنان مولتی‌پار:** کم‌تر از 2 سانتی‌متر در ساعت
  - توقف نزول ← عدم نزول به‌مدت بیش‌تر از یک ساعت
- در صورت استفاده از آنالژزی منطقه‌ای مرحله دوم از 2 ساعت به 3 ساعت در زنان نولی‌پار و از 1 ساعت به 3 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

- آنالژزی اپیدورال ← هر دو مرحله اول و دوم را طولانی‌تر می‌کند.
- کوریوآمنیونیت 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 30-20%
  - **ولی معایبی نیز دارند:**
    - افزایش خونریزی تا 500 میلی‌لیتر بیش‌تر از حالت طبیعی
    - نوروپاتی عصب فیبولار
- **غوطه‌ور کردن در آب:**
  - کاهش آنالژزی 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 کوریوآمنیونیت یا عفونت رحمی نمی‌شود.

پارگی پیش از موعد پرده‌ها در هنگام ترم

- در صورت عدم بروز انقباضات رحمی تا 12-6 ساعت بعد از پارگی، اقدام به تحریک رحم صورت می‌گیرد.
- در بیمارستان پارکلند به محض تشخیص پارگی ← القای لیبر بعد از پذیرش

لیبر و زایمانِ سریع

- **ممکن است ناشی از:**
  - کاهش غیرطبیعی مقاومتِ قسمت‌های نرم مجرای زایمان
  - قوی بودن غیرطبیعی انقباضات رحم و شکم
  - فقدان احساس درد باشد.
- خروج جنین در کم‌تر از 3 ساعت
- **عوارض:** در صورت عدم آمادگی پرینه و کانال زایمان ← پارگی رحم، سرویکس، واژن، ولو پرینه، آتونی رحم، آمبولی مایع آمنیون:
  - در زنان مولتی‌پاری که فاصله‌ی بین انقباضات کم‌تر از 2 دقیقه است با دکولمان جفت مکونیوم و PPH و سوء مصرف کوکائین و آپگار پایین مرتبط است.
  - کاهش جریان خون رحمی- جفتی به‌علت انقباضات بدون وقفه، تروما‌ی داخل جمجمه‌ای، فلج ارب یا دوشن، پرت شدن نوزاد به کف اتاق

اختلالات مربوط به لگن

- **تنگی ورودی لگن:**
  - قطر قدامی- خلفی کم‌تر از 10 سانتی‌متر (کنژوگه دیاگونال کم‌تر از 11/5)
  - قطر عرضی کم‌تر از 12 سانتی‌متر
  - 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:**
  - شایع‌تر از تنگی ورودی لگن است.
  - قطر قدامی- خلفی کم‌تر از 11/5 سانتی‌متر
  - قطر عرض کم‌تر از 10 سانتی‌متر
  - ساژیتال خلفی کم‌تر از 5 (جمع قطر عرضی و ساژیتال خلفی کم‌تر از 13/5 سانتی‌متر)
  - **عوارض:** توقف عرضی سر، زایمان دشوار با فورسپس و سزارین
  - **تشخیص بالینی با:**
    - برجسته بودن خارهای ایسکیال
    - هم‌گرا بودن دیواره جانبی لگن
    - باریک بودن بریدگی ساکروسیاتیک

- **تنگی خروجی لگن:**
  - قطر بین توبروزیته‌های ایسکیال کم‌تر از 8 سانتی‌متر
  - **عوارض:** دیستوشی در همراهی با تنگی میانی، پارگی‌های پرینه
- **برآورد گنجایش لگن:**
  - بررسی قطر قدامی خلفی لگن ورودی (کنژوگه دیاگونال)
  - قطر بین خاری لگن میانی
  - قطر بین توبروزیته ایسکیال در خروجی لگن
  - قوس لگنی (کم‌تر از 90 درجه)
  - عدم آنگاژمان سر
  - 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 3700 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 هایپراکستانیون 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:**
  - جنین پره‌ترم
  - بزرگ‌شدگی گردن
  - قوس‌های بند ناف
  - ناهنجاری جنینی
  - هیدرآمنیوس
  - جنین آننسفال
  - لگن تنگ
  - جنین ماکروزوم
  - پاریته بالا
- **تشخیص:** معاینه واژینال، رادیوگرافی

- افزایش تعداد کلی افت تا حد کم‌تر از 70 bpm ⇐ کاهش امتیاز آپگار دقیقه‌ی پنجم
- افت در حد کم‌تر از 90bpm همراه با فقدان تغییرپذیری یا افت ناگهانی ضربان قلب کم‌تر از 100bpm همراه با فقدان تغییرپذیری به‌مدت 4 دقیقه و بیش‌تر ⇐ پیشگویی اسیدمی
- برادی‌کاردی پایه‌ی پابرجا و تاکی‌کاردی پابرجا ← امتیاز آپگار پایین می‌دهد.

سایر تکنیک‌های بررسی هنگام زایمان

- **نمونه‌برداری در خون پوست سر جنین:**
  - pH < 7/25 ← تحت نظر و ادامه‌ی لیبر
  - 7/25 > pH > 7/20 ← 30 دقیقه بعد تکرار تست
  - pH < 7/20 ← تکراری فوری و آماده شدن مادر جهت جراحی
- **تنها مزیت (نمونه‌برداری در خون پوست سر جنین):** کاهش سزارین به‌علت دیسترس جنینی است.
- تحریک پوست سر جنین
  - ↵ در شرایط افت متغیر پیشگویی‌کننده کارآمد اسیدوز جنینی است.
- تحریک ویبرو آگوستیک ←در صورتی طبیعی در نظر گرفته می‌شود که تسریع FHR حداقل 15 ثانیه به تعداد 15 pbm بیش‌تر در عرض 15 ثانیه بعد از تحریک رخ دهد.
- پالس اکسیمتری ← حد تحتانی طبیعی اکسیژن اشباع ← 30% است.
- الکتروکاردیوگرافی جنین ← بررسی تغییرات T ← افزایش پیشرونده و ST:
  - **با بالا رفتن قطعه** ⇐ در معرض هایپوکسی بودن.
  - 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 پریستالیستم 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 ← تحریک تنفس ← آسپیراسیونِ مکونیوم ⇐ آسیب پارانشیم ریه.
- دیگر ساکشن روتین انجام نمی‌شود (زیرا از سندروم جلوگیری نمی‌کند) و فقط در صورتی‌که وضعیت تنفس تضعیف شده باشد لوله‌گذاری انجام می‌شود و مکونیوم از زیر گلوت ساکشن می‌شود.

- عدم ضرورت ساکشن تراشه در صورت تنفس پرقدرت، تون عضلانی خوب و FHR >100 bpm
- پس در صورت FHR <100، تون ضعیف و تنفس ضعیف ← ساکشن‌تراشه ضرورت دارد.
- **گزینه‌های‌درمانی در دیسترس جنینی:**
  - تغییر وضعیت مادر به پهلو اکسیژناسیون و معاینه
- توکولیز ← جهت سرکوب انقباضات رحمی پرقدرت با استفاده از سولفات تربوتالین
- **آمینو انفوزیون ← کاربردها:**
  - درمان افت‌های متغیر یا طولانی
    - ← باعث کاهش افت‌ها می‌شود.
  - پیشگیری در زنان مبتلا به اولیگوهیدرآمینوس و پارگی طولانی مدت پرده‌ها
  - 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 ساب‌لِتال (نزدیک به کشنده) باشند.

بررسی ABG در

- زایمان سزارین در آشفتگی وضعیت جنین
- پایین بودن امتیاز آپگار دقیقه 5
- IUGR شدید
- نوار قلب غیرطبیعی
- بیماری تیروئید مادر
- چندقلویی

روش‌های فعلی جهت بررسی FHR

- سمع با استتوسکوپ ← 60 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 10 دقیقه) x شدت بر حسب مونته ویدو

- لیبر بالینی زمانی شروع می‌شود که فعالیت رحم به 120-80 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 زمانی‌که 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 دپلاریزه می‌کند.
- پیشرفت آهسته‌ی لیبر در صورت هایپوتونیک بودن انقباضاتِ 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:**
  - خونریزی دکولمان
  - و موربیدیته شدید می‌دهد.
- ایجاد نوارهای کاذبی که درمان مناسبی ندارند.
- فشردگی شدید بند ناف
- آسیب پوست سر یا ته جنین در اثر الکترود
- افزایش خطر عفونت
- زخم‌های پوست سر ← استئومیلیت جمجمه
- **کنتراندیکاسیون نسبی پایش داخلی:** HIV، HBV و HCV

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

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

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)	09913713750	شیراز (آقای فروردین/ خانم هوشمندی)	09195730152
اردبیل (خانم عاصمی‌زاده)	09199101248	فسا (خانم شعبانی)	09913713742
ارومیه (آقای آرمیون)	09199101241	قزوین (خانم چگینی)	09195730149
اسفراین (خانم اسماعیل‌زاده)	09196321852	کرج (آقای دکتر علیرضاپور)	09197781947
اصفهان (آقای نصری)	09195730150	کاشان (خانم صادق‌پور)	09913713746
ایلام (آقای دکتر بوچانی)	09190980318	کردستان (آقای ابراهیمی)	09195730148
اهواز (آقای امین‌فر)	09195730154	کرمانشاه (آقای ابراهیمی)	09195730148
بیرجند (آقای دکتر بهروان)	09195907203	کهکیلویه (آقای فروردین/ خانم هوشمندی)	09195730152
تبریز (خانم عاصمی‌زاده)	09195730147	گرگان (آقای شاه‌علی)	09199101247
جهرم (آقای یاعلی جهرمی)	09013737896	مراغه (آقای صمدی)	09195733179
خرم‌آباد (خانم میر)	09192705878	مشهد (خانم دکتر شجاعی)	09913713744
زنجان (خانم دکتر هوشیار)	09192705871	میاندوآب (آقای صمدی)	09195733179
ساری (آقای دکتر اکبری)	09197781944	هرمزگان (آقای زارعی)	09195733284
سمنان (آقای دکتر سلمانی)	09913713741	همدان (آقای سوری)	09195730155
شهرکرد (خانم تقی‌پور)	09199101249	یزد (خانم مهندس آزاد)	09199101243

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



1686

دعای پیش از مطالعه

اَللهُمَ اَخرِجنی مِن ظُلُماتِ الوَهمِ وَاَکرِمنی بِنُورِ الفَهمِ
اَللهُمَ افتِح عَلَینا اَبوابَ رَحمتَکَ وَ انشُر عَلَینا خَزائِنِ 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

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، 1372-
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، 1404.
مشخصات ظاهری	: 2 ج.
شابک	: دوره: 978-622-4744-42-5، ج 1: 978-622-4744-43-2، ج 2: 978-622-4744-44-9
وضعیت فهرست‌نویسی	: فیپا
موضوع	: آبستنی و زایمان -- رئوس مطالب Obstetrics -- Outlines, syllabi, etc
شناسه افزوده	: خوشنام راد، مهسا، 1369-
شماره کتابشناسی ملی	: 9988351

انتشارات آناهید گستر خلیلی

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

تألیف و گردآوری: سپیده کیوانفر . دکتر مهسا خوشنام‌راد

ناشر: آناهید گستر خلیلی

نوبت و سال چاپ: اول . 1404

شمارگان: 1000

چاپ و صحافی: گیلان

مدیر تولید: امیرحسین خلیلی

مدیر فنی و هنری: مریم آرده

تایپ و صفحه‌آرایی: آرزو راضی

بهاء: 150000 تومان

آموزشگاه/ فروشگاه: 02166568621

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

مدیر فروش: 09191685970 (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 17 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 گلچین 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 به‌کار 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 این‌که 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 مژده 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 09191685970 فقط و فقط پیامک نمایید.

مشاور و مدیر تولید

امیرحسین خلیلی

طلیعه 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 کسانی‌که 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 این‌جا 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 آناهید گستر خلیلی که این فرصت را در اختیارم قرار داده تا بتوانم به دوستداران رشته‌ی مامایی خدمتی ارائه کرده باشم، پیروزی را در رسیدن به اهداف بلند علمی و آموزشی آرزو می‌کنم.

با احترام

سپیده کیوانفر

فهرست مطالب

فصل و عنوان **صفحه**

فصل اول: آنالژزی و بی‌هوشی در زایمان 9
فصل دوم: القاء و تقویت لیبر 16
فصل سوم: زایمان واژینال طبیعی 21
فصل چهارم: زایمان بریچ 28
فصل پنجم: زایمان طبیعی ابزاری 32
فصل ششم: سزارین و هیسترکتومی هنگام زایمان 36
فصل هفتم: زایمان سزارین قبلی 43
فصل هشتم: نوزاد 45
فصل نهم: بیماری‌ها و آسیب‌های نوزادان ترم 51
فصل دهم: نوزاد پره‌ترم 60
فصل یازدهم: مرده‌زایی 64
فصل دوازدهم: دوره نفاس 67
فصل سیزدهم: عوارض نفاسی 76
فصل چهاردهم: جلوگیری از حاملگی 83
فصل پانزدهم: عقیم‌سازی 95
فصل شانزدهم: اختلالات هایپرتانسیون 98
فصل هفدهم: خونریزی زایمانی (مامایی) 115
فصل هجدهم: لیبر پره‌ترم 135
فصل نوزدهم: حاملگی پست‌ترم 143
فصل بیستم: اختلالات رشد جنین 146
فصل بیست و یکم: حاملگی چندقلویی 153

فصل

1

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 عاملِ 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 اندروفین‌ها و هورمون‌های استرس مثل کورتیزول می‌شود.
- پاسخ دستگاه عصبی سمپاتیک به درد ← افزایش چشمگیر میزان کاته‌کول آمین‌ها در گردش خون است که ⇐ اثر نامطلوب بر فعالیت رحم و جریان خون رحمی- جفتی دارد (از بین رفتن یا تضعیف ← آنالژزی کارآمد توصیه می‌شود.

داروهای پارنترال تزریقی جهت آنالژزی و تسکین درد در جریان لیبر

- مپریدین ← 50–100mg و پرومتازین ← 25 mg داخل عضلانی و با فواصل 4-2 ساعته
  - 25–50mg داخل وریدی با فواصل 2-1 ساعته
    - ✧ مپریدین پرمصرف‌ترین اوپیوئیدی است که در سطح جهان برای تسکین درد لیبر به‌کار می‌رود.

فصل

3

زایمان واژینال طبیعی

- در زایمان NVD خودبه‌خود عوارض مادری از جمله عفونت، خونریزی، هوشبری و هیسترکتومی 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.
- پروفیلاکسیِ 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 ← 60-30 دقیقه قبل از زمان زایمان)
- وضعیت قرارگیری جهت زایمان ← لیتوترمی دورسال بیش‌تر از همه به‌کار می‌رود و با رضایت‌بخش‌ترین نتیجه همراه است.

وضعیت OA

- **زایمانِ سر:**
  - **Crowning:** حالتی که در آن حلقه‌ی ولو بزرگ‌ترین قطر سر جنین را محصور می‌کند.
  - **اپیزیوتومی:** 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).

فصل

13

عوارض نفاسی

- خطر ترومبوآمبولیسم وریدی در 6 هفته‌ی نفاسی با کل 40 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 ($T \geq 38$) درجه

- **عوامل ایجادکننده‌ی تب نفاسی:**
  - عفونت‌های دستگاه تناسلی
  - **احتقان پستان:**
    - تب شیردهی ($T > 39$ درجه و کم‌تر از 24 ساعت طول می‌کشد).
  - عفونت ادراری
  - انسزیون‌های اپی‌زیاتومی
  - برش‌های شکمی
  - پارگی پرینه
  - عوارض تنفسی به‌دنبال زایمان سزارین (آتلکتازی در اثر هایپو ونتیلاسیون)

عفونت رحم

- (اندومتریت، اندومیومتریت و اندوپارامتریت) ← اصطلاح ارجح: متریت همراه با سلولیت لگنی است.

- **عامل زمینه‌ساز:** روش زایمان (مهم‌ترین عامل خطر منفرد)
  - **NVD:**
    - نسبتاً ناشایع
    - در صورتی‌که کوریوآمینونیت هنگام زایمان وجود داشته باشد/ خارج‌سازی جفت با دست
  - **C/S:**
    - **عوامل خطر مؤثر:** مدت طولانی، پارگی پرده‌ها، معاینه واژینال متعدد و پایش داخلی جنین
- **سایر عوامل زمینه‌ساز:**
  - وضعیت اجتماعی- اقتصادی
  - کولونیزه شده باکتریایی دستگاه تناسلی تحتانی (استرپتوکوک گروه B، کلامیدیا تراکوماتیس، مایکوپلاسما هومینیس، اوره‌آ پلاسما و واژینوز باکتریایی)
  - GA
  - چند قلویی ← سزارین‌های متوالی
  - سن کم مادر و نولی‌پاریته
  - القای طولانی مدت لیبر
  - چاقی
  - مایع آمنیون مکونیومی
- **میکروبیولوژی:**
  - در اثر باکتری‌های ساکن دستگاه تناسلی زنان
  - استاف طلایی کسب شده از جامعه و مقاوم به متی‌سیلین (CA-MRSA)
- **پاتوژن‌های شایع:**
  - هوازی‌ها (کوکسی‌های گرم ⊕ مثل استرپتوکوک‌های گروه A، B و D، انتروکوک‌ها، استافیلوکوک طلایی و استافیلوکوک اپیدرمیس) و (باکتری گرم ⊖: Ecoli، کلبسیلا و پروتئوس) و گاردنرلا
  - بی‌هوازی‌ها (**کوکسی‌ها:** پپتواسترپتوکوک و پپتوکوک) (سایر: گونه کلستریدیوم، باکتروئیدوس و...)
    - اغلب چند میکروبی‌اند.
    - هماتوم‌ها و بافت‌های مرده ویرولانت را افزایش می‌دهد.
    - شاخص‌های عفونت: سایتوکاین داخل مایع آمنیون و CRP
- **پاتوژنز و سیر بالینی:**
  - در NVD عمدتاً ← محل لانه‌گزینی و در C/S ← محل انسزیون جراحی
  - **تب مهم‌ترین معیار برای تشخیص متریت بعد از زایمان است و شدتش با وسعت عفونت و سندرم سپسیس تناسب دارد.**
  - **علائم:** تب 39-38 درجه، لرز (بر باکترمی 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 72-48 ساعت درمان طبی)**
    - فلگمون پارامتری
    - آبسه‌ی لگن
    - آبسه محل انسزیونِ شکم
    - هماتوم عفونی شده
    - ترومبوفلبیت سپتیک لگن
- **روش‌ها:**
  - روش استاندارد اصلی ← کلیندامایسین + جنتامایسین
  - کلیندامایسین + جنتامایسین + آمپی‌سیلین ← جهت مهار انتروکوک‌ها
  - کلیندامایسین + آزیترئونام ← 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 ← به‌جای بتالاکتام‌ها در صورت آلرژی و برای MRSA و درمان کلستریدیوم دیفیسیل استفاده می‌شود.
- **پروفیلاکسی پری اوپراتیو:**
  - آمپی‌سیلین تک دوز یا سفالوسپورین نسل اول تک دوز
    - خارج‌سازی رحم برای بستن محل هیسترتومی
  - در MRSA ← وانکومایسین + سفالوسپورین
- **عوارض:**
  - عفونت زخم
  - عفونت‌های پیچیده‌ی لگنی
  - ترومبوفلبیت سپتیک لگن

عفونت‌های انسزیون شکمی

- **عوامل خطر:**
  - عدم درمان متریت
  - چاقی

- **زایمان پره‌ترم:**
  - با افزایش تعداد جنین‌ها ← کاهش مدت حاملگی
  - از عللِ اصلیِ افزایش میزان مرگ‌ومیر و موربیدیته
  - با افزایش تعداد جنین‌ها ← افزایش PROM ← افزایش PLT
- **حاملگی طول کشیده:** بیش‌تر از 40 هفته در دوقلویی
- **تکامل طولانی مدت نوزاد:**
  - پیامدهای شناختی مشابه تک‌قلوهاست.
  - **در میان نوزادان با وزن طبیعی هنگام تولد:** احتمال خطر فلج مغزی بیش‌تر از حاملگی تک‌قلویی است.

عوارض جنینی منحصر به فرد

دوقلوهای مونوآمنیون

- 1% 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 28-26 هفتگی به هر روز به مدت یک ساعت
  - ✓ یک دوره بتامتازون جهت تسریع بلوغ ریه
  - ✓ در صورت طبیعی باقی ماندن تست‌ها در 34 هفتگی بعد از دوز دوم بتا ← زایمان سزارین

مکانیسم‌های انواع غیرعادی دوقلویی

- **دوقلوی به‌هم چسبیده:**
  - توراکوپاگوس شایع‌ترین حالت است.
  - شناسایی از سه ماهه اول با سوندی هدفمند یا MRI
  - زایمان حتماً سزارین است اما NVD جهت ختم حاملگی هم امکان‌پذیر است.
- **دوقلوهای پارازیتی:**
  - 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.
  - 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.
  - در جنین‌های مذکر بیش‌تر است.
- **جنین در جنین:**
  - احتمال محصور شدن یک رویان در داخل قل همراه خود در اوایل حاملگی وجود دارد.

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

- 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 آناتومیک بین دو گردش خون جنینی به‌وجود می‌آید.
- منحصراً مربوط به مونوکوریون‌ها هستند.
- آناستوموز نوع شریان به شریان شایع‌تر است.

سندرم ترانسفوزیون قل به قل (TTTS)

- **قل‌دهنده کم‌خون شده:**
  - دچار محدودیت رشد
  - رنگ پریدگی می‌شود.
- **قل گیرنده دچار پلی‌سایتمی شده:**
  - تظاهر هیدروپس
  - پلتوریک
  - در اثر نارسایی قلبی و هایپرولمی و هایپرویسکوزیته ⇐ افزایش بار گردش خون
  - هایپر بیلی‌روبینمی شدید ← باعث ایجاد کرن ایکتروس می‌شود.
- **پاتوفیزیولوژی:**
  - TTTS مزمن در اثر جریان یک‌طرفه از طریق آناستومرهای شریان- ورید
  - خون فاقد O_2 از شریان قل‌دهنده ← ورود به کوتیلدون مشترک ← کامل شدن تبادل اکسیژن در کوتیلدون مشترک ← ورود به ورید گیرنده ← در صورت عدم جبران جریان یک‌طرفه ← عدم تعادل در حجم خون دو قل
    - باعث IUGR، کنتراکچرها، هایپوپلازی ریوی در قل‌دهنده، نارسایی قلبی در گیرنده و PPROM می‌شود.
  - به‌صورت تیپیک در اواسط حاملگی و هنگامی که جنین‌دهنده دچار اولیگوری شده بروز می‌یابد.
  - جنین چسبناک یا سندرم پلی- اولی: فقدان کاملِ مایع آمنیون در قل‌دهنده ← عدم تحرک جنین
- **آسیب مغز جنین:**
  - فلج مغزی، میکروسفالی، پروآنسفالی و آنسفالو مالاسی مولتی کیستیک ← مثال‌های عوارض مغزی

- **علل:**
  - نکروز 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 > 8 سانتی‌متر) در یک قل
    - وجود اولیگوهیدروآمینوس 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

- **تدابیردرمانی:**
  - آمینورداکشن
  - تخریب لیزری آناستوموزهای عروقی
  - کشتن انتخابی جنین‌ها
  - سپتوستومی

✓ در مراحل II – IV ← تخریب لیزری ارجح است.

✓ کاهش انتخابی یک قل ← در اختلالات شدید AF و یا اختلالات رشد قبل از 20 هفته

توالی کم‌خونی - پلی‌سایتمیِ دوقلویی (TAPS)

- **تشخیص:** با تفاوت قابل توجه میزان هموگلوبین بین قل‌دهنده و گیرنده، بدون ناهماهنگی حجمِ مایع آمنیون

✓ با توجه به حداکثر سرعت سیستولی شریان مغزی میانی در قل‌دهنده بیش‌تر از 1/5 MoM و قل‌گیرنده کم‌تر از 1 MoM

✓ TAPS خودبه‌خود معمولاً پس از 24 هفتگی و TAPS یا تروژنیک در عرض 5 هفته پس از فوتوکوآگولاسیون رخ می‌دهند.

توالی پرفوزیون شریانی معکوسِ دوقلویی (TRAP)

- **نام دیگر:**
  - دوقلویی آکاردیاک
  - نادر است اما وضعیت وخیمی در مونوکوریون‌ها است.
- معمولاً قل‌دهنده به‌صورت 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 شریانِ جفت که معمولاً با شنت ورید به ورید هم همراه است.
- **پاتوفیزیولوژی:**
  - افزایش فشار پرفوزیون 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 هیداتیفورم کامل با جنین طبیعی

- **نام دیگر:** حاملگی مولیِ دوقلویی
- یک جنین مول دیپلوئید کامل است.
- تشخیص معمولاً در نیمه اول حاملگی
- در صورت تداوم حاملگی ← افزایش خطر بیماری تروفوبلاستیکِ پایدارِ 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 به‌صورت 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 قلِ کوچک‌تر

- **ارتباط:** تفاوت‌های CRL با ناهنجاری‌های ساختاری و اختلالات کروموزومی جنین اما قابل اعتماد ناهماهنگی را پیش‌بینی نمی‌کند.
- **اتیوپاتوژنز:**
  - در مونوکوریونی ← آناستوموزهای عروقی جفت که سبب عدم تعادل همودینامیک می‌شود.
  - اشتراک نابرابر جفت در مونوکوریون‌ها
  - **ناهنجاری‌های ساختمانیِ ناهماهنگ مونوکورین بیش‌تر از دی‌کوریون:**
    - پتانسیل‌های ژنتیکی متفاوت است.
    - کم‌تر از حد بهینه بودن محل لانه‌گزینی اختلالات هیستولوژیک جفت
- **تشخیص:**
  - **معیارهای بیومتریک سونوگرافک جنین:**
    - وزن به‌صورت درصد ناهماهنگی $\frac{\text{وزن قل کوچک- وزن قل بزرگ}}{\text{وزن قل بزرگ‌تر}}$ محاسبه می‌شود.
  - دور شکم ← نشان‌دهنده وضعیت تغذیه جنین‌هاست.
- **تدابیردرمانی:**
  - افزایش تعداد دفعات پایش (هر 4 هفته یک‌بار) در مونوکوریون‌ها و 6 هفته یک‌بار در دی‌کوریون‌ها
  - انجام تست‌های قبل از زایمان با همان اندیکاسیون‌های موجود در تک‌قلویی
  - زایمان زود هنگام فقط به‌علت ناهماهنگی در اندازه‌ی جنین‌ها صورت نمی‌گیرد.
  - ✓ مونوکوریون 37 هفته و دی‌کوریون در 38 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:**
  - سن حاملگی
  - کوریونیسیته و آمنیونیسیته (مونوکوریونِ دی آمنیون 16 برابر > دی‌کوریون)
  - فاصله بین زمان مرگ قل اول و زایمان قل زنده
- پیش‌آگهی نورولوژیک قل زنده مانده انحصاراً به کوریونیسیته بستگی دارد.
- **عوارض مرگ یکی از قل‌ها:**
  - 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
  - رسوب حجیم فیبرین در آن بخشی از جفت که زمانی خون‌رسانی جنین مرده را به عهده داشت.

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

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

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)	09913713750	شیراز (آقای فروردین/ خانم هوشمندی)	09195730152
اردبیل (خانم عاصمی‌زاده)	09199101248	فسا (خانم شعبانی)	09913713742
ارومیه (آقای آرمیون)	09199101241	قزوین (خانم چگینی)	09195730149
اسفراین (خانم اسماعیل‌زاده)	09196321852	کرج (آقای دکتر علیرضاپور)	09197781947
اصفهان (آقای نصری)	09195730150	کاشان (خانم صادق‌پور)	09913713746
ایلام (آقای دکتر بوچانی)	09190980318	کردستان (آقای ابراهیمی)	09195730148
اهواز (آقای امین‌فر)	09195730154	کرمانشاه (آقای ابراهیمی)	09195730148
بیرجند (آقای دکتر بهروان)	09195907203	کهکیلویه (آقای فروردین/ خانم هوشمندی)	09195730152
تبریز (خانم عاصمی‌زاده)	09195730147	گرگان (آقای شاه‌علی)	09199101247
جهرم (آقای یاعلی جهرمی)	09013737896	مراغه (آقای صمدی)	09195733179
خرم‌آباد (خانم میر)	09192705878	مشهد (خانم دکتر شجاعی)	09913713744
زنجان (خانم دکتر هوشیار)	09192705871	میاندوآب (آقای صمدی)	09195733179
ساری (آقای دکتر اکبری)	09197781944	هرمزگان (آقای زارعی)	09195733284
سمنان (آقای دکتر سلمانی)	09913713741	همدان (آقای سوری)	09195730155
شهرکرد (خانم تقی‌پور)	09199101249	یزد (خانم مهندس آزاد)	09199101243

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