

پاسخنامه فصل ۴۷

سوال	پاسخ	توضیح تشریحی در صورت نیاز
۱	الف	در حاملگی ادم ریوی غیر کاردیوژنیک شایع تر است.
۲	ج	منظور سوال این است که کدام یک از موارد زیر، از علل مشترک ادم ریوی کاردیوژنیک و غیر کاردیوژنیک است.
۳	ج	تشخیص عملی: نسبت فشار اکسیژن شریانی به کسر اکسیژن دمی (Pao2:Fio2) کمتر از ۳۰۰ همراه با تنگی نفس، تاکی پنه ، کاهش اشباع اکسیژن، ارتشاحات رادیوگرافیک ریوی
۴	ج	پیش آگهی طولانی مدت از نظر عملکرد ریوی به طور تعجب آور خوب است.
۵	ب	کاتتریزاسیون شریان ریوی سبب بهبود پیامدها نمی شود.
۶	ب	
۷	ج	سیستم اندوکراین: هیپرگلاسمی، نارسایی فوق کلیه
۸	د	مهم ترین گام در روند اداره سپسیس: انفوزیون سریع ۲ لیتر و گاهی ۶-۴ لیتر مایع کریستالوئید
۹	ب	
۱۰	د	عواقب فوری: افزایش موربیدیت پری ناتال، پارگی رحم، زایمان پره ترم، مرگ مادری و پری ناتال عواقب دیر هنگام: دکولمان، نوزاد پره ترم، وزن کم هنگام تولد
۱۱	د	
۱۲	د	
۱۳	د	خطر تمام عمر ابتلا اختلالات زیر پس از تجاوز جنسی ۳۵-۳۰٪ است: اختلال استرس پس از تروما، افسردگی ماژور، قصد خودکشی
۱۴	ب	
۱۵	ب	درمان مشابه زنان غیر حامله میزان بقای مادر و جنین: بسته به درصد مساحت سوختگی در سوختگی شدید، زن حامله معمولاً در عرض چند روز تا یک هفته وارد لیبر خود به خود می شود و اغلب جنین مرده ای به دنیا می آورد.
۱۶	الف	
۱۷	ج	

پاسخنامه فصل ۴۸

سوال	پاسخ	توضیح تشریحی در صورت نیاز
۱	ب	
۲	الف	
۳	ب	
۴	د	
۵	ج	
۶	ج	
۷	ج	
۸	ب	
۹	د	
۱۰	د	
۱۱	ب	احتمال شکست روش های خوراکی کنتراسپتیو در زنان دارای اضافه وزن بیشتر است. خطر افسردگی در زنان چاق و دارای اضافه وزن در جریان حاملگی و بعد از آن، افزایش می یابد. خطر اضطراب در دوران حاملگی در زنان چاق بیشتر است.
۱۲	الف	
۱۳	ب	
۱۴	الف	به عکس ارسال شده در گروه که به ترتیب پیامدهای حاملگی را در زنان دارای BMI ۳۰ و بالاتر گفته است توجه نمایید.

پاسخنامه فصل ۴۹

شماره	پاسخ	توضیح
۱	ج	افزایش برون ده تا ۴۰٪ (بیشتر ناشی از افزایش حجم ضربه ای متعاقب کاهش مقاومت عروقی) تقریباً نیمی از کل این افزایش در ۸ هفته اول رخ می دهد و این افزایش در میانه حاملگی به اوج می رسد. در مراحل بعدی حاملگی، ضربان قلب در حالت استراحت بیشتر در حاملگی عملکرد هایپر دینامیک یا وضعیت توام با برونده بالای قلب به وجود نمی آید
۲	ب	
۳	د	
۴	ب	با فعالیت معمول دچار علائم قلبی شده پس کلاس ۲
۵	ج	۶ ب ۷ ج ۸ د
۹	ج	دریچه های ساخته شده از بافت خوک در حاملگی کم خطرتر هستند (نادر بودن ترومبوز و عدم نیاز به درمان ضد انعقادی)
۱۰	ج	
۱۱	ب	درمان ضد انعقادی با هپارین یا وارفارین را می توان بدون هیچ مشکلی، ۶ ساعت بعد از زایمان وازینال از سر گرفت.
۱۲	د	
۱۳	ب	
۱۴	ج	در صورت بروز علائم احتقان ریه، محدودیت شدید فعالیت توصیه می شود. محدودیت سدیم در هر صورت توصیه میشود.
۱۵	ج	
۱۶	ب	
۱۷	ج	در جریان لیبر و زایمان زنان اندکی هیدراته تر باشند.
۱۸	ب	۱۹ ب ۲۰ ب ۲۱ الف ۲۲ د ۲۳ د ۲۴ الف
۲۵	د	اکثرا بدون علامتند و با بررسی های روتین یا اکوکاردیوگرافی (روش تشخیص) مشخص می شود.
۲۶	الف	۲ ج ۲۸ الف ۲۹ ج ۳۰ ب ۳۱ ج ۳۲ ج ۳۳ د ۳۴ ج ۳۵ ج
۳۶	ج	اکوکاردیوگرافی ممکن است جنبه تشخیصی داشته باشد اما ضایعات کمتر از ۲ میلیمتر و یا واقع در روی تریکوسپید ممکن است دیده نشوند. نتیجه منفی بررسی اکوکاردیوگرافیک، احتمال اندوکاردیت را رد نمی کند.
۳۷	الف	۳۸ د ۳۹ ب ۴۰ الف ۴۱ الف
۴۲	الف	سوال را اصلاح کنید: روش استاندارد تشخیص انفارکتوس میوکارد کدام است؟ در بارداری تشخیص تفاوتی با غیر حاملگی ندارد. بر اساس تظاهرات بالینی، تغییرات مشخص ECG و شواهد نکروز میوکارد (افزایش میزان سرمی تروپونین) اما آنژیوگرافی کرونری روش استاندارد اصلی برای تشخیص
۴۳	ب	۴۴ الف ۴۵ الف ۴۶ الف ۴۷ ج ۴۸ الف ۴۹ ب ۵۰ الف ۵۱ ب
۵۲	ج	۵۳ ج ۵۴ الف

پاسخنامه فصل ۵۰

توضیح										پاسخ	سوال				
										د	۱				
										ج و د	۲				
										ب	۳				
										ب	۴				
علل ثانویه هایپرتانسیون یعنی بیماری های زمینه ای چون فنوکروموسیتوم، بیماری های بافت همبند مثل سندروم مارفان، سندرم کوشینگ، بیماری مزمن کلیه، آلدوسترونیزم اولیه										ج	۵				
ج	۱۱	ب	۱۰	د	۹	ج	۸	د	۷	ج	۶				
اندیکاسیون های پروفیلاکسی با آسپرین <ul style="list-style-type: none"> • هایپرتانسیون مزمن • افراد دارای سابقه پره اکلامپسی • حاملگی چند قلوئی • زنان مبتلا به دیابت • زنان مبتلا به بیماری کلیوی • زنان مبتلا به بیماری اتوایمیون 										ب	۱۲				
										ج	۱۳				
										د	۱۴				
لوزارتان از دسته مهارکننده های گیرنده آنژیوتانسین است که در حاملگی ممنوع است.										د	۱۵				
										الف	۱۶				
										ج	۱۷				
										ب	۱۸				
رژیم های ارجح شامل درمان تک دارویی با داروهای بلوک کننده بتا مانند لابتالول یا یکی از داروهای مهارکننده کانال کلسیم مانند آملودیپین است. در زنان واقع در نیمه نخست حاملگی، درمان با دیورتیک تیازیدی معقول است.										د	۱۹				
معیارهای حمایتی از تشخیص پره اکلامپسی افزوده شده: <ul style="list-style-type: none"> • هایپرتانسیون تشدید یافته • پروتئینوری با شروع جدید • علائم عصبی (سردرد شدید و اختلالات بینایی) • ادم عمومی • اولیگوری • به ویژه حملات تشنجی یا ادم ریوی 										د	۲۰				
د	۲۸	ب	۲۷	ب	۲۶	د	۲۵	الف	۲۴	الف	۲۳	ج	۲۲	ج	۲۱

پاسخنامه فصل ۵۱

سوال	پاسخ	توضیح
۱	ب	۲ ب ۳ الف ۴ ج
۵	ج	میزان موربیدیته به صورت نامتناسبی در زنان سیاه پوست ، بیشتر از سفید پوست است.
۶	د	پیامد حاملگی در آسم ✓ افزایش میزان سقط خود به خود افزایش اندکی در میزان بروز: ✓ پره اکلامپسی ✓ لیبر پره ترم ✓ محدودیت رشد جنین ✓ مرگ و میر پری ناتال ✓ دکولمان جفت ✓ جفت سر راهی ✓ پارگی پره ترم پرده ها
۷	د	
۸	ج	آگونیست های بتا (سالبوتامول) به فروکش کردن اسپاسم برونش کمک می کنند. کورتیکواستروئیدها جزء التهابی بیماری را درمان می کنند.
۹	الف	برای بستری کردن زنان حامله مبتلا به آسم، آستانه بسیار پایین تری در نظر گرفته می شود.
۱۰	ب	۱۱ ب ۱۲ الف
۱۳	ج	معیارهای پنومونی شدید کسب شده از جامعه • تعداد تنفس مساوی یا بیش از ۳۰ بار در دقیقه • نسبت PaO ₂ به FIO ₂ (کسر اکسیژن دمی) مساوی و یا کمتر از ۲۵۰ • ارتشاحات چند لبولی • کنفوزیون / دیس اریانتاسیون اورمی • لکوپنی: WBC کمتر از ۴۰۰۰ • ترومبوسیتوپنی: پلاکت کمتر از ۱۰۰ هزار • هیپوترمی: حرارت مرکزی کمتر از ۳۶ • هیپوتانسیون که مستلزم احیای همه جانبه با مایعات است.
۱۴	د	۱۵ ج
۱۶	د	استثنای به تاخیر انداختن درمان با ایزونیازید: • زنان حامله ای که به تازگی تست منفی پوستی آنها مثبت شده (در صورت عدم درمان میزان بروز عفونت فعال ۵٪ در سال اول) • در زنان دارای تست پوستی مثبت که در معرض عفونت فعال قرار گرفته اند (میزان بروز عفونت ۵٪ در هر سال) • زنان حامله ای که HIV مثبت هستند (خطر سالانه بیماری فعال ۱۰٪)
۱۷	ب	۱۸ د ۱۹ ج ۲۰ الف ۲۱ د ۲۲ الف
۲۳	د	رادیوگرافی از قفسه سینه جهت تشخیص الزامی است.
۲۴	ج	۲۵ ج و د ۲۶ ب ۲۷ د ۲۸ ب ۲۹ د ۳۰ د
۲۵	ج و د	۳۱ الف ۳۲ ج ۳۳ الف و ب ۳۴ الف ۳۵ ج

پاسخنامه فصل ۵۲

سوال	پاسخ	توضیح
۱	الف	الف
۹	الف	کمبود ممکن است در اثر صدها جهش مختلف که تقریباً در تمام موارد اتوزوم غالب هستند، به وجود آید.
۱۰	ب	الف
۱۴	الف	<p>معیارهای سندروم آنتی فسفولیپید:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ حداقل یک مورد مرگ جنینی غیر قابل توجیه در هفته ۱۰ یا بعد از آن ✓ حداقل یک مورد تولد پره ترم قبل از هفته ۳۴ به دلیل اکلامپسی، پره اکلامپسی شدید یا نارسایی جفت ✓ حداقل سه مورد سقط خود به خود پی در پی غیر قابل توجیه قبل از هفته ۱۰
۱۵	د	
۱۶	د	<p>AAP و ACOG: غربالگری ترومبوفیلی در شرایط زیر مد نظر قرار گیرد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • وجود سابقه فردی VTE همراه با یک عامل خطر غیر راجعه مانند شکستگی، جراحی و یا بی حرکتی طولانی مدت • وجود سابقه خانوادگی ترومبوفیلی های پر خطر (کمبود آنتی ترومبین، کمبود پروتئین C یا S، ترومبوفیلی کم خطر هموزیگوت) یا VTE قبل از ۵۰ سالگی در یکی از بستگان درجه اول در غیاب سایر عوامل خطر • ACOG: بررسی از نظر ترومبوفیلی های ارثی در زنان مبتلا به سقط راجعه یا دکولمان جفت توصیه نمی شود، چون شواهد بالینی کافی مبنی بر کارایی پروفیلاکسی قبل از زایمان با هپارین در جلوگیری از عود این عوارض وجود ندارد.
۱۷	الف	حدود ۷۰٪ ترومبوزهای وریدی در وریدهای ایلیوفمورال رخ میدهند و با درگیری وریدهای پشت ساق پا همراه نیستند.
۱۸	ج	
۱۹	الف	
۲۰	ب	<ul style="list-style-type: none"> • با افزایش سن حاملگی و همراه با افزایش چشمگیر غلظت پلاسمایی فیبرینوژن، میزان سرمی دایمر D افزایش می یابد. • حاملگی چندقلویی و زایمان سزارین، میزان دایمر D را تحت تاثیر قرار می دهد. • همچنین عوارض حاملگی مانند دکولمان جفت، پره اکلامپسی و سندروم سپسیس نیز افزایش در ناقلان کم خونی داسی و زنان دارای نژاد افریقایی و آسیای جنوبی این مقادیر بالاتر هستند.
۲۱	الف	
۲۲	ب	
۲۳	ب	<p>خنثی کردن اثر هپارین با سولفات پروتامین به ندرت ضرورت می یابد و در موارد مصرف دوز پروفیلاکتیک هپارین ضرورت ندارد. اگر زنی در حال دریافت UFH وارد لیبر شد، برای تایید وضعیت کلیرنس آن می توان از سنجش PTT a استفاده کرد. خنثی کردن اثر هپارین با سولفات پروتامین به ندرت ضرورت می یابد و در موارد مصرف دوز پروفیلاکتیک هپارین ضرورت ندارد.</p>
۲۴	الف	د
۳۱	ب	تشویش و تاکی کاردی
۳۲	الف	ب