

فهرست مطالب

بخش اول - بارداری و زایمان ۱۱

- فصل ۱- آناتومی و فیزیولوژی تولید مثل و حاملگی ۱۲
- فصل ۲- مراقبت های پره ناتال، زایمان طبیعی، سزارین و دوره نفاس ۳۱
- فصل ۳- مول، اختلالات جفت و مایع آمنیون ۱۰۹
- فصل ۴- اختلالات هیپر تانسیو حاملگی ۱۲۰
- فصل ۵- خون ریزی های زایمانی (پرویا، دکولمان و EP) ۱۲۸
- فصل ۶- زایمان پره ترم، IUGR و PROM ۱۴۰
- فصل ۷- سقط ۱۴۷
- فصل ۸- سندرم های جنینی و TORCH ۱۵۴
- فصل ۹- زایمان Postdate و مرگ جنین ۱۵۸
- فصل ۱۰- دوقلوئی ۱۶۱
- فصل ۱۱- ناسازگاری Rh و ABO ۱۶۵
- فصل ۱۲- ارزیابی سلامت جنین ۱۶۸

بخش دوم - بیماری های داخلی و جراحی ۱۷۷

- فصل ۱- بیماری های دستگاه ادراری ۱۷۸
- فصل ۲- اختلالات ریوی ۱۸۷
- فصل ۳- هیپر تانسیون، اختلالات هماتولوژیک - قلبی - عروقی ۱۹۴
- فصل ۴- اختلالات اندوکراین ۲۰۸
- فصل ۵- اختلالات دستگاه گوارش، کبد و چاقی ۲۲۰
- فصل ۶- بیماری های عفونی ۲۲۷
- فصل ۷- ارزیابی مادر ۲۳۳
- فصل ۸- اختلالات CNS ۲۳۸

بخش سوم - بیماری های زنان ۲۴۱

- فصل ۱- عفونت های ژنیکولوژیک ۲۴۲
- فصل ۲- نازایی ۲۵۴
- فصل ۳- مول ۲۵۸
- فصل ۴- میوم و توده های لگنی ۲۶۰
- فصل ۵- بیماری های تخمدان، ولو، واژن، اندومتر و سرویکس ۲۶۳
- فصل ۶- اختلال جنسی - بی اختیاری ها ۲۷۵
- فصل ۷- اندومتريوز و آدنومیوز ۲۷۹

۲۸۲	فصل ۸- آمنوره
۲۸۹	فصل ۹- پستان
۲۹۴	فصل ۱۰- یائسگی (منوپوز)
۳۰۰	فصل ۱۱- بلوغ
۳۰۳	فصل ۱۲- سندرم تخمدان پلی کیستیک
۳۰۶	فصل ۱۳- AUB، دیس منوره و PMS
۳۱۴	فصل ۱۴- طب مکمل در بیماری های زنان و تنظیم خانواده

بخش چهارم - بهداشت مادر و کودک ۳۱۷

۳۱۸	فصل ۱- PHC، اهداف و سطوح بهداشتی، شاخص ها و برنامه ریزی بهداشت
۳۴۷	فصل ۲- تنظیم خانواده
۳۷۷	فصل ۳- تغذیه و مراقبت های شیرخوار و رشد کودک
۴۰۰	فصل ۴- مراقبت های مادران در بارداری و دوره نفاس
۴۲۲	فصل ۵- واکسیناسیون
۴۳۴	فصل ۶- بهداشت نوجوان
۴۳۷	فصل ۷- بهداشت باروری و یائسگی

بخش پنجم - نوزادان ۴۴۱

۴۴۲	فصل ۱- معاینه، تغذیه و رشد نوزاد
۴۵۹	فصل ۲- آپگار نوزاد- احیا
۴۷۶	فصل ۳- اختلالات متابولیک و اندوکراین در نوزاد
۴۸۳	فصل ۴- بیماری های تنفسی در نوزاد
۴۹۲	فصل ۵- نوزاد پرخطر
۵۰۳	فصل ۶- دیس مورفولوژی و ناهنجاری ها
۵۰۷	فصل ۷- زردی فیزیولوژیک و هیپر-روبی
۵۱۷	فصل ۸- اختلالات گوارشی
۵۲۱	فصل ۹- عفونت در نوزادان
۵۲۹	فصل ۱۰- اختلالات خونی و ناف
۵۳۳	فصل ۱۱- نوزاد نارس، LBW، IUGR
۵۴۳	فصل ۱۲- اثرات بیماری ها و مصرف دارو توسط مادر بر نوزاد
۵۴۸	فصل ۱۳- دوقلوپی - حاملگی پرخطر

بخش ششم - جنین شناسی ۵۵۳

۵۵۴	فصل ۱- جنین شناسی عمومی
۵۸۳	فصل ۲- جنین شناسی اختصاصی

بخش هفتم - روان‌پزشکی ۶۱۸

سوالات کارشناسی ارشد سال ۹۴ ۶۱۹

بخش هشتم - زبان انگلیسی ۶۲۳

فصل ۱ - سال تحصیلی ۸۰ - ۱۳۷۹ وزارت بهداشت ۶۲۴

فصل ۲ - سال تحصیلی ۸۲ - ۱۳۸۱ وزارت علوم ۶۲۷

فصل ۳ - سال تحصیلی ۸۳ - ۱۳۸۲ وزارت بهداشت ۶۳۰

فصل ۴ - سال تحصیلی ۸۴ - ۱۳۸۳ وزارت علوم ۶۴۰

فصل ۵ - سال تحصیلی ۸۵ - ۱۳۸۴ وزارت بهداشت ۶۴۳

فصل ۶ - سوالات تألیفی (بخش ۱) ۶۵۰

فصل ۷ - سوالات تألیفی (بخش ۲) ۶۵۹

فصل ۸ - سال تحصیلی ۸۶ - ۱۳۸۵ وزارت بهداشت ۶۸۰

فصل ۹ - سال تحصیلی ۸۶ - ۱۳۸۵ وزارت علوم ۶۸۷

فصل ۱۰ - سال تحصیلی ۸۷ - ۱۳۸۶ وزارت بهداشت ۶۹۱

فصل ۱۱ - سال تحصیلی ۸۷ - ۱۳۸۶ وزارت علوم ۶۹۸

فصل ۱۲ - سال تحصیلی ۸۸ - ۱۳۸۷ وزارت بهداشت ۷۰۲

فصل ۱۳ - سال تحصیلی ۸۸ - ۱۳۸۷ وزارت علوم ۷۰۸

فصل ۱۴ - سال تحصیلی ۸۹ - ۱۳۸۸ وزارت بهداشت ۷۱۳

فصل ۱۵ - سال تحصیلی ۹۰ - ۱۳۸۹ وزارت بهداشت ۷۱۸

فصل ۱۶ - سال تحصیلی ۹۱ - ۱۳۹۰ وزارت بهداشت ۷۲۳

فصل ۱۷ - سال تحصیلی ۹۲ - ۱۳۹۱ وزارت بهداشت ۷۲۹

فصل ۱۸ - سال تحصیلی ۹۳ - ۱۳۹۲ وزارت بهداشت ۷۳۴

فصل ۱۹ - سال تحصیلی ۹۴ - ۱۳۹۳ وزارت بهداشت ۷۳۹

فصل ۲۰ - سال تحصیلی ۹۵ - ۱۳۹۴ وزارت بهداشت ۷۴۴

بخش نهم - آزمون کارشناسی ارشد ۷۴۱

فصل ۱ - بارداری، زایمان و بیماری‌های زنان ۷۵۲

فصل ۲ - نوزادان و مراقبت‌های مربوطه ۷۵۶

فصل ۳ - بهداشت، تغذیه مادر و کودک و تنظیم خانواده ۷۶۰

فصل ۴ - بیماری‌های داخلی و جراحی مربوط به مامایی ۷۶۴

فصل ۵ - جنین‌شناسی ۷۶۸

فصل ۶ - روانپزشکی در مامایی و اختلالات جنسی ۷۷۱

فصل ۷ - زبان عمومی ۷۷۵

بخش دهم - یازدهم - دوازدهم آزمون کارشناسی ارشد ۱۳۹۷ - ۱۳۹۶ تا ۱۳۹۹ - ۱۳۹۸ ۷۸۱

بخش سیزدهم آزمون کارشناسی ارشد ۱۴۰۰ - ۱۳۹۹ ۸۶۳

اگرچه طی حاملگی هر دو پدیده کوآگولاسیون و فیبرینولیز تشدید می‌شوند اما بر اساس این تشدید سبب حفظ تعادل در روند هموستاز می‌گردد.

در طول بارداری تمامی فاکتورهای انعقادی دچار افزایش غلظت می‌گردند بجز، فاکتورهای XI و XIII.

در طول بارداری میزان فیبرینوژن با وزن مولکولی بالا به میزان تقریباً ۵۰٪ افزایش می‌یابد.

(۱۷-د)

نکته: در طول بارداری افزایش مقاومت محیطی نسبت به انسولین و کاهش داشت محیطی گلوکز رخ می‌دهد.

(۱۸-د) (بارداری ویلیامز، ص ۲۰۱)

محدود توصیه شد برای افزایش وزن دوران بارداری در یک حاملگی با قلو براساس BMI:

دسته بندی	BMI	kg	lb
پایین	۱۹/۸ <	۱۸-۱۲/۵	۴۰-۲۸
نرمال	۲۶-۱۹/۸	۱۶-۱۱/۵	۳۵-۲۵
بالا	۲۹-۲۶	۵-۷/۱۱	۲۵-۱۵
بسیار بالا	۲۶ <	۷ ≥	۲۹ <

(۱۹-ج) (بارداری ویلیامز، ص ۳۶)

لایه Nitabuch ناحیه‌ای از دژنراسیون فیبرینوئید می‌باشد که تروفوبلاست در حال تهاجم در آن به دسیدوا می‌رسد.

(۲۰-ج) (بارداری ویلیامز، ص ۲۶)

منع خون‌رسانی رحم عمدتاً از شریان‌های تخمدانی و رحمی می‌باشد. شریان رحمی، یک شاخه اصلی از شریان ایلیاک داخلی می‌باشد و در گذشته شریان هیپوگاستریک نامیده می‌شود.

(۲۱-ب) (بارداری ویلیامز، ص ۱۶۷)

عوامل یوتروئینیک که از جمله عملکردهای آنها ایجاد انقباض در رحم می‌باشد می‌توان به اکسی‌توسین، آنالوگ‌های پروستاگلاندین، مشتقات ارگوت (متیل‌ارگونوین)، اندوتلین، کاتکولامین‌ها، هیستامین، آنژیوتانسین II، فاکتور فعال‌کننده پلاکت می‌باشند. در این میان پروستاگلاندین علاوه بر نقش منقبض‌کنندگی دارای عملکرد شل‌کنندگی نیز می‌باشند.

(۲۲-ب) (بارداری ویلیامز، ص ۲۱)

دیافراگم ادراری تناسلی در خارج دیافراگم لگنی قرار داشته و فضایی مثلثی را بین برجستگی‌های ایسکیال و سمفیز پوبیس ایجاد می‌نماید. این دیافراگم از عضلات عرضی عمقی پریینه‌ای، منقبض‌کننده پیشابراه، پوشش فاسیای داخلی و خارجی تشکیل شده است.

می‌باشد.

(۱۰-د)

نکته: وجود سوفل دیاستولیک در بارداری، فیزیولوژیک نیست.

(۱۱-ب)

نکته: لاکتوژن جفتی با عملکرد شبه‌هورمون رشد خود سبب افزایش لیپولیز و در نتیجه افزایش سطوح اسیدهای چرب آزاد در گردش خون می‌شود.

(۱۲-د) (بارداری ویلیامز، ص ۹۳)

انتقال IgG از مادر به جنین از هفته ۱۶ بارداری آغاز شده و انتقال مقادیر زیادی از آن طی ۴ هفته آخر بارداری به جنین مورد نیاز می‌باشد.

(۱۳-الف) (بارداری ویلیامز، ص ۳۶)

در لگن آندروئید قطر سائیتال خلفی در ورودی لگن کوتاه‌تر از قطر سائیتال قدامی بوده، بدین ترتیب قابلیت استفاده از فضای خلفی لگن به وسیله سر جنین را محدود می‌سازد. به علاوه قسمت قدامی لگن باریک و مثلثی شکل می‌باشد. لگن‌های به شدت آندروئید از پیش‌آگهی ضعیفی برای انجام زایمان وازینال برخوردار می‌باشند. در این نوع لگن دیواره‌ها همگرا بوه و شکاف ساکروسایاتیک باریک و خارهای ایسکیال برجسته می‌باشند.

(۱۴-د) (بارداری ویلیامز، ص ۶۸)

اگرچه استروئیدهای ۱۹ کربنه از جمله DHEA و فرم سرانته آن DHEA-S به عنوان آندروژن‌های آدرنال شناخته می‌شدند. این ترکیبات استروئیدی پیش‌سازهای ساخت استروژن می‌باشند. جفت دارای ظرفیت بالایی برای تبدیل استروئیدهای ۱۹ کربنه به استرادیول و استریول می‌باشد.

(۱۵-ب و د) (بارداری ویلیامز، ص ۸۶)

هر دو گزینه جواب صحیح می‌باشد.

اکسیژن و سایر گازها به شیوه انتشار ساده از جفت عبور می‌کنند. اما انتقال آهن و ویتامین C (اسید اسکوربیک) با واسطه ناقل و با صرف انرژی صورت می‌گیرد. غلظت ویتامین C در خون جنین ۲ تا ۴ برابر خون می‌باشد.

انتقال گلوکز از جفت به شیوه انتشار تسهیل شده می‌باشد.

بسیاری از مواد با وزن مولکولی کمتر از ۵۰۰ دالتون به سرعت و به طریقه انتشار ساده از جفت عبور می‌کنند.

از جمله مواد قابل انتقال توسط انتشار ماده می‌توان به اکسیژن، دی‌اکسید کربن، گازهای بی‌هوشی، آب و اغلب الکترولیت‌ها اشاره نمود.

(۱۶-الف) (بارداری ویلیامز، ص ۱۱۶)

مغزی، CRH نقش دارند. سلول های مزانشیمی آمینیون در تولید سایتوکاین ها نقش دارند.

۳۶- ب) (بارداری ویلیامز، ص ۶۷)

- بعد از هفته های ۷-۶ ماهگی منبع اصلی تولید پروژسترون از جسم زرد به جفت تغییر می یابد. خارج سازی جسم زرد قبل از هفته ۷ حاملگی سبب از دست رفتن محصولات بارداری می شود.

- منابع اصلی پیش سازهای استروژنی غدد آدرنال مادر و جنین می باشند.

- تولید استروژن طی ۲ تا ۴ هفته اول بارداری تحت تأثیر hCG از جسم زرد افزایش می یابد.

- در تروفوبلاست انسان، نه استرول و نه پروژسترون نمی توانند به عنوان پیش ساز سنتز استروژن عمل نمایند.

- پیش سازهای استروژن در تروفوبلاست شامل DHEA و DHEAS می باشند.

- غدد آدرنال جنین از نظر کمی مهم ترین منبع تولید پیش سازهای استروژن جفتی در انسان می باشند.

- پیش ساز استروژن برای استروئیدوزن آدرنال جنین کلسترول می باشد. غدد آدرنال جنین کلسترول را از استات سنتز می کنند.

۳۷- ج) (بارداری ویلیامز، ص ۱۱۱)

- اگرچه در طول حاملگی پستان ها دچار تغییراتی از جمله افزایش پیکمانتاسیون نیل و آرنول، افزایش قطر آرنول، افزایش اندازه نیل ها، افزایش اندازه و تعداد غدد و افزایش اندازه می گردند، به ندرت بزرگی پستان ها در حدی است که پاتولوژیک بوده و تحت عنوان ژیگانتوماستی خوانده شود.

- منفی شدن تست فرن به دلیل افزایش میزان پروژسترون و کاهش میزان کلرید سدیم در مایع آمینیون می باشد.

- طی بارداری واژن دستخوش تغییرات قابل توجهی برای آماده شدن جهت روند زایمان می گردد، این تغییرات شامل: افزایش قابل توجه ضخامت موکوس، از دست دادن و شل شدن بافت همبند و هیپر تروفی سلول های عضلانی صاف می باشند.

۳۸- ج) (بارداری ویلیامز، ص ۱۱۸)

پس از دریافت توسط مواد غذایی یا سنتز در پوست، ویتامین D در کبد به ۲۵- هیدروکسی ویتامین D تبدیل می شود. نسبتی از این فرم در کلیه، دسیدوا و جفت به ۲۵- دی هیدروکسی ویتامین D تبدیل می شود که سطوح آن طی بارداری طبیعی افزایش می یابد.

۳۹- الف) (بارداری ویلیامز، ص ۱۱۱)

- هفته های ابتدایی حاملگی زنان دچار احساس تندرست و پارسستی در پستان می گردند. بعد از ماه دوم اندازه پستان ها افزایش یافته و وریدهای ظریف در زیر سطح پوست پستان قابل مشاهده می گردند.

- غلظت روی و ید در پلاسمای جنین بیشتر از پلاسمای مادر می باشد.

- جنین در به دست آوردن گلوکز برای تغذیه خود به طور فعالانه عمل کرده و میزان گلوکز در خون جنین مستقل بوده و می تواند از سطوح گلوکز مادری بیشتر گردد.

۳۱- الف) (بارداری ویلیامز، ص ۹۳)

نکته: IgM توانایی عبور از جفت را ندارد.

۳۲- د) (بارداری ویلیامز، ص ۳۶۲)

- نسبت سیستول به دیاستول (S.D) شریان نافی، در صورتی که برای سن مشخص حاملگی بیشتر از صدک ۹۵ باشد غیرطبیعی در نظر گرفته می شود. عدم وجود جریان دیاستولیک یا معکوس شدن آن نیز غیرطبیعی می باشد.

- میزان S/D از ۴ در هفته ۲۰ به ۲ در زمان ترم کاهش می یابد (شریان های نافی در طی چرخه قلب همواره دارای جریان رو به جلو می باشند و حجم خون طی دیاستول با افزایش بارداری افزایش می یابد).

۳۳- د) (بارداری ویلیامز، ص ۳۱)

نکته: قرار گرفتن در وضعیت لیتوتومی دور سال سبب افزایش قطر خروجی لگن در حدود ۱/۵ تا ۲ سانتی متر می گردد.

۳۴- ب) (بارداری ویلیامز، ص ۶۳)

- توالی اسید آمینه ها در زیر واحد α در FSH، LH، FSH و hCG مشابه و تفاوت این هورمون ها در زیر واحد β می باشد.

- هورمون LPH (لاکتوژن جفتی) سبب افزایش لیپولیز و افزایش سطوح در گردش اسیدهای چرب آزاد می گردد.

- اینهیبین هورمونی گلیکوپروتئینی می باشد که عماد آن مهار تولید و ترشح FSH از هیپوفیز می باشد.

- CRH جفتی سبب تحریک تولید ACTH جفتی جهت تحریک تولید گلوکوکورتیکوئیدهای آدرنال جنینی و مادری می شود.

۳۵- د) (بارداری ویلیامز، ص ۵۹)

- پرده آمینیون فراتر از یک پرده و غشا ساده بدون عروق می باشد. این پرده از نظر متابولیک فعال بوده و مواد محلول و آب را جهت حفظ هموستاز مایع آمینیون از خود عبور می دهد.

- پرده آمینیون به صورت حاد و مزمن به کشش های مکانیکی پاسخگو می باشد. که سبب تغییر در پروژژن های آمینیونی می گردد.

- پرده آمینیون در تولید اتوکرین و پاراکرین متالوپروتئیناز های ماتریکس، IL-8 و کلاژن نقش دارد.

- سلول های اپی تلیال آمینیون در تولید پپتیدهای آرواکتینو (اندوتلین، پروتئین مرتبط با هورمون پاراتیروئید)، پپتیدهای نور ترانسمیتر های

۹۳ - ب) (بارداری ویلیامز، ص ۱۲۴)

— غلظت آلبومین در طول بارداری کاهش می‌یابد. در اواخر حاملگی غلظت آلبومین از مقادیر $4/3 \text{ g/dL}$ به 3 g/dL کاهش می‌یابد. همچنین افزایش اندکی در سطوح گلوبولین سرم وجود دارد. — سطوح پلاسمایی پرولاکتین مادر در طی حاملگی به میزان قابل توجهی افزایش می‌یابد و در زمان ترم نزدیک به ۱۰ برابر می‌گردد. سطوح پلاسمایی پرولاکتین بعد از زایمان حتی در زنان شیرده کاهش می‌یابد.

— ترشح کورتیزول از غدد آدرنال در طول بارداری افزایش نمی‌یابد و حتی ممکن است در مقایسه با وضعیت غیر حاملگی کاهش نیز داشته باشد. اما لازم به ذکر است که به دلیل کاهش و افزایش نیمه عمر کورتیزول در بارداری غلظت پلاسمایی آن افزایش می‌یابد. قسمت اعظم پرولاکتین به پروتئین حامل آن یعنی ترانس کورتین متصل می‌باشد.

— غلظت لپیدها، لیپوپروتئین‌ها و آپولیپوپروتئین‌ها در پلازما به میزان قابل توجهی در بارداری افزایش می‌یابد.

۹۴ - ب) (بارداری ویلیامز، ص ۱۱۱، ۱۹۱)

— پیگمانتاسیون در حدود ۹۰٪ از زنان باردار ایجاد شده و در افراد با پوست تیره آشکارتر می‌باشد. اگرچه شایع‌ترین محل ایجاد پیگمانتاسیون در خط وسط شکم (Linea nigra) می‌باشد. در مواردی نیز لکه‌های قهوه‌ای رنگ نامنظم با اندازه‌های متفاوت در صورت و گردن ایجاد می‌شوند که تحت عنوان کلوآسما یا ماسک حاملگی نامیده می‌شوند.

— افزایش میزان پروژسترون سرم (حتی در غیاب کاهش مطرح استروژن) در بارداری به سرعت سطوح کلرید سدیم را تا سطحی که سبب منفی شدن تست فرن می‌گردد کاهش می‌دهد.

— افزایش اندازه پستان‌ها بعد از ماه دوم بارداری آغاز شده و وریدهای ظریف زیر پوست مشخص می‌گردند. نیپل‌ها مشخصاً بزرگ‌تر تیره‌تر می‌گردند. افزایش اندازه پستان‌ها به ندرت به حد پاتولوژیک که زیگانتوماستی خوانده می‌شود، می‌باشد.

— تغییرات واژن در بارداری به صورت چشمگیری جهت آماده شدن برای اتساع هنگام لیبر و زایمان رخ می‌دهد. این تغییرات شامل افزایش قابل توجه ضخامت مخاط، از دست دادن بافت همبند و هیپر تروفی سلول‌های عضلات صاف می‌باشد. پاپیلاهای اپی‌تلیوم واژن دچار هیپر تروفی شده و منظره‌ای شبیه به سر پهن را ایجاد می‌نمایند.

۹۵ - ب) (بارداری ویلیامز، ص ۱۱۳)

— کاهش غلظت هموگلوبین و هماتوکریت در بارداری ثانویه به افزایش حجم پلازما می‌باشد و نه کاهش تولید هموگلوبین بدین

نسبت اثر کمتری بر خون‌رسانی جنین دارند به گونه‌ای که اثر نامطلوبی بر جریان خون عروق نافی می‌گذارند.

(ویلیامز، ص ۷۹)

۸۸ - ب)

تغییرات صداهای طبیعی قلب در طی بارداری:

۱ - دوتایی شدن شدید صدای اول قلب همراه با افزایش بلندی هر دو جزء

۲ - عدم تغییر قابل تشخیص در اجزای ریوی و آئورتی صدای دوم

۳ - شنیده شدن آسان و واضح صدای سوم قلب

نکته: در ۹۰ درصد زنان باردار یک سوفل سیستولیک شنیده می‌شود که ممکن است در زمان دم یا بازدم شنیده شود و پس از زایمان از بین می‌رود.

(ویلیامز، ص ۱۶۴)

۸۹ - ب)

طول سری - دمی در هفته ۲۴ بارداری حدود ۲۳ سانتی‌متر است. باز شدن نسبی چشم‌ها از هفته ۲۶ بارداری آغاز می‌شود. وزن جنین در هفته ۲۴ بارداری حدود 1630 gr است. کانالیکول دار شدن ریه، بزرگ شدن برونش و برونشیول‌ها و شکل‌گیری مجاری آلوئولی تقریباً کامل می‌شود. جنین متولد شده در این سن، مبادرت به تنفس خواهد کرد ولی به دلیل تشکیل نشدن کیسه‌های نهایی مورد نیاز برای تبادل می‌میرند.

(ویلیامز، ص ۲۳۰)

۹۰ - الف)

نکته: بارداری اول یک خانم ۳۱ ساله (با توجه به سن کمتر از ۳۵ سال و بالاتر از ۱۸ سال) و بدون عارضه دیگری در بارداری به تنهایی اندیکاسیون ارجاع به متخصص نیست.

(ویلیامز، ص ۴۷)

۹۱ - الف)

توصیه می‌شود در طی دوران بارداری برای عملکرد مناسب جفت و اکسیژن‌رسانی به جنین، تنفس مادر به صورت سبکی و منظم باشد.

۹۲ - د) (بارداری ویلیامز، ص ۱۲۵)

— تغییرات مثانه در طی بارداری طبیعی:

- بالا رفتن تریگون مثانه و افزایش ضخامت حاشیه خلفی یا مماس با رحم در اثر هیپرپلازی عضلات مثانه بافت همبند.
- افزایش فشار داخل مثانه در زنان پرایمی گراویناز $8 \text{ Cm/H}_2\text{O}$ به $20 \text{ Cm/H}_2\text{O}$ در زمان ترم
- افزایش طول مطلق و عملکردی پیشابراه به ترتیب به میزان $6/7$ و $4/8$ میلی‌متر.

• افزایش فشار داخل پیشابراه از ۷۰ به $93 \text{ Cm/H}_2\text{O}$

• بروز در حالتی از بی‌اختیاری ادرار در حدود نیمی از زنان در سه ماهه سوم حاملگی