

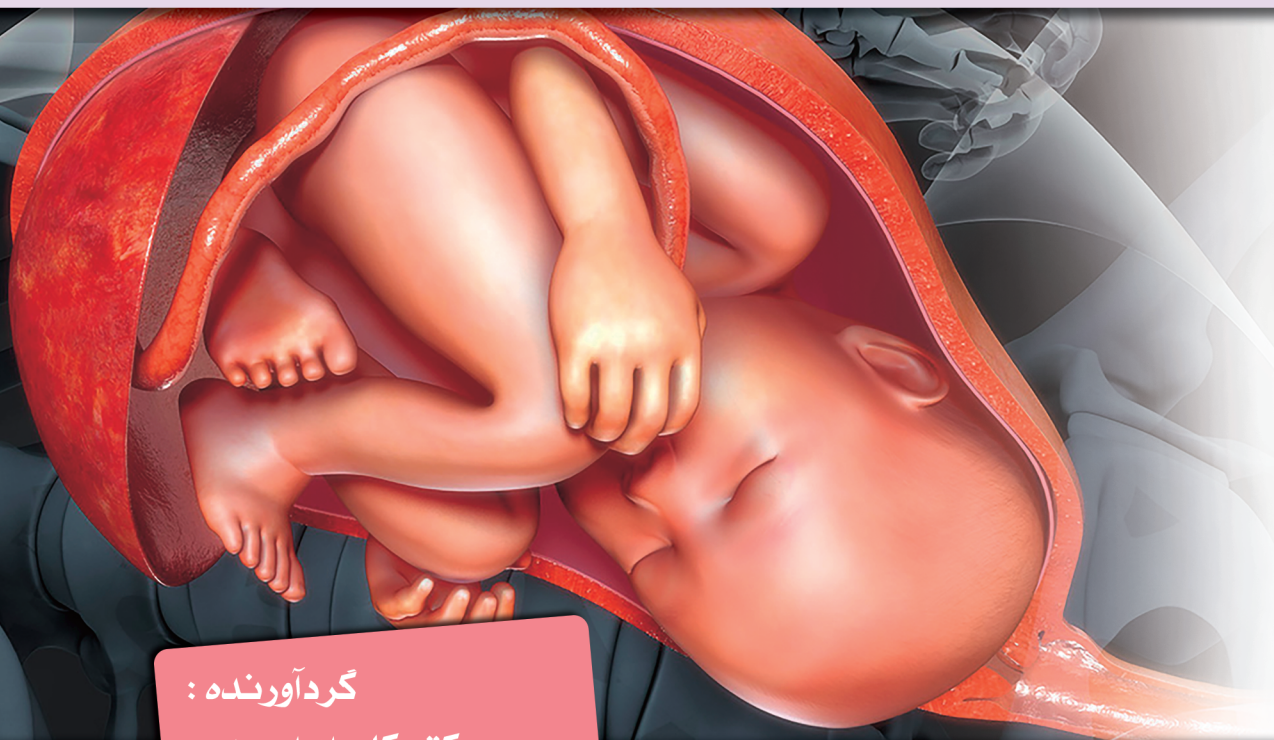
Next Level **PLUS**

GUIDELINE & BOOK REVIEW

زنان و مامایی ۱

بکمن ۲۰۱۹

کلیه حقوق مادی و معنوی این مجموعه، منحصراً متعلق به دکتر کامران احمدی است؛ لذا هرگونه کپی، تکثیر و استفاده از این مجموعه به غیر از یک نفر خریدار علاوه بر پیگرد قانونی، از نظر شرعی نیز با عدم رضایت مؤلف همراه می باشد.



گردآورنده :

دکتر کامران احمدی

به انضمام سئوالات دستیاری، پرانترنی، ارتقاء و بورد زنان تمام قطب های کشور تا تیر ماه ۱۴۰۰

مؤلف برگزیده کتاب سال دانشجویی ۱۳۷۵ با رتبه اول

مؤلف برگزیده کتاب سال جمهوری اسلامی ایران ۱۳۷۷

فهرست مطالب

Guideline & Book Review



فصل ۱: معاینه و مراقبت از سلامت زنان ۱

- رابطه مؤثر بیمار-پزشک ۱
- شرح حال ۱
- معاینه فیزیکی ۳

فصل ۲: غربالگری و پیشگیری در زنان ۶

- انواع پیشگیری ۶
- واکسیناسیون ۶
- پیشگیری اولیه: ارزیابی دوره‌ای و غربالگری ۶
- غربالگری سرطان ۸
- بیماری‌های منتقل شونده از راه جنسی (STD) ۹
- بیماری‌های متابولیک و اختلالات قلبی عروقی ۱۰
- استئوپروز ۱۰
- دیابت شیرین ۱۱
- بیماری‌های تیروئید ۱۱
- فشار خون ۱۲
- اختلالات لیپیدی ۱۲
- چاقی ۱۲

فصل ۳: اخلاقیات، مسئولیت و ایمنی بیمار ۱۴

- انواع روش‌های تصمیم‌گیری اخلاقی ۱۴
- اخلاق برپایه اصول (Principle-Based Ethics) ۱۴
- مراحل رعایت مسائل اخلاقی ۱۵
- اخلاق و مسئولیت پزشکی (Medical Liability) ۱۵
- ایمنی بیمار ۱۶

فصل ۴: جنین‌شناسی و آناتومی ۱۷

- جنین‌شناسی ۱۷
- تکامل تخمدان‌ها ۱۷
- تکامل مجاری تناسلی ۱۸
- تکامل دستگاه ژنیتالای خارجی ۱۸
- لگن استخوانی ۱۸
- وولو و پرینه ۱۹
- واژن ۲۰
- سرویکس ۲۰
- رحم و حمایت لگنی ۲۰
- لوله‌های رحمی ۲۱
- تخمدان‌ها ۲۲
- آنومالی‌های سیستم تولید مثل زنان ۲۲

فصل ۵: فیزیولوژی مادر و جنین ۲۴

- سیستم قلبی-عروقی ۲۴
- سیستم تنفسی ۲۵
- سیستم هماتولوژیک ۲۶
- سیستم کلیوی ۲۷
- سیستم گوارشی (GI) ۲۸
- سیستم آندوکراین ۲۹
- سایر سیستم‌های بدن مادر ۳۰
- سیستم عضلانی-اسکلتی ۳۰
- پوست ۳۰

- دستگاه تناسلی ۳۱
- پستان‌ها ۳۱
- تغییرات چشمی ۳۱
- فیزیولوژی جفت و جنین ۳۱
- ایمنولوژی حاملگی ۳۲

فصل ۶: مراقبت‌های قبل از حاملگی و قبل از زایمان ۳۴

- واکسیناسیون ۳۴
- آزمایشات خاص ۳۴
- مشاوره‌های خاص ۳۴
- مراقبت‌های حول و حوش زایمان (آنته پارتوم) ۳۵
- تشخیص بارداری ۳۵
- اولین ویزیت پره‌ناتال ۳۵
- تعیین سن بارداری و تخمین زمان زایمان ۳۵
- آزمایشات غربالگری ۳۸
- ارزیابی جنین ۳۸
- ارزیابی رشد جنین ۳۸
- شغل ۴۱
- ورزش ۴۱
- تغذیه و وزن‌گیری ۴۲
- شیردهی ۴۲
- فعالیت جنسی ۴۲
- مسافرت ۴۳
- ترانژن‌ها ۴۳
- سردرد ۴۵
- ادم ۴۶
- تبوع و استفراغ ۴۶
- سوزش سردل (Heartburn) ۴۶
- یبوست ۴۶
- خستگی ۴۶
- کرامپ‌های ساق پا ۴۶
- کمردرد ۴۶
- درد لیگامان گرد (Round) ۴۶
- وریدهای واریسی ۴۶
- هموروئید ۴۷
- ترشحات واژینال ۴۷

فصل ۷: ژنتیک در زنان و مامایی ۴۹

- مفاهیم اولیه ژنتیک ۴۹
- الگوهای وراثت ۵۱
- ریسک فاکتورهای اختلالات ژنتیک ۵۳
- غربالگری سه ماهه اول ۵۳
- غربالگری سه ماهه دوم ۵۴
- غربالگری یکپارچه (Integrated screening) ۵۵
- تشخیص پره‌ناتال اختلالات ژنتیک ۵۵
- تست حامل (Carrier testing) ۵۵
- پرسوجریهای تشخیصی جنین ۵۵
- مشاوره ژنتیک ۵۶
- ژنتیک در ژنیکولوژی: غربالگری سرطان ۵۶
- کانسر پستان و تخمدان ۵۶

فصل ۸: مراقبت‌های حین زایمان ۵۸

- تغییرات مادری قبل از شروع لیبر ۵۸
- ارزیابی لیبر ۵۹
- معاینه شکمی ۵۹
- معاینه واژینال ۵۹
- مراحل زایمان (Stages of labor) ۶۰
- مکانیسم لیبر ۶۱
- لیبر و زایمان طبیعی ۶۲
- ارزیابی سلامت جنین در حین لیبر ۶۲
- کنترل درد ۶۲
- اداره لیبر ۶۳
- القای لیبر ۶۵
- تجویز آکسی‌توسین ۶۵
- آماده‌سازی سرویکس (Cervical ripening) ۶۶
- دستکاری مامبران‌ها ۶۶
- سزارین ۶۶
- تصمیم‌گیری در مورد نحوه زایمان ۶۶
- زایمان طبیعی بعد از سزارین ۶۷

فصل ۹: لیبر غیرطبیعی و نظارت بر جنین در طول مدت زایمان ۶۹

- لیبر غیرطبیعی ۶۹
- عوامل مؤثر در موفقیت زایمان طبیعی ۶۹
- تشخیص و اداره الگوهای غیرطبیعی زایمان ۷۱
- اختلالات مرحله اول زایمان ۷۱
- اختلالات مرحله دوم لیبر ۷۳
- زایمان به کمک ابزار ۷۳
- فورسپس ۷۴
- واکيوم ۷۴
- پرزانتاسیون بریج ۷۵
- دیستوشی شانه ۷۶
- نظارت بر جنین در حین زایمان ۷۷
- مانیتورینگ FHR حین لیبر ۷۸
- تشخیص الگوهای غیرطبیعی بخش FHR ۸۱
- برخورد با الگوهای غیرطبیعی بخش FHR ۸۱
- مکنونیوم ۸۲

فصل ۱۰: مراقبت‌های فوری از نوزادان ۸۵

- مراقبت اولیه از نوزاد ۸۵
- ارزیابی نوزاد در اتاق زایمان ۸۵
- زردی ۸۷
- احیای نوزاد ۸۷
- گازهای خونی بند ناف ۸۸
- ختنه پسران ۸۹
- غربالگری نوزادان ۸۹

فصل ۱۱: مراقبت‌های بعد از زایمان ۹۰

- دوره نفاس ۹۰
- بازگشت رحم به حالت طبیعی ۹۰
- لوشیا ۹۰

۹۱	• سرویکس و واژن
۹۱	• برگشت عملکرد تخمدان
۹۱	• دیواره شکم
۹۱	• سیستم قلبی - عروقی
۹۱	• سیستم هماتولوژیک
۹۱	• سیستم کلیوی
۹۱	• مراقبت‌های دوره بلافاصله بعد از زایمان
۹۱	• اقامت در بیمارستان
۹۲	• عوارض بعد از زایمان
۹۲	• بی‌دردی (Analgesia)
۹۲	• تحرک
۹۲	• مراقبت از پستان
۹۳	• واکسیناسیون
۹۳	• عملکرد روده و مثانه
۹۳	• مراقبت از پرنه
۹۴	• جلوگیری از بارداری
۹۴	• فعالیت جنسی
۹۴	• کاهش وزن
۹۴	• شیردهی
۹۵	• افسردگی پری‌ناتال
۹۵	• ویزیت بعد از زایمان

۹۷	• علائم بالینی
۹۸	• نحوه اداره خونریزی بعد از زایمان
۹۹	• علل اصلی خونریزی بعد از زایمان
۹۹	• آتونی رحم
۱۰۰	• پارگی مجاری تناسلی تحتانی
۱۰۱	• احتباس جفت
۱۰۱	• جداشدگی غیرطبیعی جفت
۱۰۲	• سایر علل خونریزی بعد از زایمان
۱۰۳	• پیشگیری از خونریزی بعد از زایمان

۱۰۴	• فصل ۱۳: حاملگی چندقلویی
۱۰۵	• خطرات حاملگی چندقلویی
۱۰۶	• سندرم ترانسفیوژن قل به قل
۱۰۶	• دوقلوهای منوآمینیوتیک
۱۰۶	• مرگ یکی از جنین‌ها
۱۰۷	• اداره حاملگی دوقلویی قبل از زایمان
۱۰۸	• سونوگرافی
۱۰۸	• اقدامات حین زایمان

۱۱۰	• فصل ۱۴: اختلالات رشد جنین (IUGR و ماکروزومی)
۱۱۰	• محدودیت رشد داخل رحمی (IUGR)
۱۱۴	• ماکروزومی

۱۱۶	• فصل ۱۵: پره‌ترم لیبر
۱۱۶	• اتیولوژی
۱۱۶	• ریسک فاکتورها
۱۱۷	• عوامل بهبود دهنده پیامدهای حاملگی
۱۱۷	• پیش‌بینی پره‌ترم لیبر
۱۱۸	• پیشگیری
۱۱۸	• ارزیابی بیماران مشکوک به پره‌ترم لیبر
۱۱۹	• درمان پره‌ترم لیبر
۱۱۹	• توکولیتیک‌ها
۱۱۹	• داروهای توکولیتیک شایع
۱۲۰	• کورتیکواستروئید

۱۲۲	• فصل ۱۶: خونریزی‌های سه ماهه سوم حاملگی
۱۲۳	• جفت سرراهی (Placenta Previa)
۱۲۵	• دکولمان جفت (Placental abruption)
۱۲۶	• عروق سرراهی (Vasa previa)
۱۲۷	• پارگی رحم (Uterine rupture)

۱۲۸	• فصل ۱۷: پارگی پیش از موعد پرده‌ها (PROM)
۱۲۸	• مایع آمنیوتیک
۱۲۸	• پارگی زودرس پرده‌ها (PROM)
۱۲۸	• پارگی پره‌ترم و زودرس پرده‌ها (PPROM)
۱۳۰	• نحوه برخورد با PROM
۱۳۰	• PROM در هنگام ترم
۱۳۰	• PROM پره‌ترم
۱۳۲	• پارگی پره‌ترم پرده‌ها در سه ماهه دوم

۱۳۳	• فصل ۱۸: حاملگی پُست‌ترم
۱۳۳	• تعاریف
۱۳۳	• اتیولوژی
۱۳۳	• عوارض
۱۳۵	• تشخیص حاملگی پُست‌ترم
۱۳۵	• نحوه برخورد با حاملگی پُست‌ترم
۱۳۵	• ارزیابی جنینی
۱۳۵	• ایندکشن لیبر (القای زایمان)

۱۳۷	• فصل ۱۹: حاملگی اکتوپیک و سقط
۱۳۷	• حاملگی اکتوپیک (EP)
۱۴۱	• سقط (Miscarriage)
۱۴۲	• انواع سقط‌های خودبه‌خودی
۱۴۵	• سقط القایی (Induced Abortion)

۱۴۷	• فصل ۲۰: اختلالات آندوکراین در حاملگی
۱۴۷	• دیابت
۱۴۸	• عوارض جنینی دیابت
۱۴۸	• دیابت قبل از حاملگی
۱۴۹	• دیابت حاملگی (Gestational diabetes)
۱۵۱	• بیماری تیروئید
۱۵۲	• برخورد با بیماری‌های تیروئید در حاملگی
۱۵۲	• نحوه برخورد با بیماری‌های تیروئید که در طی بارداری یا بعد از آن تشخیص داده می‌شوند

۱۵۴	• فصل ۲۱: عوارض گوارش، کلیوی و جراحی
۱۵۴	• تهوع و استفراغ حاملگی (NVP)
۱۵۵	• کلستاز داخل کبدی حاملگی (ICP)
۱۵۶	• کبد چرب حاد حاملگی
۱۵۶	• باکتریوزی بی‌علامت
۱۵۷	• پیلونفریت
۱۵۷	• سنگ‌های ادراری در حاملگی
۱۵۷	• بیماری‌های کلیوی زمینه‌ای
۱۵۸	• بیماری‌های جراحی
۱۵۸	• سنگ‌های صفراوی در حاملگی
۱۵۸	• آپاندیسیت در حاملگی
۱۵۸	• توده‌های آدنکسی در حاملگی
۱۵۹	• تروما در حاملگی

۱۶۰	• فصل ۲۲: اختلالات قلبی - عروقی و تنفسی
۱۶۰	• اختلالات فشارخون
۱۶۰	• اثرات فشارخون بر روی ارگان‌های بدن و جنین

۱۶۲	• هیپرتانسیون مزمن
۱۶۳	• فشارخون ناشی از حاملگی
۱۶۳	• پره‌اکلامپسی
۱۶۵	• اکلامپسی
۱۶۶	• سندرم HELLP
۱۶۶	• طبقه‌بندی بیماری‌های قلبی در حاملگی
۱۶۷	• بیماری روماتیسمی قلبی
۱۶۷	• آریتمی‌های قلبی
۱۶۸	• کاردیومیوپاتی حول و خوش زایمان
۱۶۸	• آسم
۱۶۹	• آنفلوآنزا

۱۷۱	• فصل ۲۳: عوارض هماتولوژیک و ایمنولوژیک حاملگی
۱۷۱	• بیماری‌های هماتولوژیک
۱۷۱	• آنمی
۱۷۲	• هموگلوبینوپاتی
۱۷۳	• آلوایمونیزاسیون
۱۷۶	• آنتی‌ژن Kell
۱۷۶	• بیماری همولیتیک ABO

۱۷۸	• فصل ۲۴: بیماری‌های عفونی
۱۷۸	• استرپتوکوک‌های گروه B
۱۷۹	• هریس
۱۷۹	• سرخچه (Rubella)
۱۸۰	• هپاتیت
۱۸۱	• ایدز
۱۸۲	• ویروس پاپیلومای انسانی (HPV)
۱۸۳	• سیفلیس
۱۸۴	• نایسریا گنوره
۱۸۴	• کلامیدیا
۱۸۴	• سیتومگالوویروس (CMV)
۱۸۵	• توکسوپلاسموز
۱۸۵	• واریسلا (آبله مرغان)
۱۸۶	• پاروویروس B19
۱۸۶	• ویروس زیکا (Zika)

۱۸۸	• فصل ۲۵: اختلالات نورولوژیک و روانپزشکی
۱۸۸	• سردرد
۱۸۹	• صرع
۱۸۹	• مولتیپل اسکلروز (MS)
۱۸۹	• سندرم تونل کارپال
۱۹۰	• فلج Bell's
۱۹۱	• افسردگی بعد از زایمان
۱۹۱	• اختلالات اضطرابی
۱۹۱	• اختلالات دوقطبی
۱۹۲	• سایکوز بعد از زایمان
۱۹۲	• اسکیزوفرنی

معاینه و مراقبت از سلامت زنان

بکمن ۲۰۱۹

آنالیز آماری سؤالات فصل ۱

❖ درصد سؤالات فصل ۱ در ۲۰ سال اخیر: ۵/۰٪

❖ مباحثی که بیشترین سؤالات را به خود اختصاص داده‌اند (به ترتیب):

۱- نحوه ارتباط پزشک با بیمار، ۲- انواع اسپکولوم، ۳- طبقه‌بندی فشارخون

مثال در مورد ارتباط بین پزشک و بیمار، پزشک باید دارای کدامیک از ویژگی‌های زیر باشد؟

- الف) Confrontational ب) Judgment
ج) Argumentation د) Empathetic

الف ب ج د

مثال برای انجام یک پروژه تحقیقاتی در زمینه آموزش مهارت‌های همدلی (Empathic Communication) و ارتباط خوب پزشک - بیمار پرسش‌نامه‌ای طراحی شده است. کدامیک از موارد زیر اثر منفی بر این نوع مهارت دارد؟

- الف) سؤالات باز (Open-ended question)
ب) ارتباط غیرکلامی (Nonverbal communication)
ج) توصیه دادن به بیمار (Advice giving)
د) گوش دادن به همراه بازتاب (Reflective listening)

الف ب ج د

شرح حال

شرح حال شامل شکایت اصلی، تاریخچه بیماری فعلی، سابقه بیماری‌های قبلی از جمله بیماری‌های زنان و مامایی، سابقه بیماری‌های خانوادگی، تاریخچه زندگی اجتماعی و ارزیابی تمام سیستم‌ها (ROS) می‌باشد.

شکایت اصلی (CC): شرح مختصری از نشانه یا مشکل اصلی بیمار است.

تاریخچه بیماری فعلی (HPI): شرح زمان بندی شده از وقایع مربوط به شکایت اصلی است؛ مثلاً زمان شروع علائم و یا ناگهانی بودن یا تدریجی بودن شروع علائم.

تاریخچه قبلی بیماری: هرگونه اطلاعات راجع به تاریخچه سلامت جنسی و یا اطلاعات قبلی پزشکی، جراحی یا حتی بیماری‌های روانی و مراحل تشخیص و درمان آنها باید در تاریخچه بیماری‌های قبلی ذکر گردد. سابقه

رابطه مؤثر بیمار - پزشک



اولین برخورد بر روی رابطه بین پزشک و بیمار تأثیر مهمی دارد. بهتر است پزشک پس از ورود بیمار، خود را معرفی کند و از بیمار بپرسد که ترجیح می‌دهد با نام کوچک یا نام فامیلی مورد خطاب قرار گیرد. رفتار دوستانه و همراه با احترام موجب راحتی و آرامش بیمار می‌گردد و بر روی کیفیت اقدامات درمانی اثر مفیدی دارد.

❑ مشخصات یک رابطه خوب بیمار با پزشک

● **رابطه همراه با همدلی و همدردی:** بهترین نوع ارتباط پزشک با بیمار، ارتباط همراه با همدلی (Empathy) و همدردی (Sympathy) است؛ به این معنا که پزشک خود را به جای بیمار بگذارد و از نقطه نظر او به بیماریش بنگرد و با او همدردی کند (جدول ۱-۱).

رابطه همراه با همدلی و همدردی، فهم پزشک از وضعیت بیمار را بهتر می‌کند و موجب افزایش اعتماد، دقت بیشتر در تشخیص، انعطاف‌پذیری بیمار در برابر تصمیمات پزشک و رضایت بیشتر از روند درمان می‌شود؛ همچنین طول مدت جلسه ویزیت را کاهش می‌دهد.

● **اختصاص دادن زمان کافی به صحبت‌های بیمار:** یکی دیگر از مشخصات یک رابطه خوب بین بیمار و پزشک، اختصاص زمان برابر برای پزشک و بیمار برای صحبت کردن در ابتدای ویزیت است. یعنی همان مقدار که پزشک صحبت می‌کند باید به بیمار هم فرصت صحبت کردن بدهد.

● نحوه مصاحبه

- ۱- مصاحبه با بیمار باید انگیزشی (Motivational Interview) باشد.
- ۲- از نصیحت کردن (Advice Giving) بیمار باید اجتناب شود.
- ۳- بهتر است پزشک به جای آنکه به تنهایی صحبت کند، بیمار را به صحبت تحریک کند و به صورت فعال و واکنشگر به صحبت‌های او گوش دهد (Reflective Listening).
- ۴- پزشک باید در فواصل صحبت‌های بیمار، حرف‌های او را تأیید کند.

توجه! ایجاد مشارکت قوی بین پزشک و بیمار، هسته اصلی مراقبت‌های بهداشتی زنان است.



جدول ۱-۱. مراحل ایجاد ارتباط بین بیمار و پزشک در ویزیت زنان

مرحله	شرح	روابط مفید همراه با همدلی
قدم اول	شروع ویزیت (تمرکز بر روی بیمار)	- خوش آمدگویی به بیمار و معرفی خود - سؤال از بیمار که می‌خواهد به چه اسمی مورد خطاب قرار بگیرد. - اطمینان از آمادگی بیمار و حفظ حریم خصوصی او - خاموش کردن تلفن همراه - اطمینان از راحتی بیمار و استفاده از مهارت‌های ارتباطی همراه با همدلی
قدم دوم	مشخص کردن شکایت اصلی (CC) بیمار یا علت مراجعه (این قسمت باید با تمرکز بر روی بیمار انجام شود)	- مشخص کردن زمان اختصاص داده شده به ویزیت - تهیه لیستی از مشکلات و مسائلی که بیمار مایل به صحبت کردن در مورد آنهاست و مشخص کردن مسائلی که نیاز به توجه ویژه دارند. - خلاصه کردن و نهایی‌سازی به ویژه اگر مطالب متعددی برای توضیح وجود دارند و مشخص کردن اینکه آیا بیمار نیاز به جلسات اضافی ویزیت دارد یا نه؟
قدم سوم	تاریخچه بیماری فعلی یا شکایت اصلی (تمرکز مساوی بر روی پزشک و بیمار و گوش دادن فعال به بیمار)	- پرسیدن سئوالات باز، استفاده از سکوت و ارتباط غیرکلامی - توجه بیشتر به بیمار تا به مدارک موجود - گرفتن جزئیات و اطلاعات بیشتر در مورد CC و HPI از جمله وضعیت احساسی بیمار
قدم چهارم	- مشخص کردن HPI یا CC با جزئیات - انجام معاینه فیزیکی - مشخص کردن سابقه بیماری‌های قبلی - مرور تمام سیستم‌های بدن (ROS) (یک یافته غیرمنتظره در معاینه بیمار می‌تواند نحوه برخورد با بیماری را در این ویزیت یا ویزیت بعدی تغییر دهد)	- استفاده از ارتباط باز (Open-ended) - توجه ویژه به زمان ایجاد مشکلات و علائم - کسب اجازه از بیمار جهت ثبت اطلاعات در پرونده کتبی یا الکترونیکی - انجام معاینات فیزیکی پس از کسب اجازه از بیمار - در صورت نیاز به معاینه لگنی، کسب مجدد اجازه از بیمار و در صورت امکان حضور یک همراه در کنار بیمار - یک قانون خوب "صحبت کردن قبل از لمس کردن" (Talk before you touch) است.
قدم پنجم	مشخص شدن مشکل با همکاری پزشک و بیمار و توافق بر سر نوع اداره بیماری و وضعیت	- خلاصه‌سازی مطالعه و تأیید اطلاعات دقیق - توافق بر روی برنامه درمانی و ویزیت‌های بعدی (Follow up - visit)

مایع، عصبی شدن، تغییرات خلقی، هوس‌های غذایی، تغییر در احساسات جنسی و اختلال در خواب باشد. در مورد دیسمنوره باید پرسیده شود. ایجاد کرامپ یا احساس ناراحتی زیر شکم در زمان پریود شایع بوده ولی اگر با فعالیت‌های روزانه فرد تداخل کند یا به مسکن‌های غیرمخدر پاسخ ندهد باید غیرطبیعی در نظر گرفته شود.

توجه! دردهای قاعدگی با ایجاد پروستاگلندین‌ها ارتباط داشته و معمولاً به داروهای NSAIDs پاسخ می‌دهند.

● **تاریخچه یائسگی:** هرگاه قاعدگی بیمار به مدت بیشتر از یکسال کاملاً قطع شود، بیمار یائسه در نظر گرفته می‌شود. به دوره گذر از مرحله قاعدگی به دوره یائسگی که تقریباً ۱ تا ۲ سال طول می‌کشد و در این مدت عملکرد تخمدان‌ها رو به کاهش می‌گذارد، مرحله پرمنوپاز گفته می‌شود. مرحله پرمنوپاز معمولاً با بهم خوردن نظم قاعدگی‌ها یا کاهش میزان خونریزی آغاز شده و با علائم گرگرفتگی (فلاشینگ)، عصبی شدن، تغییرات خلقی و خشکی واژن و تغییرات میل جنسی همراه می‌باشد.

● **تاریخچه فعالیت جنسی:** در شرح حال زنان حتماً باید تاریخچه فعالیت جنسی بیمار ذکر شود. سئوالات بهتر است باز باشند و از بیمار بخواهیم راجع به خود و شریک جنسی‌اش صحبت کند.

● **نحوه جلوگیری از بارداری:** در مورد روش‌های جلوگیری از حاملگی باید از بیمار سؤال شود.

تاریخچه مامایی

● **گراویدیتیه و پاریتی:** پایه و اساس تاریخچه مامایی تعیین تعداد بارداری‌ها یا گراویدیتی است (جدول ۱-۲).

بیماری‌های التهابی لگن باید موجب تمرکز بیشتر بر روی عفونت‌های منتقله از طریق جنسی از جمله گنوره‌آ یا کلامیدیا شود. بیماران همچنین باید در مورد سابقه ابتلا به هرپس، زگیل‌های تناسلی، هپاتیت، ایدز و سیفلیس و همچنین واژینیت‌ها مورد پرسش قرار بگیرند.

در مورد سابقه واکسیناسیون هم باید پرسیده شود و همچنین واکسن‌های جدید مثل واکسن ویروس پاپیلوماوی انسانی (HPV) را به بیماران معرفی نمود.

تاریخچه بیماری‌های زنان

● **تاریخچه قاعدگی:** باید سابقه پریودهای بیمار (Menarche) مورد بررسی قرار گیرد. جهت تعیین میزان خونریزی نیز می‌توان از بیمار پرسید که چه تعداد پد یا تامپون استفاده می‌کند و آیا آنها فقط اندکی آغشته به خون می‌شوند و یا کاملاً خونی هستند. هر فرد طبیعی ممکن است در پریود ماهیانه، لخته دفع کند ولی اندازه آن نباید از یک سکه بزرگتر باشد. نکاتی که باید در مورد خونریزی‌های غیرطبیعی مدنظر قرار گیرند، عبارتند از:

۱- خونریزی نامنظم (Irregular Bleeding): خونریزی بدون الگوی منظم و با طول مدت غیرطبیعی

۲- خونریزی میان قاعدگی (Intermenstrual Bleeding): خونریزی در بین سیکل‌های قاعدگی

۳- خونریزی بعد از نزدیکی (Postcoital Bleeding): خونریزی بلافاصله بعد از نزدیکی جنسی

● **علائم قبل از قاعدگی:** تاریخچه قاعدگی باید شامل علائم قبل از قاعدگی نیز باشد. علائم قبل از قاعدگی ممکن است شامل اضطراب، احتباس



جدول ۱-۳. طبقه‌بندی فشار خون

سیستولیک (mmHg)	دیاستولیک (mmHg)	
کمتر از ۱۲۰	و کمتر از ۸۰	طبیعی
۱۲۰-۱۲۹	و کمتر از ۸۰	افزایش یافته
۱۳۰-۱۳۹	یا ۹۰-۸۰	مرحله ۱ فشار خون
۱۴۰ یا بالاتر	۹۰ یا بالاتر	مرحله ۲ فشار خون
بالاتر از ۱۸۰	بالاتر از ۱۲۰	کریز هیپرتانسیو

■ **معاینه پستان:** بهترین روش تشخیص زودرس سرطان پستان، ترکیبی از معاینه پستان توسط پزشک و انجام ماموگرافی با زمانبندی مناسب است. مراحل معاینه پستان به صورت زیر است:

● **مشاهده (Inspection):** قدم اول معاینه، مشاهده پستان‌هاست. بازوهای بیمار ابتدا باید در دو طرف بدنش قرار گیرند و سپس دو دستش را روی کمر قرار دهد و یا بازوها را به بالای سر ببرد. از بیمارانی که پستان‌های بزرگ و آویزان دارند، بهتر است بخواهیم به جلو خم شوند تا مشاهده پستان‌ها راحت‌تر شود. نکات زیر در مشاهده پستان‌ها حائز اهمیت هستند:

- ۱- تومورها معمولاً نظم بافت پستان را به هم می‌زنند و موجب بی‌نظمی در شکل یا غیرقرینگی در بافت پستان یا محل قرارگیری نوک پستان می‌شوند.
- ۲- غیرقرینگی پستان‌ها ممکن است به طور شایع دیده شود اما تغییرات واضح یا تغییراتی که اخیراً ایجاد گردیده‌اند، نیاز به بررسی بیشتر دارند.
- ۳- هرگونه تغییر رنگ یا زخم‌شدگی در پوست پستان‌ها، آرئول یا نوک پستان یا هرگونه ادم لنفاتیک که موجب چروک خوردگی چرمی شکل یا ظاهر پوست پرتقالی شود، غیرطبیعی بوده و باید بررسی شود.
- ۴- به ترشح آبکی شفاف یا شیریری رنگ از نوک پستان گالاکتوره گفته می‌شود که در اغلب موارد دوطرفه بوده و در اثر تحریک پستان یا افزایش سطح پرولاکتین رخ می‌دهد.

۵- ترشح خونی از پستان غیرطبیعی بوده و معمولاً یکطرفه است و در اغلب موارد به علت التهاب ساختار پستان در اثر پاپیلومای داخل مجرای (اینتراداکتال پاپیلوما) ایجاد می‌شود. علت کمتر شایع برای ترشح خونی ممکن است کارسینوم پستان باشد. در صورت وجود ترشح خونی، ارزیابی جهت Rule out بدخیمی ضرورت دارد.

۶- ترشح چرکی از پستان اغلب نشانه عفونت است؛ اگرچه ممکن است یک تومور زمینه‌ای، علت آن باشد.

۷- پستان‌های خیلی بزرگ ممکن است منجر به ایجاد کمردرد و شانه‌های خمیده شوند و در این صورت می‌تواند اندیکاسیون جراحی کوچک کردن پستان (Reduction mammoplasty) باشد.

● **لمس (Palpation):** بعد از مشاهده، نوبت به لمس کردن پستان‌ها می‌رسد.

- ۱- ابتدا لمس پستان‌ها در وضعیتی که بازوها در دو طرف بدن بیمار قرار دارند و بیمار به پشت خوابیده است، انجام می‌شود. سپس بیمار بازوها را روی سر قرار می‌دهد.
- ۲- برای معاینه زیر بغل بیمار بهتر است بنشینند و معاینه در حالت نشسته انجام گیرد، در وضعیتی که بازوی بیمار روی شانه فرد معاینه‌کننده یا روی سر خود بیمار قرار گیرد.



جدول ۱-۲. عبارات شایعی که جهت توصیف پاریتی به کار می‌روند

خامی که باردار است یا قبلاً باردار بوده است.	گراوید
خامی که در حال حاضر اولین بارداری خود را می‌گذراند یا اینکه یک بار قبلاً باردار شده است.	پریمی‌گراوید
خامی که بیش از یکبار باردار شده است.	مولتی‌گراوید
خامی که باردار نبوده و قبلاً هم هرگز باردار نشده است.	نولی‌گراوید
خامی که برای اولین بار، باردار است یا فقط یک فرزند به دنیا آورده است.	پریمی‌پار
خامی که دو مرتبه یا بیشتر زایمان کرده است.	مولتی‌پار
خامی که هرگز زایمان نکرده یا اینکه هرگز بارداری را تا بالای ۲۰ هفته (بالای سن سقط) ادامه نداده است	نولی‌پار

۱- تعداد گراویدیتی نشان‌دهنده تعداد بارداری‌های هر زن بوده چه آن بارداری به تولد نوزاد زنده ختم شود، چه به سقط، زایمان پره‌ماچور یا از دست دادن جنین

۲- تعداد زایمان‌های بالای ۲۰ هفته چه به تولد زنده ختم شوند چه نشوند، تعیین‌کننده پاریتی است.

● **مشاوره و مراقبت قبل از بارداری:** مراقبت قبل از بارداری و برنامه‌ریزی جهت لقاح، موجب بهبود پیامد بارداری می‌شوند.

● **تاریخچه ناباروری:** به عدم باروری بعد از گذشت یکسال از نزدیکی‌های جنسی مرتب و کافی و بدون جلوگیری از بارداری، ناباروری اطلاق می‌گردد. از آنجایی که در زنان بالای ۳۵ سال، میزان باروری کاهش می‌یابد، در صورت عدم وقوع باروری بعد از ۶ ماه نزدیکی جنسی بدون جلوگیری، ارزیابی علت ناباروری در زنان بالای ۳۵ سال توصیه می‌شود.

■ **سابقه خانوادگی:** سابقه بیماری‌هایی مانند دیابت، کانسر، استئوپروز و بیماری‌های قلبی در بستگان درجه اول باید مشخص شوند.

■ **ارزیابی تمام سیستم‌ها (ROS):** در این بخش پزشک با پرسیدن سؤال در مورد تمام سیستم‌های بدن، ارزیابی کلی از وضعیت بدن بیمار و بیماری او به دست می‌آورد. در بررسی سیستم‌ها، پاسخ‌های منفی اهمیتی برابر با پاسخ‌های مثبت دارند.



معاینه فیزیکی

معاینه با توجه به شکایت اصلی بیمار و اطلاعات به دست آمده از شرح حال انجام می‌شود. ولی ۳ معاینه زیر جزء معاینات مهم و اصلی زنان هستند:

۱- معاینه شکم

۲- معاینه لگن

۳- معاینه پستان

! **توجه:** قبل از انجام معاینه، شستن دست‌ها الزامی است.

! **نکته‌ای بسیار مهم:** صرفنظر از جنسیت پزشک، اگر بیمار درخواست کند که در هنگام معاینه، فردی همراه او باشد، پزشک باید آن را قبول کند.

■ **علائم حیاتی:** معمولاً معاینه فیزیکی با چک علائم حیاتی شامل درجه حرارت بدن، فشار خون و ضربان قلب آغاز می‌شود. همچنین قد، وزن و BMI، مورد سنجش قرار می‌گیرند (جدول ۱-۳).

● **تعریف افزایش فشارخون:** فشارخون سیستولیک بیشتر از ۱۳۰ mmHg و فشارخون دیاستولیک بیشتر از ۸۰ mmHg، به عنوان افزایش فشارخون در نظر گرفته می‌شود.



شکل ۱-۱. پوزیشن لیتوتومی در هنگام معاینه لگن

۷- به بیمار بگوئید که معاینه لگن تنها با همکاری بیمار قابل انجام است و نیاز به حمایت و همکاری بیمار دارد.

- **پوزیشن بیمار:** معاینه لگن باید در پوزیشن لیتوتومی انجام شود.
- **مراحل معاینه لگن**

۱- **مشاهده و معاینه ژنیتالهای خارجی:** مشاهده ژنیتالهای خارجی اولین قدم معاینه لگن بوده و شامل مشاهده مونس پوبیس، لایبیا ماژور، لایبیا مینور، پرینه و ناحیه پری آنال است. بعد از مشاهده، قدم بعدی لمس قسمت‌های مختلف است که شامل کلیتوریس، لایبیاها، دهانه واژن، دهانه اورترا و غدد است. در معاینه دستگاه تناسلی خارجی زنان همواره ابتدا باید مشاهده و سپس لمس انجام شود.

انگشت اشاره به اندازه ۲-۳ سانتی متر داخل واژن قرار داده شده و اورترا با انگشت به آرامی دوشیده می‌شود. در صورت وجود هرگونه ترشح از دهانه اورترا باید کشت تهیه شود. سپس مابین انگشت اشاره و شست می‌توان محل غدد بارتولین در دیواره واژن را لمس نمود.

- **معاینه با اسپیکولوم:** مرحله بعد از مشاهده و لمس ژنیتالهای خارجی، معاینه با اسپیکولوم است. دو نوع اسپیکولوم برای معاینه بالغین وجود دارد که عبارتند از:

۱- **اسپیکولوم Pederson:** تیغه‌های صاف و باریک دارد و در دو طرف تیغه‌ها، انحنا مختصری دارد. اسپیکولوم Pederson باریک بوده و جهت معاینه زنان نولی‌پارکه زایمان نکرده‌اند و زنان یائسه که دچار تنگی و آتروفی واژن هستند، به کار می‌رود.

۲- **اسپیکولوم Graves:** دارای تیغه‌های پهن‌تر و بلندتر است و در دو طرف انحنا بیشتری دارد. این اسپیکولوم جهت معاینه زنان زایمان کرده مناسب‌تر است چرا که تیغه‌های پهن‌تر و انحنا بیشتری در طرف آن اجازه دید بیشتری از واژن خانم‌های مولتی‌پار می‌دهد.

۳- **اسپیکولوم Pederson با تیغه‌های بسیار باریک:** می‌تواند جهت مشاهده سرویکس در دختران نوجوان شود (جدول ۱-۴ و شکل ۱-۲).

● **معاینه دودستی لگن:** معاینه دودستی با یک دست داخل واژن و دست دیگر بر روی شکم انجام می‌گیرد. در هنگام معاینه دودستی، دوانگشت اشاره و وسط وارد واژن می‌شوند در حالی که دست دیگر بر روی شکم قرار دارد و با فشار ملایم ناحیه بین ناف و پوبیس از روی شکم را لمس می‌کند. در حین معاینه دودستی باید لمس سرویکس و ارزیابی آن از نظر اندازه، شکل، موقعیت، قابلیت تحرک، وجود تندرنس یا وجود توده انجام شود.

● **معاینه دودستی رحم:** در هنگام معاینه دودستی می‌توان با انگشتان داخل واژن، رحم را به طرف بالا و به سمت دست روی شکم حرکت داد و رحم را بین دو دست لمس نمود.

۳- لمس پستان‌ها باید آهسته، دقیق و با پالپ انگشتان انجام شود نه با نوک انگشت. حرکت انگشتان باید به طرف بالا و پائین باشد و بافت پستان در بین انگشتان لمس شود. الگوی لمس توسط پزشک تعیین می‌شود مثلاً الگوی دایره‌ای، شعاعی یا طولی که کل پستان را دربر بگیرد و در نهایت ناحیه آگریلا نیز لمس می‌شود.

۴- در صورت لمس هرگونه توده باید اندازه، شکل، قوام، تحرک یا عدم تحرک و محل دقیق آن مشخص شود.

۵- در زنانی که پستان‌های بزرگ دارند ممکن است در زیر پستان‌ها یک بافت سفت به صورت عرضی لمس شود که به آن خط زیر پستان (Inframammary ridge) می‌گویند و به عنوان یافته طبیعی در نظر گرفته می‌شود.

۶- در پایان معاینه پستان، آرئول جهت بررسی خروج مایع از نوک پستان فشار داده می‌شود و در صورت خروج مایع، باید آنرا جهت کشت و سیتوپاتولوژی ارسال نمود.

● **مشاوره در مورد آگاهی نسبت به پستان خود:** امروزه توصیه می‌شود که زنان تشویق شوند که نسبت به پستان خود آگاهی داشته باشند. یکی از راه‌های تشویق زنان برای آگاهی بیشتر، توصیه به معاینه پستان خود است. تمام زنان باید در مورد ظاهر طبیعی پستان‌ها و تغییراتی که ممکن است نامطلوب باشد، آگاهی داشته باشند.

معاینه پستان توسط خود فرد به تمام زنان توصیه نمی‌گردد بلکه فقط به زنان High risk مثل کسانی که یکی از بستگان درجه اول آنها به سرطان مبتلا شده است، توصیه می‌شود. این بیماران باید با نگاه کردن به آینه و با بالا بردن بازوها، ظاهر پستان‌ها و زیر بغل را مشاهده کنند و هرگونه تغییر در ظاهر پستان، فرورفتگی، برآمدگی یا تغییر رنگ را به پزشک گزارش دهند. همچنین معاینه ملایم پستان‌ها و زیر بغل جهت لمس هرگونه توده یا برآمدگی را انجام دهند و در نهایت فشردن ملایم نوک سینه جهت مشاهده هرگونه ترشح چرکی، خونی یا شیری از نوک پستان‌ها

■ **معاینه لگن:** از آنجایی که با معاینه لگنی در بیماران بی‌علامت ممکن است برخی اختلالات مانند کانسره‌های وولو و واژن، عفونت‌ها و ضایعات سرویکس، فیبروئیدهای رحمی و کیست‌ها یا تومورهای تخمدان تشخیص داده شوند، کالج آمریکایی زنان و مامایی توصیه می‌کند که در زنان با سن ۲۱ سال و بیشتر، سالیانه معاینه لگن انجام شود. در معاینه لگنی رعایت نکات زیر اهمیت دارد:

۱- در هنگام معاینه لگن باید مثانه خالی باشد.

۲- در صورت نیاز به تهیه نمونه ادرار جهت ارسال کشت ادراری می‌توان از بیمار در حین معاینه، نمونه ادرار جهت ادرار تمیز گرفت. به این صورت که بیمار خود را تمیز می‌کند و سپس نمونه ادرار از وسط جریان ادرار بیمار تهیه می‌شود.

۳- برای معاینه لگنی و شکمی بیمار باید عضلات خود را شل کند.

۴- در طول معاینه، پزشک باید با بیمار ارتباط برقرار کند و هرآنچه قرار است در حین معاینه اتفاق بیفتد را به بیمار بگوید. طبق همان قانون قبلی "Talk before you touch".

۵- به جای دستورات همراه با تحکم مانند "خودت را شل کن" باید به بیمار گفت "تا جایی که می‌توانی سعی کن خودت را شل کنی البته می‌دانم که کار ساده‌ای نیست".

۶- حتماً باید از بیمار بخواهید در صورتی که حین معاینه احساس ناراحتی می‌کند به شما اطلاع دهد و به او اطمینان دهید که در صورت ناراحتی او، معاینه را متوقف کرده و به طریق دیگری انجام می‌دهید.



جدول ۱-۴. نکات مهم در معاینه با اسپکولوم

- ۱- در موارد زیر بهتر است از ژل لوبریکانت هنگام معاینه استفاده کرد:
 - الف) دختران قبل از سن بلوغ
 - ب) زنان یائسه
 - ج) بیمارانی که خارش، تحریک یا ضایعات واژن دارند.
- ۲- در هنگام ورود اسپکولوم، باید از دست غالب استفاده شود.
- ۳- ورود اسپکولوم باید به صورت افقی انجام شود.
- ۴- نمونه‌گیری جهت پاپ اسمیر باید از منطقه Transformation Zone صورت گیرد.

● **معاینه دودستی آدنکس:** برای ارزیابی تخمدان‌ها، لوله‌های فالوپ و ساختارهای حمایتی لگن باید معاینه دودستی آدنکس‌ها صورت بگیرد. ارزیابی آدنکس‌ها از نظر اندازه، شکل، قوام، میزان تحرک، حساسیت و وجود توده با لمس صورت می‌گیرد. تخمدان‌ها در زنان سن باروری تقریباً در نیمی از موارد قابل لمس هستند در حالی که لمس تخمدان‌ها در زنان یائسه دشوارتر است.

● **معاینه رکتوواژینال:** ممکن است در معاینه زنان لازم باشد. در حین معاینه رکتوواژینال، لمس لیگامان یوتروساکرال دو طرف و ارزیابی آن از نظر قرینه بودن، صافی، حساسیت، ندولاریتی و شل یا ضخیم بودن آن صورت می‌گیرد. اندیکاسیون‌های معاینه رکتوواژینال در حین ویزیت زنان عبارتند از:

۱- شک به وجود توده خلفی لگن

۲- ارزیابی درد مزمن لگنی

■ **مثال** زن ۴۶ ساله‌ای (NVD) P6L6 به علت AUB مراجعه نموده

است. در معاینه اولیه، دیواره‌های واژن شل و پرولابیه هستند. کدام اسپکولوم جهت معاینه ایشان مناسب‌تر است؟ (ارتقاء زنان دانشگاه مشهد - تیر ۹۶)

الف) هافمن

ب) موریسون

ج) پدروسون

د) گریوز

الف) ب) ج) د)

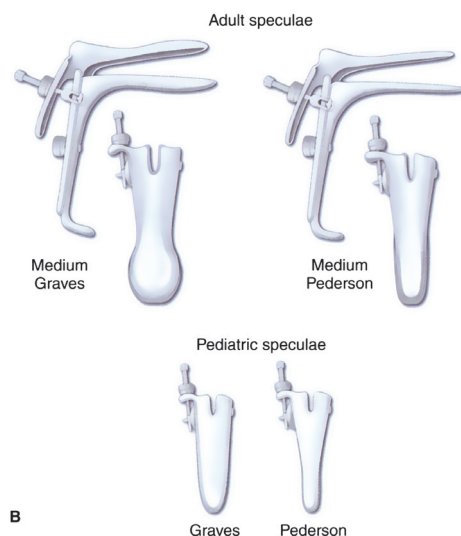
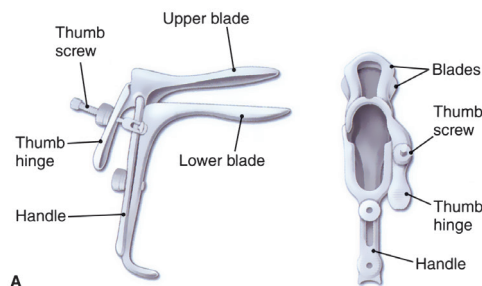
PLUS

Next Level

یادم باشد که

GUIDELINE & BOOK REVIEW

- ۱- بهترین نوع ارتباط پزشک با بیمار، ارتباط همراه با همدلی (Empathy) و همدردی (Sympathy) است.
- ۲- یکی از مشخصات یک رابطه خوب بین بیمار و پزشک، اختصاص زمان برابر برای پزشک و بیمار برای صحبت کردن در ۳ ابتدایی ویزیت است.
- ۳- در هنگام پرسش از بیمار باید از سئوالات باز (Open-ended) استفاده شود.
- ۴- یک قانون خوب در هنگام معاینه، صحبت کردن قبل از لمس کردن (Take before you touch) است.
- ۵- معاینه لگن باید در پوزیشن لیٹوتومی انجام شود.
- ۶- از اسپکولوم Graves برای زنان مولتی‌پار استفاده می‌شود.
- ۷- از اسپکولوم Pederson برای زنان نولی‌پار و یائسه استفاده می‌شود.



شکل ۱-۲. انواع اسپکولوم

۱- موقعیت رحم

الف) رحم ممکن است در راستای محور طولی خود از سرویکس تا فوندوس به یک سمت متمایل شود که به این حالت چرخش (Version) گفته می‌شود که می‌تواند رحم را در ۳ موقعیت قدامی یا آنته‌ورسه (Anteverted)، موقعیت وسط (Mid position) و یا خلفی یا رتروورسه (Retroverted) قرار دهد.

ب) در صورتی که رحم در راستای محور کوتاه‌تر خود یعنی از محل اتصال رحم به سرویکس چرخش پیدا کند، به آن Flexion گفته می‌شود که می‌تواند رحم را در دو موقعیت آنته‌فلکس (Anteflexed) و رتروفلکس (Retroflexed) قرار دهد.

★ **نکته** اهمیت رتروفلکس بودن رحم در این است که:

- ۱- تخمین سن بارداری به کمک معاینه دودستی در طی ۳ ماهه اول حاملگی را دشوار می‌سازد.
 - ۲- با دیسمنوره و دیسپارونی همراه است.
 - ۳- موقعیت رحم در پشت یا زیر برآمدگی ساکرال (Sacral Promontory) ممکن است منجر به عوارض مامایی شود.
- ★ **نکته** در معاینه دودستی، لمس رحم آنته‌ورسه و میدپوزیشن راحت‌تر از لمس رحم رتروورسه است.

۲- **موقعیت سرویکس:** موقعیت سرویکس غالباً به موقعیت رحم بستگی دارد. موقعیت خلفی سرویکس اغلب با یک رحم آنته‌ورسه یا Midposition همراه است در حالی که موقعیت قدامی سرویکس معمولاً همراه با رحم رتروورسه دیده می‌شود. البته با فلکسیون شدید رحم ممکن است این ارتباط بهم بخورد.