

| | |
|-----------|--|
| ۷۰۷..... | آزمون ورودی دوره‌ی کارشناسی ارشد سال ۹۶-۱۳۹۵ |
| ۷۲۲..... | پاسخ‌نامه |
| ۷۵۹..... | آزمون ورودی دوره‌ی کارشناسی ارشد سال ۹۷-۱۳۹۶ |
| ۷۷۴..... | پاسخ‌نامه |
| ۸۰۷..... | آزمون ورودی دوره‌ی کارشناسی ارشد سال ۹۸-۱۳۹۷ |
| ۸۲۴..... | پاسخ‌نامه |
| ۸۵۵..... | آزمون ورودی دوره‌ی کارشناسی ارشد سال ۹۹-۱۳۹۸ |
| ۸۷۱..... | پاسخ‌نامه |
| ۹۰۳..... | آزمون ورودی دوره‌ی کارشناسی ارشد سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ |
| ۹۱۸..... | پاسخ‌نامه |
| ۹۵۳..... | آزمون ورودی دوره‌ی کارشناسی ارشد سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ |
| ۹۶۹..... | پاسخ‌نامه |
| ۱۰۱۹..... | آزمون ورودی دوره‌ی کارشناسی ارشد سال ۱۴۰۲-۱۴۰۱ |
| ۱۰۳۵..... | پاسخ‌نامه |
| ۱۰۷۹..... | آزمون ورودی دوره‌ی کارشناسی ارشد سال ۱۴۰۳-۱۴۰۲ |
| ۱۰۹۶..... | پاسخ‌نامه |
| ۱۱۴۱..... | فهرست منابع |

بارداری و زایمان و بیماری‌های زنان

۱. کدامیک از جملات زیر در خصوص صرع در بارداری صحیح است؟

- (الف) درمان با والپروئیک اسید به صورت روتین توصیه می‌شود.
(ب) همه رژیم‌های تک‌دارویی در دوران بارداری برای جنین بی‌ضرر هستند.
(ج) مصرف داروی ضد صرع در بارداری ممکن است منجر به وقوع ناهنجاری شود.
(د) معمولاً درمان با رژیم تک‌دارویی در بارداری توصیه نمی‌شود.

۲. همه موارد زیر در ارتباط با علت سوزش سردل بارداری صحیح است، به جز:

- (الف) رفلاکس ترشحات اسیدی به مری
(ب) کاهش تون اسفنکتر تحتانی مری
(ج) بالا بودن فشار داخل مری
(د) کاهش حرکات پرستالتیسم مری

۳. کدام عبارت در ارتباط با عملکرد کلیه در بارداری صحیح است؟

- (الف) افزایش میزان ترشح پروتئین و گلوکز
(ب) افزایش آستانه بی‌کربنات کلیوی
(ج) کاهش میزان فیلتراسیون گلومرولی
(د) کاهش میزان کراتینین ادرار

۴. انجام آمنیوسنتز به منظور تشخیص بیماری‌های ژنتیکی جنین در چه زمانی از بارداری صورت می‌گیرد؟

- (الف) قبل از هفته ۱۰
(ب) هفته ۱۱-۱۴
(ج) هفته ۲۰-۱۵
(د) بعد از هفته ۲۰

۵. اگر آلفافیتوپروتئین (AFP) سرم مادر در حاملگی $\geq 2MOM$ باشد، اولین اقدام کدام است؟

- (الف) مشاوره ژنتیک
(ب) سونوگرافی استاندارد
(ج) AFP مجدد
(د) آمنیوسنتز

۶. در خانمی که سابقه مول هیداتیدنرم داشته و با علایم خونریزی نامنظم مراجعه می‌کند، کدام اقدام صحیح است؟

- (الف) اندازه‌گیری βhCG ، سونوگرافی، تخلیه رحم و پایش ماهانه βhCG پس از تخلیه
(ب) تخلیه رحم، پایش هفتگی βhCG پس از تخلیه

- (ج) اندازه‌گیری βhCG ، سونوگرافی، تخلیه رحم، پایش هر ۴۸ ساعت تا دستیابی به βhCG غیر قابل تشخیص
(د) اندازه‌گیری βhCG ، سونوگرافی، تخلیه رحمی، پایش هفتگی تا دستیابی به βhCG غیر قابل تشخیص

۷. خانمی ۲۱ ساله G2P0 در هفته ۳۲ بارداری دچار خونریزی +۱ بدون درد شده است. اقدام بعدی شما چیست؟

- (الف) ختم حاملگی به شیوه زایمان واژینال
(ب) بستری و تحت نظر
(ج) ختم حاملگی به شیوه سزارین
(د) تزریق کورتون برای رسیدن ریه جنین

۸. مهم ترین عامل پیش بینی کننده و بروز دکولمان چیست؟

- (الف) سن و پاریتی
(ب) مصرف سیگار و کوکائین
(ج) سابقه جدا شدن جفت در بارداری های قبلی
(د) تروما

۹. یک خانم نولی پار و مبتلا به پره کلآمپسی شدید یک دوز ۴ گرمی سولفات منیزیم به صورت وریدی و یک دوز ۱۰ گرمی را به صورت عضلانی دریافت نموده است، ۲۰ دقیقه پس از دریافت آخرین دوز دچار تشنج شده است. اقدام بعدی شما چیست؟

- (الف) تجویز ۲ گرم سولفات منیزیم به صورت عضلانی
(ب) تجویز ۲ گرم سولفات منیزیم به صورت وریدی
(ج) تجویز یک دوز هیدرالازین به صورت وریدی
(د) تجویز یک دوز دیورتیک به صورت وریدی

۱۰. یک خانم G2P1، با سن حاملگی ۴۱/۵ هفته، صدای قلب جنین خوب، مایع آمنیوتیک مکنونوم و نمره پیشاب ۴ مراجعه کرده است. چه درمانی را برای وی پیشنهاد می کنید؟

- (الف) القای زایمان با اکسی توسین
(ب) القای زایمان با پروستاگلاندین E₂
(ج) سزارین
(د) درمان انتظاری

۱۱. خانم ۴۵ ساله G3P2 با شروع خونریزی، دردهای زایمانی و $FHR=140$ در دقیقه در بخش لیبر بستری شده است. اداره زایمان ترجیحاً چگونه است؟

- (الف) تجویز اکسی توسین، کنترل انقباضات رحمی و FHR به طور روتین
(ب) کنترل روتین انقباضات رحمی و FHR
(ج) تجویز وازینال PG E₁ و قطع آن در صورت تاکی سیستول رحمی
(د) آمنیوتومی، تجویز اکسی توسین با دوز پایین، کنترل روتین انقباضات رحمی و FHR

۱۲. براساس پیشنهاد انجمن زنان و مامایی امریکا موارد زیر به عنوان شرط لازم برای تشخیص فاز فعال نرمال زایمان محسوب می شود بجز:

- (الف) وجود دیلاتاسیون سرویکس حداقل ۴ سانتیمتر
(ب) وجود الگوی انقباضی رحمی ۲۰۰ واحد مونته ریچیه
(ج) وجود سه انقباض رحمی در ۱۰ دقیقه
(د) وجود افاسمان سرویکس حداقل ۷۰٪

۱۳. خانمی G2P1 با سن بارداری ۳۴ هفته و پارگی پرده ها که از ۱۲ ساعت پیش شروع شده است به درمانگاه مراجعه می کند. در معاینه وازینال سرویکس بسته و خلفی می باشد، اقدام مناسب چیست؟

- (الف) ختم حاملگی با انجام سزارین
(ب) بستری و تجویز توکولیتیک
(ج) تجویز آنتی بیوتیک و القای زایمان
(د) تجویز آنتی بیوتیک و تحت نظر گرفتن

۱۴. در خانمی G3P2AB1 که در روز سوم پس از سزارین دچار تب و لرز شده است، پس از ۷۲ ساعت از مصرف آنتی بیوتیک هنوز درجه حرارت ۳۹ درجه می باشد. محتمل ترین تشخیص و اقدام بعدی چیست؟

- (الف) فاشییت نکروزان و تجویز آنتی بیوتیک وسیع الطیف
(ب) اندومتريت و کشت خون
(ج) ترومبوفلیت لگنی و سی تی اسکن لگن
(د) ترومبوفلیت لگنی، تجویز فوری هپارین همراه با تجویز آنتی بیوتیک

بارداری و زایمان و بیماری‌های زنان

۱. (ج) درمان با والپروئیک اسید، با بیشترین خطر برای جنین همراه است (علت رد گزینه الف). همه رژیم‌های تک‌دارویی در حاملگی بی‌ضرر نیستند (مثلاً والپروئیک اسید که در بالا اشاره شد) (علت رد گزینه ب). مصرف داروهای ضد صرع ممکن است خطر ناهنجاری‌های جنینی را افزایش دهد و هیچ‌یک از این داروهای ضد تشنج در دوران حاملگی واقعاً بی‌خطر نیست (علت تأیید گزینه ب). معمولاً درمان با رژیم تک‌دارویی در بارداری توصیه می‌شود درمان تک‌دارویی در مقایسه با رژیم چند دارویی با میزان کمتر ناهنجاری مادرزادی همراه است (به جز والپروئیک اسید) (علت رد گزینه د).

نکته

شکاف‌های دهانی - صورتی، ناهنجاری‌های قلبی و نقایص لوله عصبی شایع‌ترین ناهنجاری‌های گزارش شده هستند.

۲. (ج)

نکته

تون اسفنکتر تحتانی سรี در حاملگی کاهش می‌یابد و فشار داخل مری کمتر و فشار داخل معده بیشتر است.
حین لیبر شدن در تجزیه داروهای آنالژژیک زمان تخلیه معده طولانی‌تر می‌شود.
یبوست و افزایش فشار در وریدهای واقع در زیر رحم بزرگ منجر به بروز هموروئید در حاملگی می‌شود.

۳. (الف) در ارتباط با کلیه و عملکرد آن، در حاملگی موارد زیر رخ می‌دهد: افزایش اندازه کلیه (۱/۵ سانتی‌متر)، افزایش میزان دفع ادراری اسیدهای آمینه و ریتامین‌های محلول در آب، کاهش میزان سرمی کراتینین از ۰.۷ به ۰/۵ میلی‌گرم در دسی‌لیتر، افزایش کلیرانس کراتینین (علت رد گزینه د) گلوکزوری و پروتئینوری (علت تأیید گزینه الف) و کاهش میزان بی‌کربنات کلیوی (علت رد گزینه ب).

نکته

پروتئینوری در زنان غیر حامله به صورت دفع بیش از ۱۵۰ میلی‌گرم در روز پروتئین می‌باشد در حالی که در زنان حامله به دفع بیش از ۳۰۰ میلی‌گرم در روز پروتئین تعریف می‌شود. زیرا در حاملگی افزایش فیلتراسیون و کاهش احتمالی بازجذب لوله‌ای وجود دارد.

۴. (ج)

بین هفته‌های ۲۰-۱۵ حاملگی آمنیوستنز انجام می‌شود که این روش، بیرون کشیدن مایع آمنیون از راه شکم می‌باشد (ترانس ابدومینال). ترانس لوسنسی گردن توسط سونوگرافی و سنجش دو آنالیت سرمی β -hCG و پروتئین A پلاسمایی مربوط به حاملگی (PAPP-A) در هفته‌های ۱۱-۱۴ صورت می‌گیرد (علت رد گزینه ب). آمنیوستنز زود هنگام در هفته‌های ۱۴-۱۱ انجام می‌شود که در مقایسه با آمنیوستز معمولی عوارض بیشتری دارد که شامل مرگ جنین، میزان نشت مایع آمنیون بیشتر و تالیس اکتینوزولوس (پای چماقی) می‌باشد.

نکته

مورد استفاده‌ترین روش تشخیصی برای بررسی آنوپلوئیدی و سایر اختلالات ژنتیکی، آمیوسنتز است.

۵. (ب) اگر AFP مساوی یا بالای MOM ۲ باشد در صورتی که قبلاً سونوگرافی استاندارد جهت تأیید سن حاملگی و رد کردن حاملگی دوقلویی، یا مرگ جنین انجام نشده باشد، سونوگرافی استاندارد انجام می‌شود و اگر نیاز بود AFP مجدداً اندازه‌گیری می‌شود. اگر AFP مجدداً مساوی یا بیشتر از MOM ۲/۵ بود، این نتیجه غیرطبیعی بوده و باید بیمار مشاوره شود (سونوگرافی تخصصی انجام گیرد و انجام آمیوسنتز هم در نظر گرفته شود). اما اگر AFP مجدد کمتر از MOM ۲/۵ بود ← غربالگری طبیعی است.

نکته

در حاملگی‌های دوقلویی AFP بالاتر می‌باشد. (MOM ۳/۵)
 موارد زیر باعث کاهش AFP می‌شود: چاقی، دیابت شیرین، تریزومی‌های ۲۱ یا ۱۸، بیماری‌های تروفوبلاستیک حاملگر، مرگ جنین و برآورد غیر واقعی و بالای سن جنین.
 موارد زیر باعث افزایش AFP می‌شود: برآورد غیر واقعی کمتر سن حاملگی، حاملگی چندقلویی، مرگ جنین، نقایص اولیه عصبی، گاستروشیززی، اومفالوسل، هیگروم کیستیک، انسداد مری، آزرد، نکروز کبد، ناهنجاری‌های کلیه - کلیه پلی کیستیک، آرنژی کلیه، نفروز مادرزادی، انسداد مجاری ادراری، اکستروفی کلواک، استئوزنز ایمپر فکتا، نوم خاجی - دنبالچه‌ای، نقایص مادرزادی پوست، کیست پیلونیدال، کورئوسوم جفت، ترومبوز بین پرزی جفت، دکولمان جفت، اولیگوهیدرآمیوس (پایه‌کلاسیسی، محدودیت رشد جنین، هپاتوم یا تراتوم مادر AFP گلیکوپروتئینی است که اول توسط کیسه زرده جنین تولید می‌شود و سپس توسط دستگاه نوزاد کبد جنین تولید می‌گردد.
 غربالگری AFP در ۳ ماه مادر بین هفته‌های ۲۰-۱۵ صورت می‌گیرد.

۶. (د) در مورد مول هیداتیفرم در تست سال‌های گذشته به‌طور کامل توضیح داده شده است.

نکته

از تخلیه رحم در زنان با سابقه مول هیداتیفرم، به زنان Rh-D منفی گلوبولین ایمون آنتی D (Rogham) تجویز می‌شود.
 پس از تخلیه، میزان B-hcG در عرض ۴۸ ساعت سنجیده می‌شود و از آن به‌عنوان میزان پایه استفاده می‌شود و سپس ۲-۱ هفته سنجیده می‌شود و تا رسیدن به حد غیر قابل سنجش این کار صورت می‌گیرد.

۷. (ب) در تست‌های سال‌های گذشته راجع به پلاستتایروپا توضیح داده شده مدت‌ها گفته می‌شد خونریزی رحمی دردناک ناشی از دکولمان است و خونریزی رحمی بدون درد ناشی از پلاستتایروپا است. این تشخیص افتراقی آسان نیست. زیرا لیبر همراه پروپا ممکن است درد ایجاد کند که بر دکولمان دلالت داشته باشد و از سوی دیگر درد حاصل از دکولمان ممکن است از لیبر طبیعی تقلید کند، یا جفت‌های خلفی بدون درد باشد. با این وجود با توجه به خونریزی بدون درد و عدم شدت خونریزی و وجود جنین پره‌ترم بیمار را بستری کرده و تحت نظر می‌گیریم.