



- سرشناسه : پورندیم، مرجان - ۱۳۶۰؛ فیضی، هومان - ۱۳۵۰، گردآورنده
- عنوان و نام پدیدآور : مجموعه سوالات بیماری‌های داخلی شریان B: ویژه آمادگی آزمون ارتقاء و بوردا تخصصی ۱۴۰۳
- Harrison's principles of internal medicine- 20e - 2022/
پاسخدهی به سوالات سیدسعید نورانی یزدی، سمیه گل محمدی، هدی ایمانی.
- مشخصات نشر : تهران: کاردیا، ۱۴۰۲.
- مشخصات ظاهری : ۳۴۴ ص.: مصور(رنگی).
- شابک : ۹۷۸-۶۲۲-۵۶۰۳-۹۳-۶: ۵,۲۶۰,۰۰۰ ریال
- وضعیت فهرست نویسی : فیپا
- یادداشت : سوالات کتاب حاضر برگرفته از کتاب "Harrison's principles of internal medicine, 21st. ed, 2022"
- موضوع : اثر جوزف لاسکالزو... [او دیگران] است.
پزشکی داخلی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها
Internal medicine -- Examinations, questions, etc.
پزشکی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها
Medicine -- Examinations, questions, etc.
- شناسه افزوده : گل محمدی، سمیه
- شناسه افزوده : جیمسن، ج. لاری
- شناسه افزوده : Jameson, J. Larry
- شناسه افزوده : لاسکالزو، جوزف، ۱۹۵۱-م.
- شناسه افزوده : Loscalzo, Joseph, 1951-
- شناسه افزوده : هریسون، تنسلی راندولف، ۱۹۰۰ - ۱۹۷۸م. اصول طب داخلی هریسون
- رده بندی کنگره : ۵۸RC
- رده بندی دیویی : ۰۰۷۶/۶۱۶
- شماره کتابشناسی ملی : ۹۲۰۴۴۶۰
- اطلاعات رکورد کتابشناسی : فیپا

مجموعه سوالات بیماری‌های داخلی شریان B: ویژه آمادگی آزمون ارتقاء و بوردا تخصصی ۱۴۰۳ / برگرفته از کتاب:

"Harrison's Principles of Internal Medicine-20E-2022" است.

پاسخدهی به سوالات: دکتر سید سعید نورانی یزدی، دکتر سمیه گل محمدی، دکتر هدی ایمانی

گردآورندگان: دکتر مرجان پورندیم - دکتر هومان فیضی

ناشر: انتشارات کاردیا

صفحه آرا: رزیدنت یار

طراح و گرافیک: رزیدنت یار

آدرس: تهران میدان انقلاب - کارگر جنوبی - خیابان روانمهر - بن بست دولتشاهی پلاک ۱ واحد ۱۸

شماره تماس: ۰۲۱ - ۶۶۴۱۹۵۲۰

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

مجموعه سوالات بیماری‌های داخلی شریان B

از سال ۱۳۹۸ تا ۱۴۰۱ ویژه آمادگی آزمون ارتقاء و بورده تخصصی ۱۴۰۳

Harrisons-Principles-of-Internal-Medicine-20e-2022

پاسخدهی به سوالات:

دکتر سید سعید نورانی یزدی

فوق تخصص هماتولوژی آنکولوژی دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر سمیه گل محمدی

رتبه برتر آزمون بورده تخصصی ۱۴۰۱ دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر هدی ایمانی

رتبه برتر آزمون بورده تخصصی ۱۴۰۱ دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

گردآوردگان:

دکتر مرجان پورندیم

دکتر هومان فیضی

فهرست

۹	سؤالات و پاسخنامه هماتولوژی و انکولوژی
۱۷۳	سؤالات و پاسخنامه نفرولوژی



سوالات و پاسخنامه

هماتولوژی و انکولوژی

الف) PET اسکن

ب) MRI ستون فقرات و لگن

ج) رتیکولوسیت و کومبس مستقیم

د) سنجش شکنندگی کروموزوم ۱۴

پاسخ: گزینه الف

ترانسفورماسیون Richter's از عوارض CLL است که تبدیل CLL به لنفوما تهاجمی اغلب DLBCL و لنفوم هوچکین (HL) است. علائم بالینی ترانسفورماسیون Richter's عبارت است از پیشرفت سریع آدنوپاتی (اغلب در یک ناحیه) وجود علائم سرشتی (خستگی، تعریق شبانه و تب) و ↓ وزن، LDH اغلب افزایش یافته است.

انجام FDG-PET/CT اولین قدم در موارد مشکوک به ترانسفورماسیون Richter's است که محل انجام بیوپسی را مشخص می‌کند به طوری که:

(۱) SUV زیر ۵، CLL مطرح است و ترانسفورماسیون رد می‌شود.

۱. آقای ۶۵ ساله از ۷ سال قبل به علت لوسمی مزمن لنفوسیتی (CLL) با ۳ خط درمانی مختلف تحت شیمی درمانی بوده است. در پرونده پزشکی، آخرین بار ۵ ماه پیش بعد از خاتمه خط سوم شیمی درمانی در شرایط بالینی و آزمایشگاهی نرمال قرار داشته است. اکنون به علت ضعف و بی‌حالی مفرط تحت بررسی است. در معاینه بالینی به جز لنفادنوپاتی ناحیه گردن نکته دیگری ندارد. نتایج آزمایشات به شرح زیر است:

WBC: 2800/mm³

Hb: 7.8 g/dl

MCV: 80 fl

Plt: 95000/mm³

در برخورد با این بیمار، کدام یک نقش تعیین کننده بیشتری دارد؟ (بورد

(۱۴۰۱)





منجر به برداشت کلسیم از استخوان و عوارض جدی و حاد هیپرکلسمی می‌شود. ضایعات استخوانی لوکالیزه با کلاپس مهره می‌تواند سبب فشار روی نخاع شود.

۳. آقای ۴۰ ساله با سابقه سیروز کبدی، به علت تب، تنگی نفس و عفونت تنفسی بستری می‌شود. در بررسی‌های انجام شده تست‌های انعقادی شامل PT, PTT, TT مختل است ولی فاکتورهای هشت و فیبرینوژن و FDP نرمال است. کدام تشخیص بیشتر مطرح است؟ (بورد ۱۴۰۱)

- الف) کمبود ویتامین K
- ب) انعقاد داخل عروقی منتشر
- ج) وجود مهارکننده فاکتور ۱۰
- د) دیس فیبرینوژمی

پاسخ: گزینه د

↑ TT و فیبرینوژن نرمال و D-Dimer و FDP نرمال نشان‌دهنده‌ی دیس فیبرینوژمی است. دیس فیبرینوژمی یک یافته‌ی شایع بیماری کبدی است که به علت اختلال پلیمرالیزاسیون فیبرین می‌باشد.

۴. آقای ۶۵ ساله بدون سابقه بیماری خونی، با هماتوم در بازوی راست و

۲) در SUV بین ۱۰-۵، ترانسفورماسیون محتمل است.

۳) در $SUV \geq 10$ ترانسفورماسیون به احتمال قوی وجود دارد.

بیوپسی اکسیژون تشخیصی است. بیوپسی سوزنی نباید انجام شود. درمان شامل کمواپمونوتراپی است مانند R-CHOP, dose adjusted EPOCH-R

۲. ضایعات استخوانی مالتیپل میلوم به همه علت‌های زیر مرتبط می‌باشد، به جز: (بورد ۱۴۰۱)

- الف) هیپوفسفاتی بافتی
- ب) سرکوبی استئوبلاست
- ج) فعالیت استئوکلاست
- د) تکثیر سلول‌های تومورال

پاسخ: گزینه الف

ضایعات استخوانی در MM به علل زیر ایجاد می‌شود:

- ۱) پروليفراسیون سلول‌های تومور
 - ۲) فعال شدن استئوکلاست‌ها
 - ۳) سرکوب استئوبلاست‌ها
- ضایعات استخوانی، lytic است و به علت سرکوب استئوبلاست‌ها با DKK-1 به ندرت استئوبلاستیک است. اسکن رادیوایزوتوپ نسبت به گرافی ساده در تشخیص ضایعات استخوانی کمتر مفید است. لیز استخوانی





۳) خونریزی رتروپریتوئن و سایر خونریزی‌های تهدید کننده‌ی حیات گاهی به طور ناگهانی رخ می‌دهد.

تشخیص بر اساس aPTT طولانی و PT و TT نرمال است. PTT با تست mixing test و انکوباسیون اصلاح نمی‌شود و تست Bethesda در تأیید تشخیص کاربرد دارد.

درمان ← در خونریزی شدید PCC/aPCC یا FVIIa نو ترکیب تجویز می‌شود.

۱) فاکتور VIII نو ترکیب خوراکی برای درمان هموفیلی اکتسابی موجود است.

۲) سرکوب ایمنی برخلاف مهارکننده‌ها در هموفیلی مفید است و درمان باید زود شروع شود. استروئید یا ترکیب استروئید و سیکلوفسفامید در ۷۰٪ موارد مفید است.

۳) دوز بالای گاماگلوبولین وریدی و آنتی‌بادی مونوکلونال ضد CD20 مفید است ولی شواهد بر ارجح بودن بر درمان خط اول (سرکوب ایمنی) ندارند.

۵. آقای ۴۸ ساله که مبتلا به Ph-Positive

ALL است، اجازه پونکسیون لومبار و

تزیق داروی داخل نخاعی را نمی‌دهد.

کدام دارو نقش مؤثرتری در

پروفیلاکسی CNS دارد؟ (بورد ۱۴۰۱)

الف) Imatinib

ب) Dasatinib

اکیموزهای متعدد مراجعه می‌کند. در بررسی‌های انجام شده PTT طولانی ولی PT و TT نرمال است. PTT با آمیختن پلاسمای نرمال (mixing test) همچنان طولانی است. سطح فاکتور ۸ پایین و تست Bethesda مثبت است. در درمان این بیمار همه موارد زیر صحیح است، به

جز: (بورد ۱۴۰۱)

الف) کورتیکواستروئید

ب) ریتوکسی ماب

ج) فاکتور ۸ کنسانتره

د) ایمونوگلوبولین وریدی

پاسخ: گزینه ج

مهارکننده‌ی اکتسابی فاکتور ۸ اغلب در افراد مسن (میانگین سن ۶۰ سال) ایجاد می‌شود ولی گاهی در بارداری یا پس از زایمان بدون سابقه‌ی قبلی خونریزی هم رخ می‌دهد. در نیمی از بیماران هیچ اختلال زمینه‌ای وجود ندارد و در بقیه‌ی آنها اختلالات زیر وجود دارد:

بیماری اتوایمیون، بدخیمی (لنفوما، کانسر پروستات)، بیماری پوستی و بارداری.

علائم آن عبارتند از:

۱) اپی زود خونریزی در بافت نرم، GI یا سیستم ادراری و پوست

۲) همارتروز نادر است (برخلاف هموفیلی)





Sunitinib (ج)

Nilotinib (د)

پاسخ: گزینه ب

TKI ها در Ph-positive-ALL در درمان ضروری هستند که با توجه به عبور از BBB عبارتند از:

(۱) ponatinib و dasatinib که از BBB عبور می‌کنند.

(۲) imatinib و nilotinib که عبور نمی‌کنند. در مطالعاتی که دوز بالای کموتراپی و درمان اینترتکتال با یا بدون رادیاسیون CNS همراه بوده است عود CNS کمتر از ۲ درصد است.

۶. آقای ۴۰ ساله به علت لوسمی حاد بستری است. چند روز پس از اتمام کموتراپی، دچار تب و سردرد، تهوع و پارستزی نیمه چپ بدن می‌شود. در CT اسکن مغز توده‌ای در نیمکره راست بدون ادم اطراف و بدون اثر فشاری بر بطن‌های مغزی گزارش می‌شود. با شک عفونت مغزی تحت درمان قرار می‌گیرد. کدام گزینه به عنوان عوامل اتیولوژیک بیشتر مطرح است؟ (بورد ۱۴۰۱)

الف) استاف اورئوس، کلستری‌دیوم

دیفیسیل

ب) توکسوپلازما، کاندیدا

ج) نوکاردیا، اسپرژیلوس

د) پسودومونا آئروژینوزا، استرپتوکوک

پنومونیه

پاسخ: گزینه ج

فصل ۷۴ هاریسون (عفونت همراه در بیماران کانسری)

Mass lesion های brain (مغز) در بیماران کانسری اغلب با تظاهراتی از جمله سردرد یا بدون تب یا اختلالات نورولوژیک بروز می‌کنند. عفونت‌هایی که منجر به این تظاهر (brain mass lesion) می‌شوند شامل باکتری (خصوصاً نوکاردیا)، قارچ (خصوصاً کریپتوکوک یا اسپرژیلوس) یا پارازیت (توکسوپلازما)، همچنان EBV هم اصولاً همراهی با لنفوم دارد که می‌تواند ضایعات منفرد یا متعدد مغزی داشته باشد. بیوپسی برای Dx قطعی لازم است.

۷. خانم ۳۷ ساله به علت وجود کانسر تخمدان پیشرفته در دخترخاله خود جهت غربالگری سرطان تخمدان مراجعه می‌کند. کدام گزینه زیر صحیح است؟ (بورد ۱۴۰۱)

الف) اندازه‌گیری CA125 و TVUS

(سونوگرافی ترانس واژینال) سالیانه

ب) انجام معاینه و لمس آدنکس و

TVUS سالیانه





در الگوریتم تشخیصی HIT توجه به 4T قابل توجه است:

- (۱) ترومبوسیتوپنی
- (۲) زمان افت تعداد پلاکت (timing of Plt drop) ???
- (۳) ترومبوز و سایر عوارض مثل واکنش‌های پوستی لوکالیزه
- (۴) مطرح نبودن سایر علل ترومبوسیتوپنی

۹. در همه شرایط زیر برای بیماران مبتلا به سرطان، داروی ضد انعقاد پروفیلاکسی پیشنهاد می‌شود، به جز: (بورد ۱۴۰۱)

- الف) به دنبال عمل جراحی
- ب) همراه با لتروزول
- ج) در بیماران بستری
- د) همراه با لنالیدوماید

پاسخ: گزینه ب

فصل ۹۳ هاریسون

درمان پروفیلاکسی DVT در بیماران کانسر:

بیماران کانسر تحت درمان پروسیجرهای جراحی مازور باید تحت درمان هپارین پروفیلاکسی یا جوراب‌های پنوماتیک قرار گیرند.

کانسر برست تحت کموتراپی و بیماران دارای کاتتر (implanted catheter) نیاز به درمان پروفیلاکسی دارند.

بیماران کانسر بستری شده و افرادی که آنالوگ تالیدوماید را دریافت می‌کنند نیاز به

ج) هر سه روش معاینه و TVUS و

اندازه‌گیری CA125 سالیانه

د) عدم سودمندی غربالگری در سرطان تخمدان

پاسخ: گزینه د

فصل ۷۰ هاریسون (پیشگیری و تشخیص زودرس کانسر) طبق جدول ۳-۷۰ در زنان high risk هم انجام TVS و CA125 توصیه نشده و از ابتدای زودرس به کانسر تخمدان پیشگیری نکرده است.

۸. آقای ۵۷ ساله به علت ترومای ناحیه

لگن بستری شده است. روز هشتم بعد

از شروع هپارین به علت پلاکت ۷۰۰۰۰

مشاوره می‌شود. پلاکت بدو بستری

۲۴۰۰۰۰ بوده است. همه عوامل زیر در

تشخیص و درمان نقش کلیدی دارد، به

جز: (بورد ۱۴۰۱)

الف) زمان شروع ترومبوسیتوپنی

ب) رخداد ترومبوز

ج) رد سایر علل ترومبوسیتوپنی

د) سنجش آنتی‌بادی علیه فاکتور ۴

پلاکتی

پاسخ: گزینه د

فصل ۱۱۵ هاریسون (اختلالات پلاکت و

جدار عروق)





لوزارتان و اتورواستاتین است. در
آزمایشات:

WBC= 4500/ μ L Hb=14 gr/dL
Plt=120/000/ μ L PT= 14" (12"-14")
PTT= 50" (30"-40") BT= 8 (2-6)
D-dimer=NL Ristocetin cofactor
activity<10%
FDP=NL VIII Factor activity=10%

همه اقدامات تشخیصی زیر را در
این بیمار توصیه می کنید به جز:
(قطب ۱۰-۹۷)

الف) CT scan شکم و لگن

ب) Serum protein electrophoresis

ج) اکوکاردیوگرافی برای بیماری های
دریچه ای قلب

د) بررسی فاکتورهای انعقادی وابسته
به ویتامین k

پاسخ: د

سندرم VWD اکتسابی یا در بیماران مبتلا به
اختلالات لنفوپرولیفراتیو زمینه ای، از جمله
گاموپاتی های مونوکلونال با اهمیت نامشخص
(MGUS)، مالتیپل میلوم و ماکروگلوبولینمی
والدنشتروم دیده می شود. شواهد آزمایشگاهی
از VWD اکتسابی در برخی از بیماران مبتلا به
بیماری دریچه ای قلب یافت می شود. سندرم
HEYDE (تنگی آئورت همراه با خونریزی
گوارشی) به وجود آنژیودیسیپلازی دستگاه
گوارش در بیماران مبتلا به تنگی آئورت نسبت
داده می شود.

رتیکولین مثبت است. کدام یک از
گزینه های درمانی زیر را برای اصلاح
آنمی بیمار مناسب تر می دانید؟
(قطب ۱۰-۹۷)

الف) Recombinant EPO

ب) Low dose lenalidomide + Danazol

ج) Ruxolitinib

د) Low dose thalidomide + Prednisolone

پاسخ: د

هیچ درمان خاصی برای PMF وجود ندارد.
اریتروپویتین ممکن است اسپلنومگالی را بدتر
کند و اگر سطح اریتروپویتین سرم بیش از
۱۲۵ mU/L باشد بی اثر خواهد بود.
گلوکوکورتیکوئیدها می توانند کم خونی و
همچنین علائم سرشتی مانند تب، لرز، تعریق
شبانه، بی اشتها و کاهش وزن را بهبود
بخشند و ترکیب آنها با دوز کم تالیدومید نیز
موثر بوده است. ترومبوسیتوپنی می تواند به
دلیل اختلال در عملکرد مغز استخوان،
جداسازی طحال، یا تخریب خود ایمنی باشد و
همچنین ممکن است به تالیدومید و پردنیزون
با دوز پایین پاسخ دهد.

۱۹۴. آقای ۶۵ ساله با شکایت خونریزی
لثه، اپیستاکسی و اکیموز به اورژانس
مراجعه می کند. سابقه اختلالات
مشابه را ذکر نمی کند. از نظر
دارویی تحت درمان لیتیوم،





۱۹۵. آقای ۶۵ ساله با شکایت درد ناحیه

شانه راست با انتشار به گردن و پتوز

یک طرفه راست مراجعه کرده است.

در گرافی ساده توده لوب فوقانی

ریه راست مشهود است. در بررسی

پاتولوژی Adenocarcinoma گزارش

می‌شود. در PET scan لئف نود

مدیاستن سمت راست بدون

متاستاز دوردست دارد که در

مدیاستینوسکوپی درگیری تومورال

گزارش می‌شود. MRI با و بدون

تزریق مغز نرمال است. کدام یک از

اقدامات درمانی را در این بیمار

توصیه می‌کنید؟ (قطب ۱۰-۹۸)

الف) تجویز Erlotinib در صورت

موتاسیون EGFR

ب) نئوآجوانت کموتراپی برای ۴

سیکل و سپس جراحی

ج) کمورادیوتراپی مدیاستن

د) جراحی و سپس کموتراپی ادجوانت

پاسخ: ج

در بیماران NSCLC موارد زیر

کنتراندیکاسیون جراحی هستند:

۱) متاستاز خارج قفسه سینه

۲) SVC syndrome

۳) درگیری تارهای صوتی

۴) فلج عصب فرنیک

۵) پلورال افیوژن بدخیم

۶) تامپوناد قلبی

۷) تومور در 2cm کارینا (قابل درمان با

کمورادیوتراپی)

۸) متاستاز به ریه مقابل

۹) متاستاز به لئف نود سوپراکلاویکولار

(قابل درمان با کمورادیوتراپی)

۱۰) متاستاز به لئف نود مدیاستینال

طرف مقابل (قابل درمان با

کمورادیوتراپی)

۱۱) درگیری شریان اصلی ریوی

۱۹۶. خانم ۳۵ ساله با سابقه کانسر پستان

از یک سال قبل تحت درمان

ادجوانت با tamoxifen می‌باشد.

کدام یک از جملات زیر در این بیمار

صحیح است؟ (قطب ۱۰-۹۷)

الف) ریسک کانسر آندومتر افزایش

می‌یابد.

ب) ریسک ترومبوز وریدهای عمقی

(DVT) افزایش می‌یابد.

ج) ریسک کانسر پستان مقابل تغییر

نمی‌کند.

د) ریسک شکستگی استخوانی

افزایش می‌یابد.

پاسخ: الف و ب

عوارض جانبی تاموکسیفن: گرگرفتگی، اختلال

جنسی و میالژیا و آرترالژی، کاهش استئوپنی و





است نیاز به درمان اضافی با استروئیدها، داروهای آنتی هیستامین و برونکودیلاتور باشد. بیماران باید فرآورده‌های خونی شسته شده و در موارد کمبود Iga از فرآورده‌های بدون IgA استفاده کنند.

۱۹۸. خانم ۲۰ ساله مورد آنمی فقر آهن با

Hb=7 gr/dL و سابقه منوراژی و

تقاضای تجویز کل آهن مورد نیاز برای اصلاح کم‌خونی فقر آهن را به طور یکجا دارد. وزن بیمار ۶۰ kg است. مقدار آهن مورد نیاز در این فرد به کدام عدد نزدیک‌تر است؟

(قطب ۱۰-۹۸)

الف) ۱۰۰۰ mg

ب) ۲۰۰۰ mg

ج) ۲۵۰۰ mg

د) ۳۰۰۰ mg

پاسخ: ب

میزان آهن مورد نیاز برای تزریق از فرمول زیر به دست می‌آید:

$$\text{Body weight (kg)} \times 2.3 \times (15 - \text{patient's hemoglobin, g/dL}) + 500 \text{ or } 1000 \text{ mg (for stores)}$$

پوکی استخوان، به ویژه در زنان یائسه، افزایش خطر ترومبوز و سرطان آندومتر.

۱۹۷. آقای ۲۵ ساله با تشخیص اخیر آنمی آپلاستیک با ضعف و بی‌حالی به اورژانس مراجعه کرده است. در آزمایشات:

Hb=5.5 gr/dL WBC=3000/ μ L

Plt =30/000/ μ L

دارد. برای بیمار تزریق خون دستور داده شد که بلافاصله بعد از تزریق خون بیمار دچار تنگی نفس، تهوع، استفراغ، افت شدید فشارخون و شوک شده است. همه موارد زیر در کنترل این عارضه مؤثر است به جز: (قطب ۱۰-۹۸)

الف) قطع تزریق خون و تجویز اپی‌نفرین و کورتیکواستروئید
ب) اندازه‌گیری IgA سرمی

ج) تجویز gamma Irradiated packed cell

در ترانسفوزیون‌های بعدی

د) تجویز خون شسته شده (Washed

packed cell) در ترانسفوزیون‌های بعدی

پاسخ: ج

واکنش آنافیلاکتیک ممکن است پس از تزریق تنها چند میلی لیتر از فرآورده خونی رخ دهد. درمان شامل توقف تزریق خون، حفظ دسترسی عروقی، و تجویز اپی‌نفرین (۳، ۰.۵-۰ میلی گرم زیر جلدی) است. همچنین ممکن





سوالات و پاسخنامه

نفرولوژی

دردهای مفصلی احتمالاً نفریت بینابینی

ناشی از NSAID مطرح می‌باشد.

یافتن آسیب کلیوی غیر قابل توجیه با یا بدون الیگوری و قرار گرفتن در معرض یک دارو که به صورت بالقوه آسیب‌زا می‌باشد، تشخیص را مسجل می‌کند. ائوزینوفیلی در خون محیطی تأیید کننده است اما در تعداد کمی از بیماران دیده می‌شود. در U/A پیوری همراه با کست WBC و هم‌اچوری دیده می‌شود. ائوزینوفیلی ادراری نه حساس و نه اختصاصی است. پس انجام آن توصیه نمی‌شود. Bx کلیه عموماً برای تشخیص لازم نیست اما ارتشاح بینابینی و توبولی وسیع WBC از جمله ائوزینوفیل‌ها را نشان می‌دهد.

۲. خانم ۲۳ ساله به علت سندرم

نفروتیک FSGS ایدیوپاتیک بعد از انجام

۱. خانم ۶۵ ساله با سابقه دردهای مفصلی به علت ادم ۲+ مراجعه کرده است. در معاینات علائم حیاتی پایدار بوده، تب و بثورات جلدی ندارد. کاهش حجم ادرار ندارد. نتایج آزمایشات به شرح زیر است:

BUN=46 mg/dl

Cr=1.8 mg/dl

K=4.9 meq/l

U/A: Protein= 2+, WBC=50-60/hpf,

RBC=10-15/hpf, WBC Cast=2-3/hpf

کدام اقدام جهت رسیدن به تشخیص مناسب‌تر است؟ (بورد ۱۴۰۱)

الف) بررسی PLA2R Ab

ب) بررسی لام خون محیطی

ج) بررسی ائوزینوفیل ادرار

د) بیوپسی کلیه

پاسخ: گزینه د

با توجه به هم‌اچوری میکروسکوپی و کست ABC و پروتئین اوری و سابقه‌ی





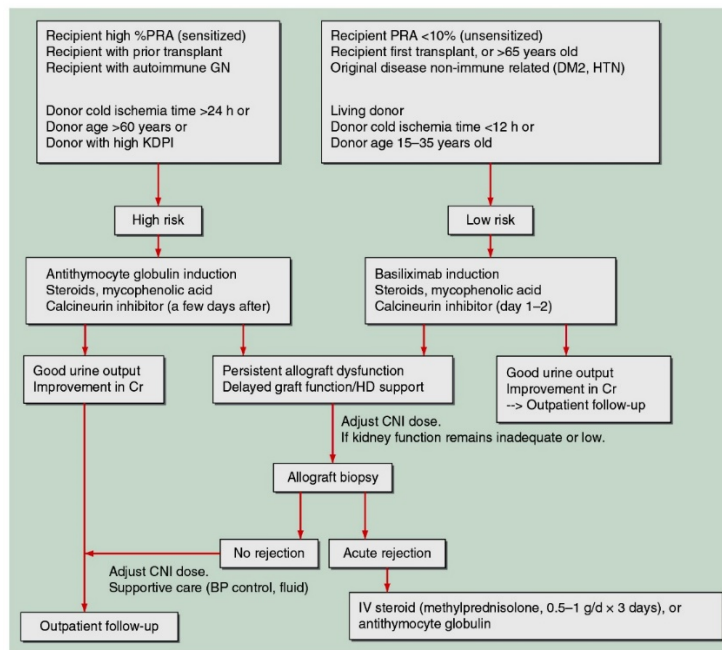
پیوندی طبیعی است. اقدام مناسب جهت تسریع بهبود عملکرد پیوند کدام است؟ (بورد ۱۴۰۱)

- الف) دیورتیک با دوز بالا
- ب) کاهش دوز سیکلوسپورین
- ج) شروع پلاسمافرزیس
- د) شروع IVIG

پاسخ: گزینه ب

الگوریتم ۲-۳۱۳

۳ ماه همودیالیز با کراتینین $5/6 \text{ mg/dl}$ پیوند کلیه شده است. روز قبل از عمل درمان‌های ایمونوساپرسیو با سیکلوسپورین، مایکوفنولات موفتیل و کورتیکواستروئید شروع شده است. ۴۸ ساعت اول بعد از عمل 50 میلی‌لیتر در ساعت ادرار دارد. در آزمایشات به عمل آمده کراتینین $4/3 \text{ mg/dl}$ گزارش شده است. داپلر شریان و ورید کلیه



immediate posttransplant period. *When there is early transplant dysfunction, prerenal, obstructive, and vascular causes must be ruled out by ultrasonographic examination. The panel reactive antibody (PRA) is a quantitation of how much antibody is present in a candidate against a panel of cells representing the distribution of antigens in the donor pool. BP, blood pressure; CNI, calcineurin inhibitor; Cr, creatinine; DM2, type 2 diabetes; GN, glomerulonephritis; HD, hemodialysis; HTN, hypertension; KDPI, Kidney Donor Profile Index.

FIGURE 313-2 A typical algorithm for early posttransplant care of a kidney recipient. If any of the recipient or donor “high-risk” factors exist, more aggressive management is called for. Low-risk patients can be treated with a standard immunosuppressive regimen with no or less-potent induction therapy (e.g., basiliximab). Patients at higher risk of rejection or early ischemic transplant dysfunction are often induced with an antithymocyte globulin to provide more potent early immunosuppression or to spare calcineurin use in the





بعد از حادثه به علت آنوری و افزایش کراتینین (8 mg/dl) مشاوره نفرولوژی درخواست شده است. در معاینه کاشکتیک است BP=85/50 mmHg, PR=105/min. در مدت بستری داروی نفروتوکسیک دریافت نکرده است. سونداژ مثانه فاقد ادرار است. در سونوگرافی و سی تی اسکن شکم شواهدی به نفع انسداد ادراری ندارد. علاوه بر انجام همودیالیز، کدام یک از اقدامات تشخیصی زیر مناسبتر است؟ (بورد ۱۴۰۱)

الف) سونوگرافی کالر داپلر شراییین رنال

ب) اسکن DMSA از کلیه‌ها

ج) پیلوگرافی آنته‌گرید یا رتروگرید

د) MRI شکم و لگن با تزریق

پاسخ: گزینه ج

طبق الگوریتم در صورتی که همچنان دیس فانکشن آلوگرافت وجود داشته باشد ابتدا در calcineurin inhibitor ها، adjust می‌شود و در صورت باقی ماندن دیس فانکشن بیوپسی آلوگرافت انجام می‌شود.

درمان القاگر سرکوب کننده‌ی سیستم ایمنی، استروئید با دوز نگهدارنده و داروهای آنتی‌متابولیت از روز جراحی شروع می‌شود و معمولاً در صورت استفاده از یک داروی lymphocyte depleting به عنوان اینداکشن تأخیر در شروع CNI برای چند روز خطری ندارد.

۳. آقای ۳۶ ساله متعاقب انفجار تصادفی

مواد منفجره چندین بار تحت عمل

جراحی شکم قرار گرفته و

انتروستومی تعبیه شده است. ۷۰ روز

