

هشتم
ویراست

MSE

Master of Science Examinations

آزمون‌های کنکور ارشد وزارت بهداشت

با پاسخ تحلیلی و نکات تکمیلی

مامایی
(جلد دوم)

آزمون‌های سال‌های ۱۳۹۵ تا ۱۳۹۹

گردآوری و تألیف (به ترتیب الفبا)

دکتر هدی تفضلی

مدرس و پژوهشگر

دکتر منصوره یزدخواستی

دکتری تخصصی بهداشت باروری
علوم حیات علمی دانشگاه علوم پزشکی البرز

مدیریت تدوین

آزاد مهدیه

تذکره

در مورد انتخاب تدابیر درمانی پلاستنا پرویا یا سه عامل سن جنین و بلوغ ریه جنین، لپبر و وجود خونریزی و شدت آن مورد توجه قرار می‌گیرد.
خونریزی بدون درد که مشخصه پلاستنا پرویاست معمولاً تا اواخر سه ماهه دوم یا بعد از آن آشکار می‌شود اما ممکن است قبل از اواسط حاملگی هم شروع شود.
این خونریزی بدون درد و هشدار و بدون انقباض است.
پلاستنا پرویا به جفتی می‌گویند که در جایی در سنگمان تحتانی رحم یا در روی سوراخ داخلی سرویکس، یا در مجاورت آن، کاشته شده است.
در زغلی که افزایش غیرطبیعی و غیر قابل توجه میزان آلفا فیتو پروتئین سرم مادر در غربالگری پره‌ناتال دارند در معرض افزایش خطر پرویا قرار دارند.
تمام زنان مبتلا به پلاستنا پرویا تحت زایمان سررازمین قرار می‌گیرد و اغلب آنسزیون عمودی توصیه می‌شود.

۸. (ج) عوامل خطر دکولمان جفت: مهم‌ترین سابقه دکولمان؛ سایر موارد: افزایش سن و تعداد پارتنه، پره‌اکلامسی، هایپرانتسیون مزمن، کوریوآمینیوتیت، پارگی پره‌تروم پرنده‌ها، حاملگی چندقلویی، وزن کم هنگام تولد، هیدرامنیوس، استعمال دخانیات، ترومبوفیلی‌ها، وراثت، مصرف کوکائین و لیومومهای رحمی، نژاد و قومیت

تذکره

شایع‌ترین جفت همراه با دکولمان، بعضی از انواع هایپرانتسیون می‌باشد. که شامل هایپرانتسیون حاملگی، پره‌اکلامسی، هایپرانتسیون مزمن، یا ترکیبی از این وضعیت‌هاست.
شروع ناگهانی درد شکم، خونریزی واژن و حساسیت رحم از یافته‌های بالینی دکولمان است که در اکثر زنان رخ می‌دهد.

۹. (ب) در بیماران پره‌اکلامسی شدید و اکلامسی برنامه دوزاژ سولفات منیزیم به دو صورت است: (۱) افزودنیون داخل وریدی مدلوم؛ (۲) تزریقات داخل عضلانی. در تزریقات داخل وریدی مدلوم (۱) سولفات منیزیم ۶-۴ گرم و به‌عنوان لودینگ دوز در ۱۰۰ میلی‌لیتر مایع داخل وریدی رقیق کرده و طی ۲۰-۱۵ دقیقه تجویز می‌شود. (۲) دو گرم سولفات منیزیم در ساعت در ۱۰۰ میلی‌لیتر مایع داخل وریدی به‌عنوان افزودنیون نگهدارنده تجویز می‌شود (برخی دوز یک گرم در ساعت را پیشنهاد می‌کنند). (۳) بیمار را با استفاده از رفلکس‌های تاندومی دوره‌ای، اندازه‌گیری میزان منیزیم سرم ۶-۴ ساعت بعد و اندازه‌گیری میزان کراتینین سرم پایش کنید (میزان منیزیم سرم باید بین ۴.۷ میلی‌اکی‌والان حفظ شود). چنانچه میزان کراتینین سرم ≥ 6 میلی‌گرم در دسی‌لیتر باشد میزان منیزیم سرم را اندازه‌گیری کنید.

در روش تزریقات داخل عضلانی پی در پی:

۱. چهار گرم سولفات منیزیم به‌صورت محلول ۲۰ درصد داخل وریدی تجویز شود سپس ۱۰ گرم سولفات منیزیم ۵۰ درصد را آماده نموده نصف آن را در یک کفل و نصف دیگر را در کفل دیگر تزریق کنید. اگر تشنج ادامه داشت مقدار حداکثر دو گرم سولفات منیزیم را به‌صورت محلول ۲۰ درصد داخل وریدی تجویز کنید که اگر بیمار جعه بزرگی داشته باشد این میزان را می‌توان تا چهار گرم افزایش داد.
۲. پس از آن هر چهار ساعت ۵۰ گرم محلول ۵۰ درصد سولفات منیزیم را در یکی از کفل‌ها و در دفعه بعدی در کفل دیگر تزریق شود (پس از این مرحله از نظر وجود رفلکس پاتالار و عدم تضعیف تنفس و برون‌ده انداز که باید طی چهار ساعت قبلی پیش از ۱۰۰ میلی‌لیتر باشد بیمار را بررسی کنید).
۳. ۲۴ ساعت پس از زایمان، تجویز سولفات منیزیم را قطع نمایید.

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
۸۲۳	.....	پاسخ‌نامه
۸۵۵	.....	آزمون ورودی دوره‌ی کارشناسی ارشد سال ۹۹-۱۳۹۸
۸۷۱	.....	پاسخ‌نامه
۹۰۴	.....	آزمون ورودی دوره‌ی کارشناسی ارشد سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹
۹۱۸	.....	پاسخ‌نامه
۱پ	.....	فهرست منابع

JPH.ir

مجموعه آزمون‌های کارشناسی ارشد مامایی وزارت بهداشت (MSE)، پاسخی مطمئن و جامع به نیاز مبرم علاقه‌مندان به تحصیلات تکمیلی مامایی است تا قبل از ورود به آزمون‌های مربوطه، مروری بر آزمون‌های سال‌های قبل داشته و به خودآزمایی بپردازند؛ همچنین چراغ راهی است برای داوطلبان جدید تا قبل از مطالعه، با مرور آزمون‌های گذشته به مطالعه‌ی خویش جهت و هدف ببخشند.

ویراست هشتم جلد دوم این کتاب، مشتمل بر سوالات سال‌های گذشته‌ی آزمون سراسری کارشناسی ارشد مامایی وزارت بهداشت از ۱۳۹۵ تا ۱۳۹۹ می‌باشد. تفاوت اساسی این کتاب با کتاب‌های گذشته، داشتن چند ویژگی منحصربه‌فرد است:

- پاسخ‌نامه‌ی تشریحی و تحلیلی. پاسخ به سوالات در این کتاب نه تنها به تشریح گزینه‌ی صحیح می‌پردازد، بلکه به تحلیل گزینه‌های دیگر پرداخته و دلیل صحیح نبودن آن‌ها را به اطلاع خواننده می‌رساند. تمامی گزینه‌ها با توجه به منابع اعلام‌شده از سوی وزارت بهداشت مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است و صحیح بودن همه‌ی گزینه‌ها با توجه به چگونگی طراحی سؤال، مورد بحث قرار گرفته است.
- مروری بر نکات تکمیلی هر سؤال. گاهی اوقات سوالات هر آزمون، به دلیل اهمیت نکات در آزمون‌های قبلی، حول و حوش همان سوالات آزمون‌های گذشته مطرح می‌شوند؛ پس دانستن نکات مهم در هر سؤال بسیار حائز اهمیت است. در این اثر، سعی بر آن شده است که تمامی نکات مربوط به موضوع اصلی هر سؤال مرور شود تا خواننده بر تمامی مطلب و محث مورد نظر تسلط کافی پیدا کند.
- ترتیب دروس، دروس به ترتیب اهمیت‌شان در آزمون سراسری، مطرح و مرتب شده‌اند. باز هم خواننده می‌تواند با نگاهی اجمالی، به اهمیت دروس و نقش آن‌ها در قبولی خویش دست یابد.
- روزآمد بودن. این منبع با ارزش، همه ساله پس از برگزاری آزمون روزآمد شده و سوالات جدید به آن اضافه خواهد شد.
- تفکیک بودن آزمون‌ها. آزمون‌های مختلف کارشناسی ارشد پرستاری یعنی وزارت بهداشت، دانشگاه تربیت مدرس و... نه تنها به‌صورت مجزا منتشر شده است، بلکه آزمون‌های هر سال نیز به‌صورت مجزا و کامل آمده است تا علاقه‌مندان، جهت و مسیر آزمون‌ها را از نظر کیفی و کمی تشخیص دهند.
- زبان عمومی. با توجه به اهمیت درس زبان عمومی در قبولی آزمون ارشد مامایی و مشترک بودن زبان عمومی برای همه‌ی رشته‌های علوم پزشکی، آزمون‌های زبان عمومی در یک کتاب مجزا و کامل با تألیف استاد لژگی و توسط همین انتشارات به چاپ رسیده و در سال‌های اخیر، پاسخگویی بسیار خوبی به نیازهای دانشجویان در این زمینه بوده است.

پیش‌گفتار

مجموعه آزمون‌های

۱۳۹۵-۹۶

• بارداری، زایمان و بیماری‌های زنان

۷۰۸	.....	مجموعه سؤالات
۷۲۲	.....	پاسخ‌نامه

• نوزادان و مراقبت‌های مربوطه

۷۱۱	.....	مجموعه سؤالات
۷۲۸	.....	پاسخ‌نامه

• بهداشت تغذیه مادر و کودک و تنظیم خانواده

۷۱۳	.....	مجموعه سؤالات
۷۳۳	.....	پاسخ‌نامه

• بیماری‌های داخلی و جراحی مربوط به مامایی

۷۱۶	.....	مجموعه سؤالات
۷۳۹	.....	پاسخ‌نامه

• جنین‌شناسی

۷۱۸	.....	مجموعه سؤالات
۷۴۴	.....	پاسخ‌نامه

• روان‌پزشکی در مامایی و اختلالات جنسی

۷۲۰	.....	مجموعه سؤالات
۷۵۰	.....	پاسخ‌نامه

بارداری و زایمان و بیماری‌های زنان

۱. کدامیک از جملات زیر در خصوص صرع در بارداری صحیح است؟
(الف) درمان با والپروئیک اسید به‌صورت 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، به‌جز:
(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 به‌منظور تشخیص بیماری‌های ژنتیکی جنین در چه زمانی از بارداری صورت می‌گیرد؟
(الف) قبل از هفته ۱۰ (ب) هفته ۱۲-۱۱ (ج) هفته ۲۰-۱۵ (د) بعد از هفته ۲۰
۵. اگر آلفافیتوبروتین (AFP) سرم مادر در حاملگی 2MOM \geq باشد، اولین اقدام کدام است؟
(الف) مشاوره ژنتیک (ب) سونوگرافی استاندارد (ج) AFP مجدد (د) آمنیوسنتز
۶. در خانمی که سابقه مول هیدانیا فرم داشته و با علائم خونریزی نامنظم مراجعه می‌کند، کدام اقدام صحیح است؟
(الف) اندازه‌گیری β hCG، سونوگرافی، تخلیه رحم و پایش ماهانه β hCG پس از تخلیه
(ب) تخلیه رحم، پایش هفتگی β hCG پس از تخلیه
(ج) اندازه‌گیری β hCG، سونوگرافی، تخلیه رحم، پایش هر ۴۸ ساعت تا دستیابی به β hCG غیر قابل تشخیص
(د) اندازه‌گیری β hCG، سونوگرافی، تخلیه رحمی، پایش هفتگی تا دستیابی به β hCG 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 رسپن ریه جنین

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

- الف) سن و پارشی
ب) مصرف سیگار و کوکائین
ج) سابقه چنانستن جفت در بارداری های قبلی
د) تروما

۹. یک خانم نولی بار و مبتلا به بره اکلامیسی 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، عایع آمنیوتیک مگنیوم و نمره بیسباب ۴ مراجعه کرده است. چه درمانی را برای وی پیشنهاد می کنید؟

- الف) لقای زایمان با اکسی توسین
ب) لقای 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 ترجیحا چگونه است؟

- الف) تجویز اکسی توسین، کنترل افزایشات رحمی و FHR به طور روتین
ب) کنترل روتین افزایشات رحمی و FHR
ج) تجویز وازپال E₁ PG و قطع آن در صورت تاکی سیتول رحمی
د) آمنیوتومی، تجویز اکسی توسین با نوز پایین، کنترل روتین افزایشات رحمی و FHR

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

- الف) وجود دیلاتاسیون سرویکس حداقل ۴ سانتیمتر
ب) وجود لگویی افزایشی رحمی ۲۰۰ واحد مونت ویدیو
ج) وجود سه افزایشی رحمی در ۱۰ دقیقه
د) وجود لاسمان 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 واژینال سرویکس بسته و خلفی می باشد. اقدام مناسب چیست؟

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

۱۴. در خانمی G3P2-ABI 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) فاشیت نکروزان و تجویز آنتی بیوتیک وسیع الحلیف
ب) اندومتريت و کشت خون
ج) ترومبوفلیت لگنی و سی تی اسکن لگن
د) ترومبوفلیت لگنی، تجویز فوری هپارین همراه با تجویز آنتی بیوتیک

۱۵. در صورت تجویز مشتقات ارگوت جهت پیشگیری از خونریزی بعد از زایمان (PPH) در چه مواردی باید احتیاط نمود؟

- (الف) زائویی که برای کنترل PPH همزمان میزوپروستول مصرف می‌کند.
(ب) زائویی که کربوپوست تروتامین مصرف می‌کند.
(ج) مادر مبتلا به HIV که داروی مهارکننده پروتئاز مصرف می‌کند.
(د) مادر مبتلا به اختلال انعقادی که داروی ضد انعقاد مصرف می‌کند.

۱۶. کدام گزینه در رابطه با دیس‌منوره اولیه صحیح می‌باشد؟

- (الف) معمولاً سال‌ها بعد از شروع منارک ظاهر می‌شود.
(ب) باعث مقادیر زیاد پروستاگلیندهای مترشحات از اندومترיום است.
(ج) اکت پروژسترون در انتهای فاز لوتال با مهار عملکرد پروستاگلاندین منجر به درد می‌شود.
(د) OCP در دختران منجر با دیس‌منوره مقاوم به NSAID توصیه نمی‌شود.

۱۷. زوجی که ۶ ماه پیش ازدواج کرده‌اند با نگرانی از ناباروری مراجعه کرده‌اند. خانم ۳۷ ساله می‌باشند. کدام گزینه درباره احتمال ناباروری زوجین غلط است؟

- (الف) نیازی به ارزیابی ناباروری نمی‌باشد تا یکسال فرصت دارند.
(ب) در صورت شمارش اسپرم کمتر از دو میلیون I.C.S.I اندیکاسیون دارد.
(ج) افزایش سن زن می‌تواند عاملی برای کاهش باروری باشد.
(د) ارزیابی پایه ناباروری با آنالیز مایع منی شروع شود.

۱۸. خانم ۶۱ ساله که در سن ۴۸ سالگی یائسه شده است با شکایت لکه بینی در یک هفته گذشته مراجعه کرده است. کدام علت برای خونریزی وی محتمل‌تر است؟

- (الف) پولپ اندومتر
(ب) واژینیت آتروفیک
(ج) هایپرپلازی اندومتر
(د) بدخیمی دهانه رحم

۱۹. خانم ۲۳ ساله با شکایت از زخم‌های دردناک ناحیه ولو مراجعه کرده است. در معاینه چند زخم کوچک با حاشیه نامنظم دارد. لشف‌های ناحیه اینگوینال قابل لمس و حساس می‌باشد. تشخیص و درمان شما چیست؟

- (الف) زخم سفلیسی - پنی‌سیلین
(ب) شانکروید - آرتروماپسین
(ج) تبخال تناسلی - آسیکلوویر
(د) زگیل تناسلی - پودوفیلین

۲۰. براساس توصیه‌های غربالگری سرطان پستان، استفاده از MRI در چه مواردی توصیه می‌شود؟

- (الف) در زنان پرخطر همراه با ماموگرافی سالیانه
(ب) در زنان پرخطر هر سه سال یکبار
(ج) در زنان با خطر متوسط به‌صورت سالیانه
(د) در زنان کم‌خطر هر ۱۰ سال یکبار

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 (مغلاً والپروئیک اسید که در بالا اشاره شد) (علت رد گزینه ب). مصرف داروهای ضد صرع ممکن است خطر ناهنجاری‌های جنینی را افزایش دهد و هیچ یک 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 چنددارویی با میزان کمتر ناهنجاری مادرزادی همراه است (به جز والپروئیک اسید) (علت رد گزینه د).

تکته

شکاف‌های دهانی - صورتی، ناهنجاری‌های قلبی و نقایص اولیه عصبی شایع‌ترین ناهنجاری‌های گزارش‌شده هستند.

۲. (ج)

تکته

تون اسفنکتر نحرانی مری در حاملگی کاهش می‌یابد و فشار داخل مری کمتر و فشار داخل معده بیشتر است.
چین لیبرو بعد از تجویز داروهای آنالژژیک زمان تخلیه معده طولانی‌تر می‌شود.
بیوست 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 اندرزی اسیدهای آمینه و ویتامین‌های محلول در آب، کاهش میزان سرمی کراتینین از ۰/۷ به ۰/۵ میلی‌گرم در دسی‌لیتر، افزایش کلیوانس کراتینین (علت رد گزینه د) گلوکزوری و پروتئینوری (علت تأیید گزینه الف) و کاهش میزان بی‌کربنات کلیوی (علت رد گزینه ب).

تکته

پروتئینوری در زنان غیر حامله به‌صورت 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 آمینوستنز 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، پلاسمای مربوط به حاملگی (PAPP-A) در هفته‌های ۱۱-۱۴ صورت می‌گیرد (علت رد گزینه ب). آمینوستنز زودهنگام در هفته‌های ۱۱-۱۴ انجام می‌شود که در مقایسه با آمینوستنز معمولی عوارض بیشتری دارد که شامل مرگ جنین، میزان نشت مایع آمنیون بیشتر و تالپس اکتینوواروس (پای چماقی) می‌باشد.

نکته

مورد استفاده‌ترین روش تشخیصی برای بررسی آنهپلوئیدی و سایر اختلالات ژنتیکی، آمینوستتر است.

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

نکته

در حاملگی‌های دوقلویی AFP بالاتر می‌باشد (MOM ۳/۵)
مورد زیر باعث کاهش AFP می‌شود، چاقی، دیابت شیرین، تریزومی‌های ۲۱ یا ۱۸، بیماری‌های تروفوبلاستیک حاملگی، مرگ جنین و برآورد غیر واقعی و بالای سن جنین.
مورد زیر باعث افزایش AFP می‌شود، برآورد غیر واقعی کمتر سن حاملگی، حاملگی چندقلویی، مرگ جنینی قایض اولیه عصبی، گاستروشیزی، اومفالوسل، همیگروم کیستیک، انسداد مری یا روده نکرورز کبد، ناهنجاری‌های کلیه - کلیه پلی‌کیستیک - آرنژی کلیه نفروز مادرزادی، انسداد مجاری ادراری، اکتروپی گلوک، استنوز ائمبریونیک، ترانوم حاجی، دنبالچه‌ای، قیاض مادرزادی پوست، کیست پیلونیدال، کوربواکزیوم جفت، ترومبوز بین پرزی جفت، دکولمان جفت، اولیگوئیدر آمنیوس، پری‌اکلامسی، محدودیت رشد جنین، هیپاتوم یا ترانوم مادر AFP گلیکوپروتئینی است که اول توسط کیسه زرده جنین تولید می‌شود و سپس توسط دستگاه گوارش و کبد جنین غربالگری AFP سرم مادر بین هفته‌های ۲۰-۱۵ صورت می‌گیرد

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

نکته

پس از تخلیه رحم در زنان با سابقه مول هیداتیدفرم، به زنان Rh-D منفی گلوبلین ایمیون 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 ۱-۲ هفته سنجیده می‌شود و تا رسیدن به حد غیر قابل سنجش این کار صورت می‌گیرد

۷. (ب) در تست‌های سال‌های گذشته مراجع به پلاستانه‌روپا توضیح داده شده مدت‌ها گفته می‌شد خونریزی رحمی در تناک ناشی از دکولمان است و خونریزی رحمی بدون درد ناشی از پلاستانه‌روپاست. این تشخیص افتراقی آسان نیست. زیرا لبر همراه پروپا ممکن است درد ایجاد کند که بر دکولمان دلالت داشته باشد و از سوی دیگر درد حاصل از دکولمان ممکن است از لبر 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 ر بستری کرده و تحت نظر می‌گیریم.