

فهرست مطالب

بخش اول

آناتومی و فیزیولوژی

۱۴	دستگاه تناسلی زن	فصل ۱
۱۴	دستگاه تناسلی خارجی	
۱۶	دستگاه تناسلی داخلی	
۲۶	محور هیپوتالاموس - هیپوفیز - غده‌ی هدف	فصل ۲
۲۶	هیپوتالاموس	
۲۷	هیپوفیز	
۲۹	غده‌ی هدف	
۳۳	سیکل قاعدگی	

بخش دوم

مامایی

۴۰	حاملگی نرمال	فصل ۳
۴۰	تعاریف کاربردی	
۴۲	تشخیص حاملگی	
۴۲	علائم فرضی حاملگی	
۴۴	علائم احتمالی حاملگی	
۴۹	علائم مثبت یا قطعی حاملگی	
۵۰	تخمین مدت زمان حاملگی	
۵۰	تخمین وزن جنین	
۵۲	تشخیص مرگ جنین	

۵۳.....	حاملگی خیالی.....	
۵۵.....	مراقبت دوران بارداری.....	فصل ۲
۵۵.....	ویزیت‌های دوران بارداری.....	
۶۰.....	تغذیه دوران حاملگی.....	
۶۱.....	بهداشت عمومی در دوران بارداری.....	
۶۴.....	مشکلات شایع دوران بارداری.....	
۷۲.....	مونیتورینگ جنین.....	فصل ۵
۷۲.....	اهداف مونیتورینگ جنین.....	
۷۳.....	موارد مونیتورینگ جنین.....	
۷۵.....	تفسیر نتایج مونیتورینگ جنین.....	
۸۰.....	روش‌های مونیتورینگ جنین.....	
۸۶.....	لگن نرمال.....	فصل ۶
۸۶.....	آناتومی لگن.....	
۸۹.....	اقطار لگن.....	
۹۲.....	روشهای اندازه‌گیری اقطار لگن.....	
۹۳.....	انواع لگن.....	
۹۶.....	تفاوتهای لگن زن و مرد.....	
۹۶.....	معاینه لگن.....	
۱۰۶.....	زایمان و وضع حمل طبیعی.....	فصل ۷
۱۰۶.....	زایمان طبیعی.....	
۱۴۰.....	بعد از زایمان.....	
۱۴۳.....	ترخیص.....	
۱۴۹.....	نفاس و شیردسی.....	فصل ۸
۱۴۹.....	نفاس.....	
۱۵۲.....	شیردهی.....	
۱۵۷.....	احیای نوزاد.....	فصل ۹
۱۵۷.....	آسفکسی.....	
۱۵۷.....	دپرسیون تنفسی.....	
۱۵۸.....	آپنه.....	
۱۵۸.....	گردش خون و تنفس.....	
۱۶۰.....	پیش‌بینی نیاز به احیا.....	
۱۶۱.....	نخستین گامهای احیا.....	
۱۶۸.....	تهویه با فشار مثبت.....	
۱۷۰.....	کفایت تهویه.....	

۱۷۱.....	کاتتر دهانی - معدی.....	
۱۷۲.....	ایروی دهانی.....	
۱۷۲.....	لوله گذاری داخل نای.....	
۱۷۵.....	ماساژ قلبی.....	
۱۷۸.....	احیای قدم به قدم.....	
۱۸۱.....	داروها در احیا نوزاد.....	
۱۸۵.....	مراقبت‌های فوری پس از احیا نوزاد.....	
۱۸۸.....	خونریزی بعد از زایمان.....	فصل ۱۰
۱۸۸.....	خونریزی زودرس بعد از زایمان.....	
۱۹۱.....	خونریزی دیررس پس از زایمان.....	
۱۹۲.....	پارگی رحم.....	
۱۹۶.....	ناسازگاریهای خونی مادر و جنین.....	فصل ۱۱
۱۹۶.....	ناسازگاری Rh.....	
۲۰۴.....	ناسازگاری ABO.....	
۲۰۵.....	فورسیس و ونتوز.....	فصل ۱۲
۲۰۵.....	زایمان با وسایل کمکی.....	
۲۰۸.....	ونتوز.....	
۲۱۰.....	فورسیس.....	
۲۱۶.....	زایمان سخت.....	فصل ۱۳
۲۱۶.....	کلیات.....	
۲۱۹.....	هیپوتونی رحم.....	
۲۲۲.....	هیپرتونی رحم.....	
۲۲۳.....	زور زدن ناکافی مادر.....	
۲۲۴.....	رینگ پاتونوریک.....	
۲۲۷.....	تنگی لگن.....	فصل ۱۴
۲۲۷.....	تنگی مدخل لگن.....	
۲۲۸.....	تنگی میدپلوئیس.....	
۲۲۹.....	تنگی مخرج لگن.....	
۲۳۰.....	پرزانتاسیون‌های غیر طبیعی.....	فصل ۱۵
۲۳۰.....	پرزانتاسیون بریچ.....	
۲۳۵.....	چرخش سفالیک خارجی.....	
۲۳۷.....	چرخش پودالیک داخلی.....	
۲۳۸.....	پرزانتاسیون صورت.....	
۲۴۰.....	پرزانتاسیون ابرو.....	

۲۴۱	قرار عرضی	
۲۴۳	پرولاپس بند ناف	
۲۴۳	سزارین و سزارین هیستریکتومی	فصل ۱۶
۲۴۴	سزارین	
۲۵۸	سزارین هیستریکتومی	
۲۶۰	عفونت بعد از زایمان	فصل ۱۷
۲۶۰	عفونت رحمی	
۲۶۴	پروفیلاکسی آنتی بیوتیکی	
۲۶۶	سقط	فصل ۱۸
۲۶۶	سقط خودبخودی	
۲۶۸	تهدید به سقط	
۲۷۱	سقط اجتناب ناپذیر	
۲۷۳	سقط ناکامل	
۲۷۴	سقط کامل	
۲۷۴	سقط فراموش شده	
۲۷۶	سقط راجعه یا رکورنت	
۲۷۹	سقط القا شده	
۲۷۹	تکنیکهای سقط	
۲۸۶	سقط عفونی	
۲۹۲	نکات کلیدی	
۲۹۴	خونریزی سه ماهه‌ی سوم	فصل ۱۹
۲۹۴	دکولمان جفت	
۳۰۰	جفت سرراهی	
۳۰۷	حاملگی دو زایی و چندقلویی	فصل ۲۰
۳۱۵	حاملگی نابجا	فصل ۲۱
۳۱۷	حاملگی لوله‌ای	
۳۲۹	حاملگی شکمی	
۳۳۱	حاملگی سرویکال	
۳۳۲	حاملگی تخمدانی	
۳۳۳	حاملگی هتروتیپیک	
۳۳۳	نکات کلیدی	
۳۳۵	اختلالات مایع آمنیوتیک	فصل ۲۲
۳۳۵	هیدرآمنیوس	
۳۳۷	اولیگوهیدرآمنیوس	

۳۳۹.....	پارگی زودرس کیسه آب و کوریو آمینونیت	فصل ۲۳
۳۳۹.....	پارگی زودرس کیسه ی آب	
۳۴۱.....	کوریو آمینونیت	
۳۴۳.....	زایمان زودرس	فصل ۲۴
۳۳۹.....	حاملگی بعد از ترم	فصل ۲۵
۳۵۳.....	تأخیر رشد داخل رحمی	فصل ۲۶
۳۶۱.....	سرویکس نارسا	فصل ۲۷

بخش سوم

زنان

۳۶۶.....	شل شدن ساختمانهای نگهدارنده ی لگن	فصل ۲۸
۳۶۶.....	سیستوسل و اورتروسل	
۳۶۹.....	رکتوسل	
۳۷۰.....	انتروسل	
۳۷۱.....	پرولاپس رحم	
۳۷۴.....	تنظیم خانواده و روش های جلوگیری از بارداری	فصل ۲۹
۳۷۴.....	مشاوره و روش ها	
۳۷۷.....	قرصهای خوراکی جلوگیری از بارداری	
۳۷۷.....	قرصهای ترکیبی استروژن-پروژسترون	
۳۹۴.....	قرصهای پروژسترون	
۳۹۶.....	آمپول های تزریقی پروژسترونی	
۳۹۸.....	نورپلانت	
۴۰۳.....	آی. یو. دی (IUD)	
۴۱۲.....	کاندوم سرانه	
۴۱۲.....	کاندوم زنانه	
۴۱۳.....	اسپرمیسید واژینال	
۴۱۴.....	دیافراگم واژینال	
۴۱۵.....	سرویکال کاپ	
۴۱۵.....	جلوگیری بعد از نزدیکی	
۴۱۸.....	شیردهی	
۴۱۹.....	جلوگیری طبیعی	
۴۲۰.....	بستن لوله	
۴۲۶.....	واژکتومی	
۴۲۸.....	جلوگیری هورمونی در مردان	

۴۲۹.....	نکات کلیدی	
۴۳۱.....	لکوره	فصل ۳۰
۴۳۱.....	کلیات	
۴۳۲.....	واژینیت	
۴۴۰.....	سرویسیت	
۴۴۷.....	عفونت‌های منتقله‌ی جنسی	
۴۵۳.....	خونریزی رحمی غیر طبیعی (AUB)	فصل ۳۱
۴۵۳.....	AUB قبل از بلوغ	
۴۵۸.....	AUB دوران بلوغ	
۴۷۰.....	AUB دوران باروری	
۴۷۹.....	AUB یائسگی	
۴۸۲.....	نکات کلیدی	
۴۸۳.....	بیماری التهابی لگن	فصل ۳۲
۴۹۱.....	بیماری‌های تومورال رحم	فصل ۳۳
۴۹۱.....	لیومیوم	
۵۰۰.....	پولیپ اندومتر	
۵۰۱.....	هیپرپلازی اندومتر	
۵۰۵.....	سرطان اندومتر	
۵۱۰.....	اندومتریوز	فصل ۳۴
۵۱۶.....	آدنومیوز	فصل ۳۵
۵۱۹.....	توده‌های آدنک	فصل ۳۶
۵۱۹.....	کلیات	
۵۲۰.....	تومور تخمان	
۵۲۱.....	سرطان تخمدان	
۵۳۰.....	نئوپلازی سرویکس و پاپ اسمیر	فصل ۳۷

بخش چهارم

نازایی و اندوکرینولوژی

۵۴۸.....	درد لگن و دیس منوره	فصل ۳۸
۵۴۸.....	درد حاد لگن	
۵۵۸.....	دیس منوره	
۵۶۳.....	درد مزمن لگن	
۵۷۳.....	آمنوره	فصل ۳۹

۵۸۳.....	یائسگی.....	فصل ۴۰
۵۹۰.....	نازایی.....	فصل ۴۱
۶۰۸.....	هیرسوتیسم.....	فصل ۴۲
۶۲۹.....	گالاکتوره و ماستالژی.....	فصل ۴۳
۶۲۹.....	گالاکتوره.....	
۶۳۴.....	ماستالژی.....	

بخش پنجم

بیماری‌های طبی در حاملگی

۶۳۸.....	عفونت ادراری در حاملگی.....	فصل ۴۴
۶۳۸.....	کلیات.....	
۶۴۳.....	سیستیت و اورتریت.....	
۶۴۴.....	پیلونفریت حاد.....	
۶۵۲.....	دیابت در حاملگی.....	فصل ۴۵
۶۵۲.....	کلیات.....	
۶۵۵.....	دیابت حاملگی.....	
۶۵۹.....	دیابت آشکار.....	
۶۶۵.....	هیپرتانسیون در حاملگی.....	فصل ۴۶
۶۶۵.....	کلیات.....	
۶۶۷.....	پره‌اکلامپسی.....	
۶۷۳.....	اکلامپسی.....	
۶۷۶.....	هیپرتانسیون مزمن.....	
۶۸۵.....	بیماری‌های ترومبوفیلایستیک حاملگی.....	فصل ۴۷
۶۸۵.....	مول‌های آبیخ فرم.....	
۶۹۳.....	تومور ترومبوفیلایستیک حاملگی.....	

بخش ششم

داروها در حاملگی

۷۰۰.....	آنتی‌بیوتیک‌ها.....	فصل ۴۸
۷۱۳.....	سایر داروها.....	فصل ۴۹

بخش هفتم

سونوگرافی

۷۲۸.....	سونوگرافی در مامایی.....	فصل ۵۰
----------	--------------------------	--------

۷۳۷	سونوگرافی در زنان	فصل ۵۱
-----	-------------------	--------

بخش هشتم

فعالیت جنسی

۷۵۰	مقاربت جنسی	فصل ۵۲
۷۵۰	فعالیت جنسی مردانه	
۷۵۱	فعالیت جنسی زنانه	
۷۵۳	پاسخ جنسی طبیعی	
۷۵۶	میانجی‌های عصبی	
۷۵۸	اختلال عملکرد جنسی	فصل ۵۳

بخش نهم

پستان

۷۷۴	ساختمان و عمل پستان	فصل ۵۴
۷۷۴	ساختمان	
۷۷۶	عمل	
۷۷۷	شرح حال و معاینه‌ی فیزیکی	
۷۸۰	ماموگرافی	
۷۸۴	ارزیابی تشخیصی	
۷۸۷	بیماری‌های پستان	فصل ۵۵
۷۸۷	تغییر فیبروکیستی	
۷۸۸	فیبروآدنوم	
۷۸۹	ماستیت	
۷۹۰	اکتازی مجرا	
۷۹۰	ترشح از نیپل	
۷۹۳	سرطان پستان	

بخش دهم

ضمائم

۸۰۲	اندکس	
۸۱۴	منابع	

دستورات پزشکی

ORDER آنمی فقر آهن

- ۰۱ شرح حال و معاینه‌ی فیزیکی
 ۰۲ آزمایشات بالینی
 ۰۳ آهن خوراکی
 ۰۴ آهن تزریقی

تحلیل

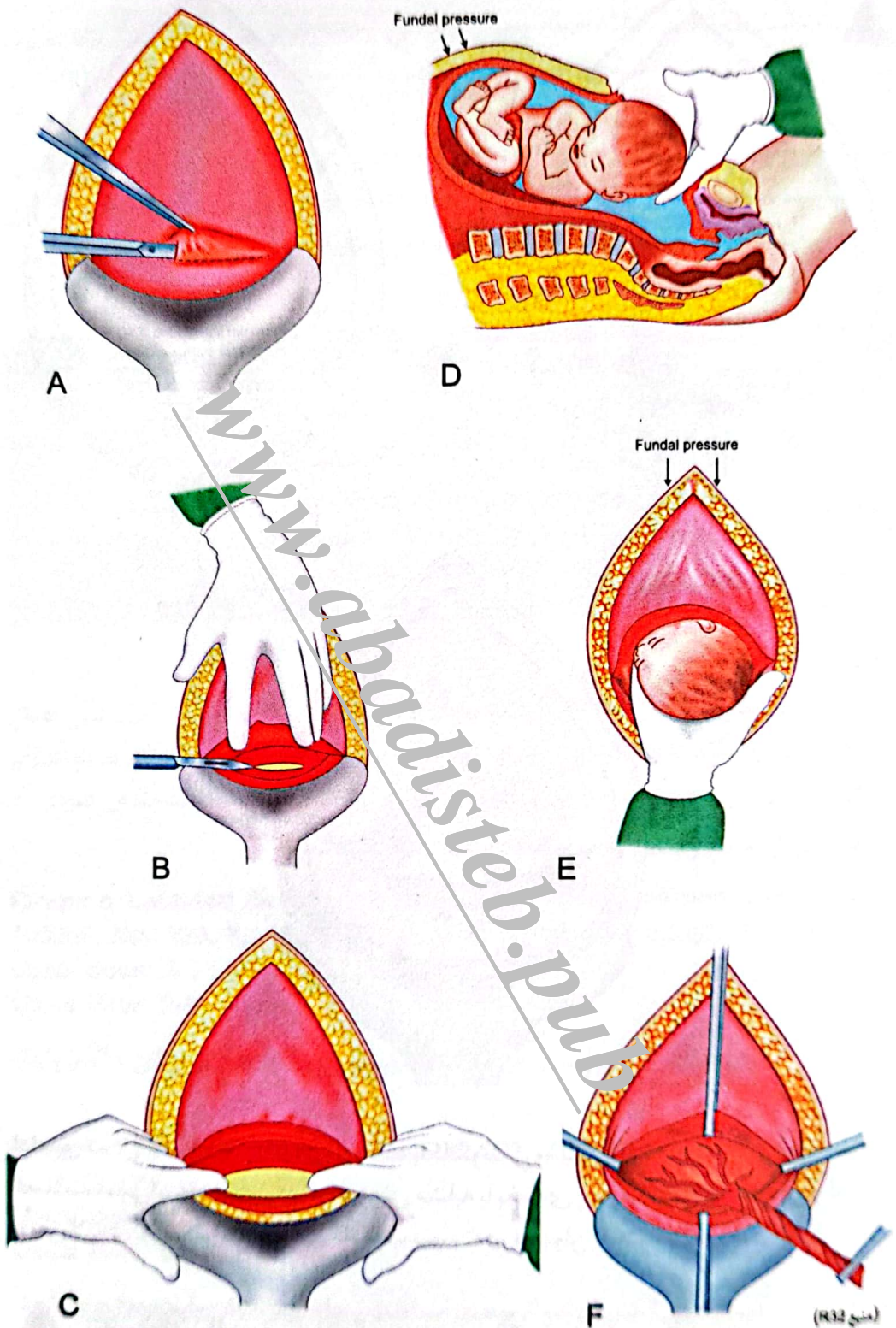
- شرح حال و معاینه‌ی فیزیکی: کمبود آهن در زن حامله باعث بروز خستگی، سردرد، احساس سبکی در سر و کاهش تحمل فعالیت می‌گردد.
- آزمایشات بالینی: اثبات IDA با افزایش TIBC، کاهش آهن سرم و نسبت آهن به TIBC کمتر از ۲۰ درصد و پایین بودن سطح فریتین می‌باشد.
- آهن خوراکی: میزان آهن تام موردنیاز حاملگی ۱۰۰۰mg است: ۵۰۰mg برای افزایش حجم RBC های خون مادر، ۳۰۰mg برای انتقال به جفت و جنین و ۲۰۰mg برای جبران خون ازدست رفته در جریان وضع حمل. میزان آهن موردنیاز با نزول شدن به ترم به صورت یکنواخت افزایش می‌یابد ولی میزان متوسط آن ۳/۵mg/d می‌باشد. البته بهتر است بیشتر از حد موردنیاز، آهن تجویز گردد.

! آهن مکمل در زنان حامله غیرآنمیک ۳۰۰mg قرص فروس سولفات است که دارای ۶۰mg آهن المنتال (صحری) است. زنان مبتلا به آنمی (با هموگلوبین ۸-۹g/dL) باید ۳۰۰mg bid-tid فروس سولفات مصرف کنند.

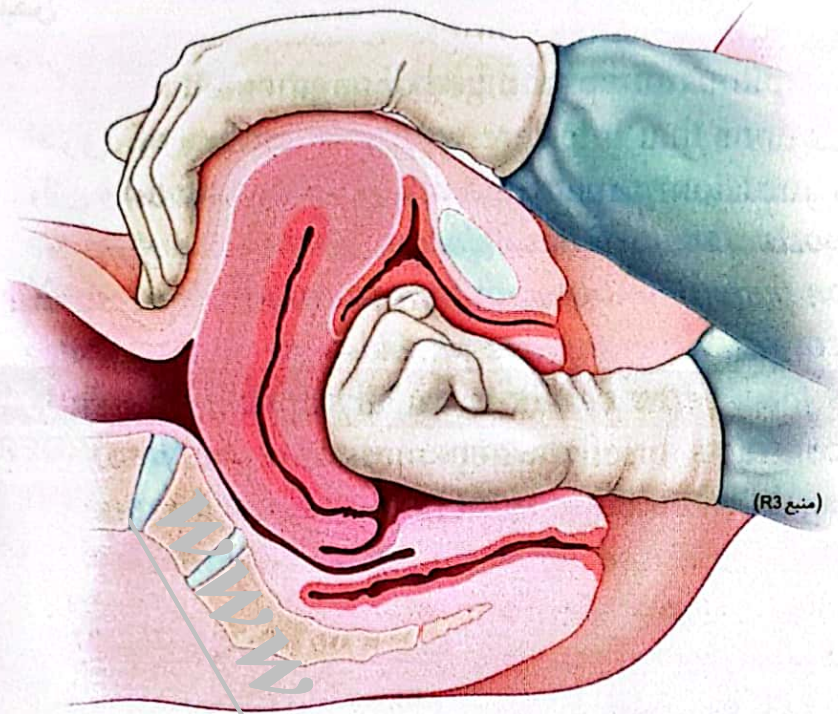
- می‌دانید ویتامین C جذب آهن را افزایش می‌دهد. در مورد آهن‌های خوراکی به مبحث تغذیه دوران بارداری مراجعه کنید.
- اگر بیمار قرص‌های آهن را تحمل نکند می‌توان از قرص‌های EC (روپوش دار روده‌ای) یا سوسپانسیون‌های خوراکی استفاده کرد.
- آهن تزریقی: بیماری‌های شدید آنمیک است (Hb < ۸g/dL) ممکن است نیاز به تزریق IM یا IV آهن دکستران داشته باشد.

جدول ۲-۲: فراورده‌های آهن خوراکی و دوزهای آن‌ها

فراورده	قرص	درصد آهن المنتال	دوز حاوی ۶۰mg آهن المنتال
Ferrous Fumarate	200, 325mg	30	200mg
Ferrous Gluconate	225, 300mg	11	550mg
Ferrous Sulfate	200, 300mg	20	300mg



شکل ۴-۱۶: مراحل انجام سزارین سگمان تحتانی (LSCS): A، برش عرضی پریتوان شل در سگمان تحتانی، B، برش کوتاه در میدلاین پایین نسبت به مامبران ها، C، بزرگ کردن برش سگمان تحتانی با انگشتان سپاهه، D، بالا آوردن سر جنین با دست، E، زایمان سر جنین، F، زایمان جفت.



شکل ۱-۱۰: کمپرسیون دودستی رحم. در آتونی رحم نسبت خارج، رحم را به آرامی از روی شکم فشار می‌دهد و دست داخل، سگمان تحتانی را همزمانی فشارد.

دو دست همراه با ماساژ شکم معمولاً اکثر خونریزی‌های ناشی از آتونی رحم را در بیماران متوقف خواهد کرد.

- ترانسفیوژن خون و سرم: به نکته‌ی زیر توجه کنید.

! ترانسفیوژن خون در هر خونریزی بعد از زایمان که با ماساژ رحمی و عوامل اکسی‌توسیک کنترل نشود، باید بلافاصله شروع شود.

سرم رینگلاکتات و سرن کامل به مقادیری داده می‌شوند که:

۰۱ خروجی ادرار حداقل 30 ml/h و بطور ایده‌آل به 60 ml/h برسد.

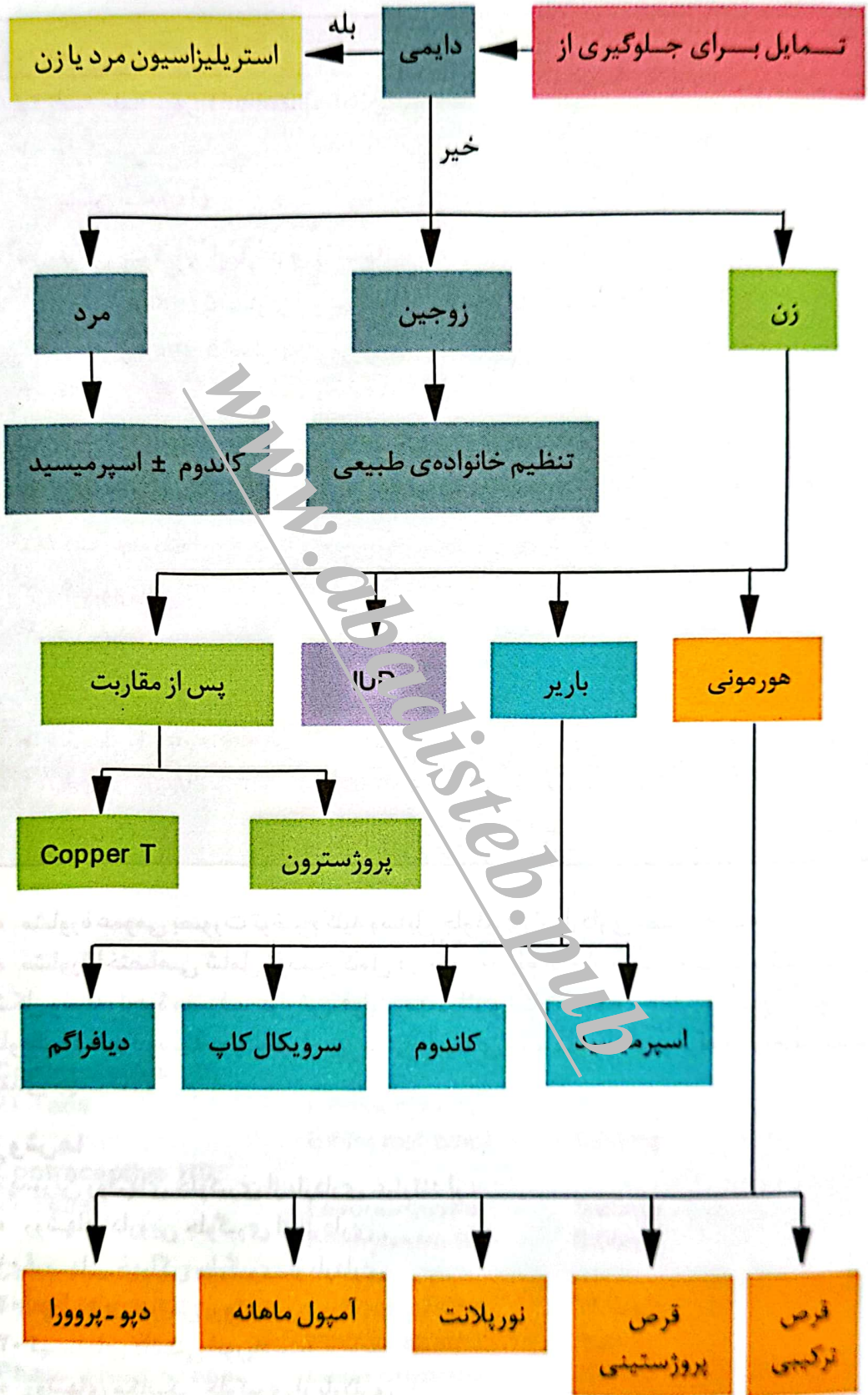
۰۲ هماتوکریت حداقل در سطح ۳۰ درصد حفظ شود.

بدین ترتیب Hb و Hct بیمار بطور مرتب باید چک شود تا میزان سرم و خونی که بیمار باید بگیرد مشخص شود.

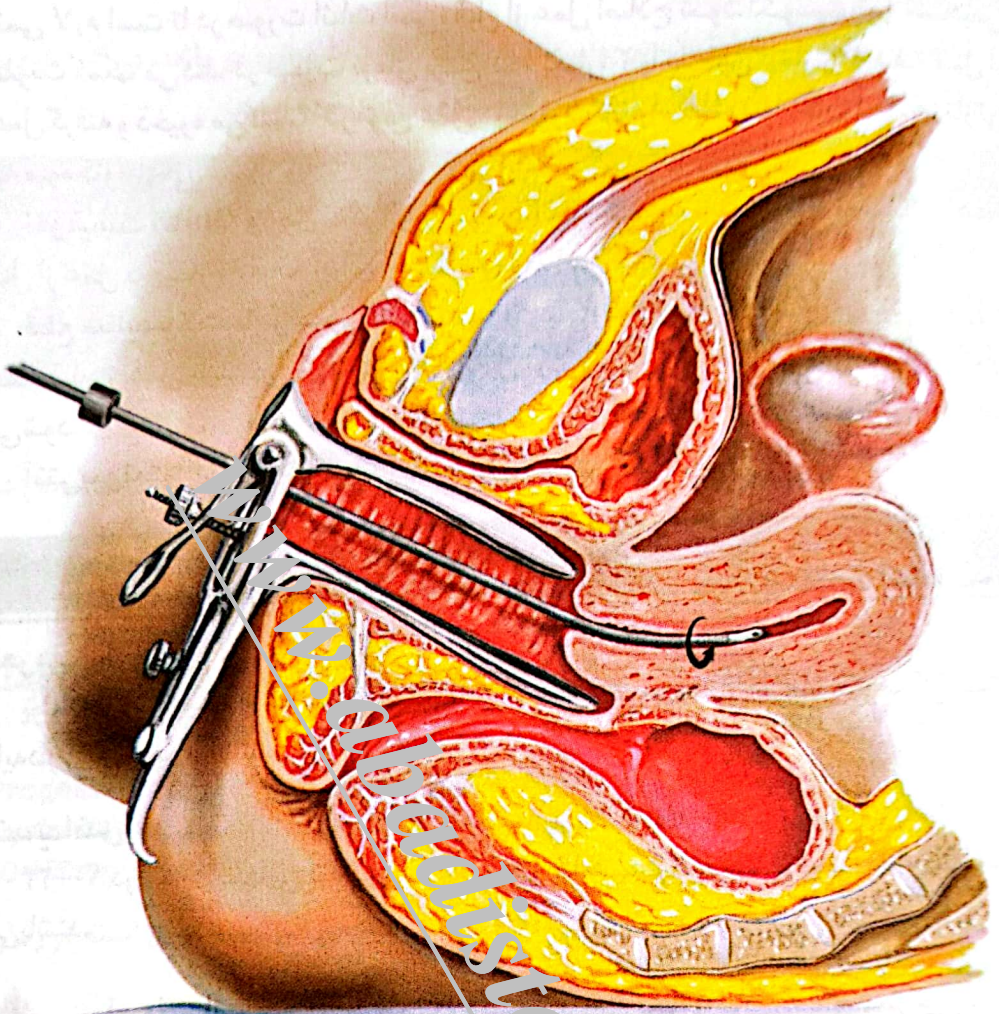
VS مریض نیز باید دقیق چک شود به خصوص BP و نبض، تا از نظر شدت هیپوتانسیون، مریض ارزیابی شود.

- چک I/O: از آنجائی که کلیه به تغییرات حجم خون بسیار حساس است، لذا هیپوتانسیون می‌تواند باعث نارسایی حاد کلیه گردد. به همین جهت میزان خروجی ادرار مریض باید بطور دقیق چک شود. با نرمال بودن پرفیوژن کلیه، می‌توان نتیجه گرفت که ارگان‌های حیاتی دیگر نیز پرفیوژن خوبی دارند.

- معاینه دقیق سرویکس و واژن بعد از Exposure کافی؛ در هر بیمار مبتلا به خونریزی



شکل ۱-۲۹: طرح درس انتخاب روش جلوگیری از بارداری



(منبع R10)

شکل ۳-۳۳: بیوپسی اندومتر

- هیستروسکوپی: در بیماران موم و خونریزی غیرطبیعی یک معاینه هیستروسکوپی برای تعیین اندازه، شکل و موقعیت میومهای ساب موکوس لازم است. در زمان هیستروسکوپی یک نمونه اندومتر می‌تواند گرفته شود. جراحی قطعی باید ۴-۶ هفته بعد از هیستروسکوپی و کورتاژ صورت گیرد تا شانس عفونت منتشر را به حداقل برساند.
- HSG: بخصوص قبل از میومکتومی مفید است زیرا اندازه و حدود حفره اندومتر را مشخص می‌کند. همچنین باز بودن لوله‌های رحمی و نزدیک بودن میوم ساب موکوس به بخش انترستیشیل لوله‌ها را ارزیابی خواهد کرد.
- لاپاروسکوپی: در مواردی که طبیعت توده لگنی واضح نیست یا نئوپلازی آدنکس قویاً محتمل است صورت می‌گیرد. وقتی اندازه توده بیشتر از ۱۰ هفته است، لاپاروسکوپی ممکن است از نظر تکنیکی مشکل باشد و معمولاً ضروری نیست.
- IVP: در صورت وجود علائم انسداد ادراری و درگیری Broad Ligament صورت می‌گیرد.