



- سرشناسه : پورندیم، مرجان - ۱۳۶۰؛ فیضی، هومان - ۱۳۵۰، گردآورنده
- عنوان و نام پدیدآور : مجموعه سوالات بیماری‌های داخلی شریان C: ویژه آمادگی آزمون ارتقاء و مورد 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 : ۳۷۴ ص: مصور(رنگی).
- شابک : 978-622-5603-94-3: ۵,۶۴۰,۰۰۰ ریال
- وضعیت فهرست نویسی : فیبا
- یادداشت : سوالات کتاب حاضر برگرفته از کتاب
" Harrison's principles of internal medicine, 21st. ed, 2022"
اثر جوزف لاسکالزو... [او دیگران] است.
- موضوع : 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 : فیبا

مجموعه سوالات بیماری‌های داخلی شریان C: ویژه آمادگی آزمون ارتقاء و مورد تخصصی ۱۴۰۳ / برگرفته از کتاب: "Harrisons-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

چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت یار

نوبت چاپ: اول ۱۴۰۲

تیراژ: ۱۵۰ جلد

شابک: 978-622-5603-94-3

تومان ۵۶۴,۰۰۰

آدرس: تهران میدان انقلاب - کارگرنوبی - 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 C

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 بیماری‌های قلب و عروق.....
۱۸۷.....	سؤالات و پاسخنامه بیماری‌های ریه.....



سؤالات و پاسخنامه

بیماری‌های قلب و عروق

۱) سطح پتاسیم $12-10 \text{ mmol/L} <$

($12-10 \text{ meq/L}$)

۲) دمای مرکزی $12-10 \text{ }^\circ\text{C} >$ ($54-50 \text{ }^\circ\text{F}$)

۳) $\text{pH} < 6.5$

۴) شواهد ترومبوز داخل عروقی با فیبرینوژن

$< 50 \text{ mg/dl}$

۲. آقای ۸۲ ساله با نارسایی قلبی در

آزمایشات $\text{LDL}=130 \text{ mg/dl}$ دارد. به

کدام دلیل تجویز استاتین مناسب

نمی‌باشد؟ (بورد ۱۴۰۱)

الف) احتمال رابدومیولیز حتی با دوز

کم در افراد مسن بسیار بالاست.

ب) احتمال دهانس را در افراد مسن

شدیداً بالا می‌برد.

ج) در درازمدت اثر می‌کند و امید به

زندگی فرد تعیین کننده است.

د) توسط افراد مسن تحمل نمی‌شود.

۱. آقای ۳۵ ساله کوهنورد را به علت ایست

قلبی و سرمازدگی به اورژانس آورده‌اند.

CPR بیمار را شروع می‌کنید.

اندیکاسیون توقف CPR قبل از گرم

کردن بیمار کدام است؟ (بورد ۱۴۰۱)

الف) حرارت 20 درجه سانتی‌گراد

ب) پتاسیم خون بیش از $12-10 \text{ meq/L}$

ج) PH خون معادل 7

د) ادامه ایست قلبی پس از 15 دقیقه

CPR

پاسخ: ب

در بیمار با ایست قلبی ناشی از هایپوترمی

CPR آغاز می‌شود. زمانی که درجه حرارت $>$

$28 \text{ }^\circ\text{C}$ باشد CPR متناوب توصیه می‌شود.

در موارد زیر ختم احیا تا زمان گرم کردن

بیمار به دمای $33 \text{ }^\circ\text{C}$ بر اساس نوع و شدت

هایپوترمی ممکن است اعلام گردد:





پاسخ: ج

در افراد بالای ۷۵ سال با امید به زندگی بیش از ۱۰ سال ممکن است از مصرف استاتین سود ببرند و رویکرد به هایپرلیپیدمی در این افراد باید شخص محور باشد.

به طور کلی در بیماران HF در صورت بیماری عروقی آترواسکلروتیک یا دیس لیپیدمی significant استاتین استفاده می شود و استفاده روتین در بیماران HF غیرایسکمیک به طور کلی توصیه نمی شود.

۳. خانم ۲۸ ساله حامله به علت ترومبوز ورید ایلیاک سمت چپ تحت درمان با انوکسپارین می باشد. کاندید سزارین تحت بیهوشی اپیدورال است. حداقل زمان لازم جهت قطع دارو برای جلوگیری از هماتوم اپیدورال کدام است؟ (بورد ۱۴۰۱)

الف) ۱۲ ساعت

ب) ۲۴ ساعت

ج) ۴۸ ساعت

د) احتیاج به قطع دارو نمی باشد.

پاسخ: ب

داروهای ضد انعقاد خطر هماتوم اپیدورال در زنان تحت بی دردی حین زایمان را افزایش

می دهد. در پروفیلاکسی LMWH باید ۱۲ ساعت قبل از تعبیه کاتتر و دوز درمانی باید ۲۴ h قبل از تعبیه کاتتر متوقف گردد.

۴. خانم ۳۵ ساله با سابقه فشار خون بالا تحت درمان با انالاپریل ۲۰ میلی گرم روزانه به علت تأخیر قاعدگی آزمایش داده و تست بارداری مثبت است. داروی مناسب و فشار خون هدف کدام است؟ (بورد ۱۴۰۱)

الف) ادامه انالاپریل - کمتر از mmHg

۱۵۰/۱۰۰

ب) ادامه انالاپریل - کمتر از mmHg

۱۲۰/۸۰

ج) قطع انالاپریل و شروع لابتالول -

کمتر از mmHg ۱۵۰/۱۰۰

د) قطع انالاپریل و شروع لابتالول -

کمتر از mmHg ۱۲۰/۸۰

پاسخ: ج

هایپرتانسیون مزمن در بارداری منجر به افزایش ریسک برای مادر و نوزاد می شود. بیماران در ریسک پره اکلامپسی و عوارض جفتی شامل IUGR و جداشدگی جفت هستند. در این بیماران توصیه به مصرف لابتالول و یا نیفدیپین طولانی رهش با هدف





نکروز ایسکمیک به ویژه در ساق‌ها، ران‌ها، شکم و پستان‌ها پیشرفت می‌کنند. این عارضه معمولاً با هایپرپاراتیروئیدیسم پیشرفته دیده می‌شود. وارفارین هم به عنوان یک عامل خطر کلسی فیلاکسی محسوب می‌شود؛ یکی از اثرات وارفارین درمانی کاهش فعال‌سازی وابسته به ویتامین K در پروتئین GLA ماتریکس است که این پروتئین در پیشگیری از کلسیفیکاسیون عروقی اهمیت دارد. اگر این سندرم رخ دهد وارفارین باید قطع شود و بسته به اندیکاسیون مصرف ضدانعقاد یک درمان ضدانعقاد جایگزین انتخاب شود. با توجه به GFR بیمار apixaban گزینه‌ی مناسب‌تری می‌باشد.

۶. خانم ۵۳ ساله به علت کاهش سطح هوشیاری حین ورزش، توسط آمبولانس به اورژانس منتقل شده است. تاکیکاردی بطنی با ضربان ۱۹۰ در دقیقه دارد. در معاینه نبض لمس نمی‌شود. کدام اقدام در مورد احیای قلبی ریوی این بیمار مناسب می‌باشد؟ (بورد ۱۴۰۱)

الف) Amiodarone 100 mg
ب) Epinephrine 0.1 mg
ج) Chest compression 100-120/min
د) Biphasic shock 100 J

پاسخ: گزینه ج

فشار سیستولیک ۱۵۰-۱۳۰ و فشار دیاستولیک ۱۰۰-۸۰ می‌شود.

۵. خانم ۶۰ ساله با وزن ۵۶ کیلوگرم و سابقه نارسایی مزمن در زمینه دیابت و هیپرتانسیون تحت کنترل با دارو (BP: 130/80 mmHg) به علت non valvular AF بستری می‌باشد. ضایعات جلدی مطابق شکل در معاینه دارد. آزمایشات به شرح زیر است:

Cr: 2.5 mg/dl
Calcium: 9.2 mg/dl
Phosphate: 6.1 mg/dl
iPTH: 300 pg/ml



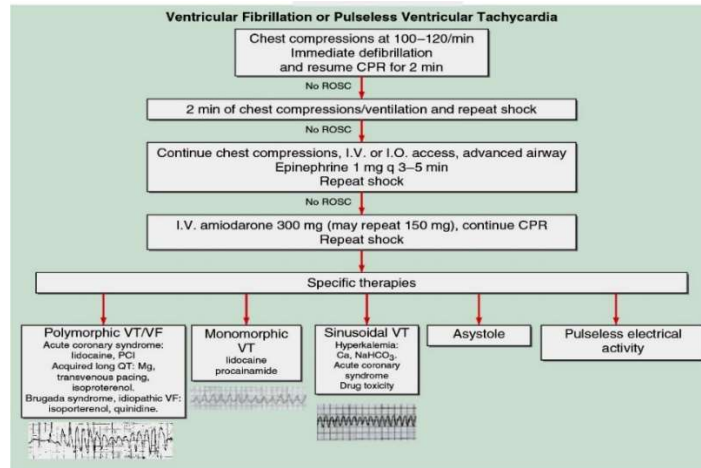
درمان مناسب برای جلوگیری از stroke کدام است؟ (بورد ۱۴۰۱)

- الف) ASA 80 mg/daily
ب) Warfarin 5 mg/daily
ج) Apixaban 2.5 mg/BD
د) Rivaroxaban 20 mg/daily

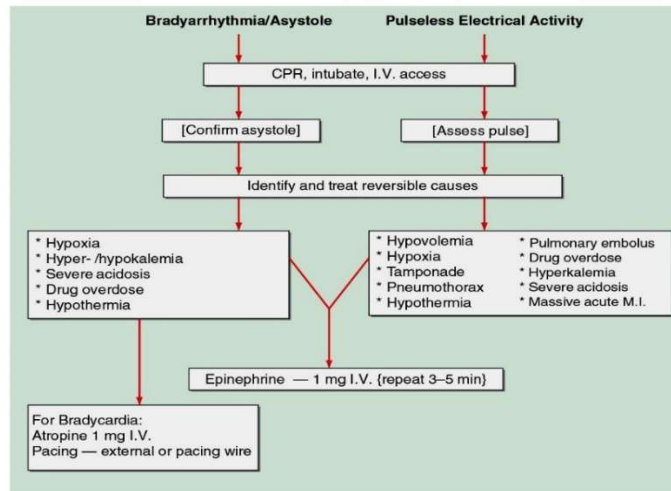
پاسخ: گزینه ج

کلسی فیلاکسی در بیماران CKD پیشرفته دیده می‌شود. ابتدا ندول‌های زیرجلدی و ضایعات دردناک لودورتیکولاریس که به سمت





A



B

FIGURE 306-3 Algorithm for approach to cardiac arrest due to VT or VF (shockable rhythm). **A.** Chest compressions with ventilation and defibrillation or cardioversion should be initiated as soon as possible. Defibrillation should be repeated with minimal interruption of chest compressions. Once an intravenous or intraosseous access is established, administration of epinephrine defibrillation and amiodarone and defibrillation are performed. Further therapy can be guided by possible causes as suggested by the initial or recurrent cardiac rhythm as shown. CPR, cardiopulmonary resuscitation; I.O., intraosseous; I.V., intravenous; PCI, percutaneous coronary intervention; ROSC, return of spontaneous circulation. **B.** Algorithm for approach to cardiac arrest due to bradyarrhythmias/asystole and pulseless electrical activity. Chest compressions with ventilation (and intubation) should be initiated as soon as possible, and IV access should be obtained. Once an intravenous or intraosseous access is established, administration of epinephrine is performed. At the same time, an investigation for potential reversible causes should be made and any such causes should be treated if present. For bradycardic rhythms, atropine 1 mg IV and external subcutaneous or transvenous pacing are also performed. Defibrillation should be repeated with minimal interruption of chest compressions. Further therapy can be guided by possible causes. CPR, cardiopulmonary resuscitation; I.O., intraosseous; I.V., intravenous; M.I., myocardial infarction.





طی هفته‌ی اول بعد از شروع علائم دیده می‌شود. علائم بالینی شامل از بین رفتن پالس و نبض ناگهانی، افت BP و ↓ سطح هوشیاری با ادامه‌ی ریتم سینوسی (pulseless electrical activity) در نتیجه‌ی تامپوناد قلبی است. پارگی دیواره‌ی آزاد می‌تواند منجر به شوک کاردیوژنیک در نتیجه‌ی تامپوناد تحت حاد (هنگامی که پریکاردیوم مقداری از پارگی را تحت پوشش قرار دهد) شود. درمان قطعی جراحی است.

۸. خانم ۵۸ ساله به دلیل ضعف و کاهش سطح هوشیاری در اورژانس بستری شده است. فشار خون mmHg ۷۵/۶۰، ضربان قلب ۱۳۰ و تعداد تنفس ۲۰ در دقیقه و حجم ادرار ۲۰ میلی لیتر در ساعت دارد. با توجه به یافته‌های زیر، کدام نوع شوک مطرح می‌باشد؟ (بورد ۱۴۰۱)

Central venous pressure=5 mmHg
(normal 8-12)
Pulmonary capillary wedge pressure=2 mmHg (normal 4-8)
Cardiac output=3.8 L/m (normal 5-6)
Systemic vascular resistance=1700 dyn/s/cm⁻⁵ (normal 900-1400)

- الف) Distributive
- ب) Cardiogenic
- ج) Obstructive
- د) Hypovolemic

پاسخ: گزینه د

در صورت تأیید UF یا UT بدون نبض ماساژ قلبی با سرعت 100-200/min آغاز می‌شود و در صورتی که UF و UT تأیید شود؛ J ۲۰۰ شوک بای فایزیک داده می‌شود و مجدداً تا ۲ min بعد از اتمام شوک ماساژ قلبی ادامه می‌یابد تا ریتم بعدی detect شود.

۷. آقای ۵۲ ساله با سابقه پرفشاری خون و درد قفسه سینه، با تشخیص سکته قلبی در بخش سی سی یو بستری می‌باشد. صبح امروز به طور ناگهانی دچار کاهش سطح هوشیاری شده است. فشار خون سیستولیک mmHg ۶۰ همراه با نبض ضعیف و کاهش شدید صداهای قلبی دارد. در نوار قلبی ریتم سینوسی است. تشخیص محتمل کدام است؟ (بورد ۱۴۰۱)

- الف) پارگی دیواره آزاد قلب
- ب) آنوریسم بطن چپ
- ج) آسیب دیواره بین بطنی
- د) نارسایی دریچه میترال

پاسخ: گزینه الف

شوگ کاردیوژنیک می‌تواند در نتیجه‌ی عوارض MI از قبیل انفارکت بطن راست، رگورژیتاسیون دریچه‌ی میترال به علت دیس فانکشن عضلات پاپیلاری و پارگی سپتوم بطنی، پارگی دیواره‌ی آزاد قلب رخ دهد. پارگی دیواره‌ی آزاد قلب (میوکارد) یک عارضه‌ی دراماتیک MI است که اصولاً در





سوالات و پاسخنامه

بیماری های ریه

اقدام مناسب بعدی کدام است؟ (بورد ۱۴۰۱)

- الف) استفاده از سداتیو
- ب) انتوباسیون پیشگیرانه
- ج) تهویه مکانیکی غیرتهاجمی
- د) ادامه درمان های قبلی

پاسخ: گزینه ب

در درمان حملات آسم تهویه مکانیکی در بیماران مبتلا به آسم مداوم به علت وجود فشار مثبت بالا در شرایط انسداد شدید راه های هوایی می تواند دشوار باشد. بسیاری از بیماران در حمله ای حاد آسم به علت افزایش تعداد تنفس، دچار هیپوکاپنی می شوند. در صورتی که در بیمار مبتلا به آسم دچار دیسترس تنفسی، میزان PCO_2 طبیعی یا نزدیک به طبیعی باشد، باید احتمال قریبالوقوع بودن نارسایی تنفسی و نیاز به تهویه مکانیکی مد نظر قرار گیرد.

۱. آقای ۵۰ ساله با سابقه بیماری آسم و تشدید علائم توسط اعضای خانواده اش به اورژانس منتقل شده است. به دلیل سرماخوردگی اخیر و تشدید علائم بیماری از سالبوتامول به صورت مکرر استفاده می کرده است. در اورژانس تحت درمان با کورتیکواستروئیدهای داخل وریدی، نبولایزر سالبوتامول، استروئید استنشاقی، منیزیم داخل وریدی و اپی نفرین زیرجلدی قرار گرفته ولی بهبودی نداشته است. بیمار همچنان از عضلات فرعی تنفسی استفاده می کند.

pH=7.35
 PaCO₂=50 mmHg
 PaO₂=60 mmHg (O₂ nonbreather mask with reservoir)





HP (د)

پاسخ: گزینه ج

با توجه به اپاسیتی ground glass و نمای رتیکولار در نواحی ساب پلورال بدون honey combing، تشخیص NSIP مطرح است.

یافته‌های HRCT وجود کدورت‌های منتشر شیشه مات به صورت قرینه در نواحی زیر پلور و کدورت‌های رتیکولر شایع است. ↓ حجم ریه و برونشکتازی کششی در نواحی تحتانی ریه‌ها ممکن است دیده شود. گاهی نواحی زیر پلور گرفتار نمی‌شوند اما افزایش ضخامت پری برونشیولار و تغییرات لانه زنبوری ناشایع است. NSIP به طور شایع در بیماران دچار بیماری بافت همبند (CTD) و با شیوع کمتر در پنومونی بینابینی خانوادگی عوارض ناشی از داروها و عفونت‌ها دیده می‌شود.

طی تهویه مکانیکی باید از تعداد تنفس و یا حجم‌های تهویه پایین استفاده نمود تا فشار حداکثر راه هوایی ↓ یابد. برای این منظور از permissive hypercapnia آماده‌سازی وضعیت برای \uparrow PCO₂ و در صورت نیاز، تصحیح موقتی اسیدوز شدید با تجویز مایع جهت \uparrow pH استفاده می‌شود.

۲. خانم ۵۲ ساله بدون سابقه بیماری ریوی، دو ماه قبل از مراجعه در حین پیاده‌روی احساس تنگی نفس کرده که به تدریج افزایش یافته است. به مدت دو هفته آنتی‌بیوتیک و یک ماه پردنیزولون mg ۷/۵ روزانه دریافت نموده ولی بهبودی نداشته است. در معاینه تاکیکاردی و تاکی پنه دارد. با صد متر راه رفتن قادر به ادامه پیاده‌روی نمی‌باشد. در ساعد و سینه راش اریتماتو غیرخارش دار دارد. در CT Scan بیمار اپاسیتی Ground Glass و نمای رتیکولار در نواحی ساب پلورال بدون Honey Combing مشهود است. کدام تشخیص مطرح است؟ (بورد ۱۴۰۱)

الف) IPF

ب) AIP

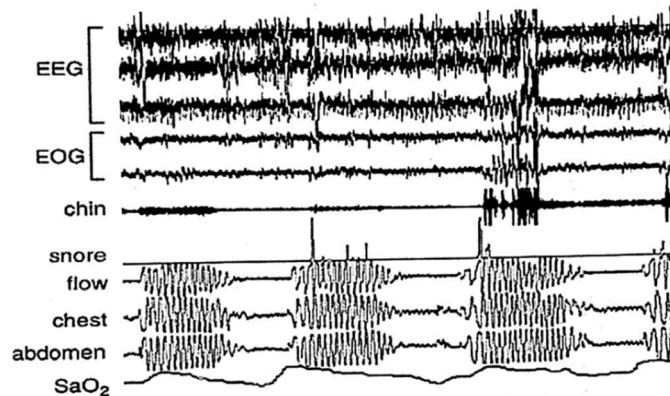
ج) NSIP





۳. این پلی سومنوگرافی با کدام بیمار

منطبق است؟ (بورد ۱۴۰۱)



پاسخ: گزینه د

طبق شکل ۲-۲۹۷ شکل B مطابق با پلی سومنوگرافی مطرح شده در سؤال می باشد. یک بیمار با تنفس شین استوک به دلیل نارسایی احتقانی قلب، نوار صاف قفسه سینه - شکم نشان دهنده فقدان تلاش تنفسی حین آپنه ی مرکزی است.

الف) آقای ۳۶ ساله با سابقه اعتیاد به

هروئین و تحت درمان با متادون

ب) آقای ۴۸ ساله با $BMI=36 \text{ kg/m}^2$ و

خروپف بلند و خواب آلودگی روزانه

ج) خانم ۵۲ ساله با $BMI=26 \text{ kg/m}^2$

بدون شکایت از خروپف با بیدار

شدن های مکرر پس از یائسگی

د) آقای ۶۸ ساله با ریتم AF و

کاردیومیوپاتی ایسکمیک $EF=20\%$



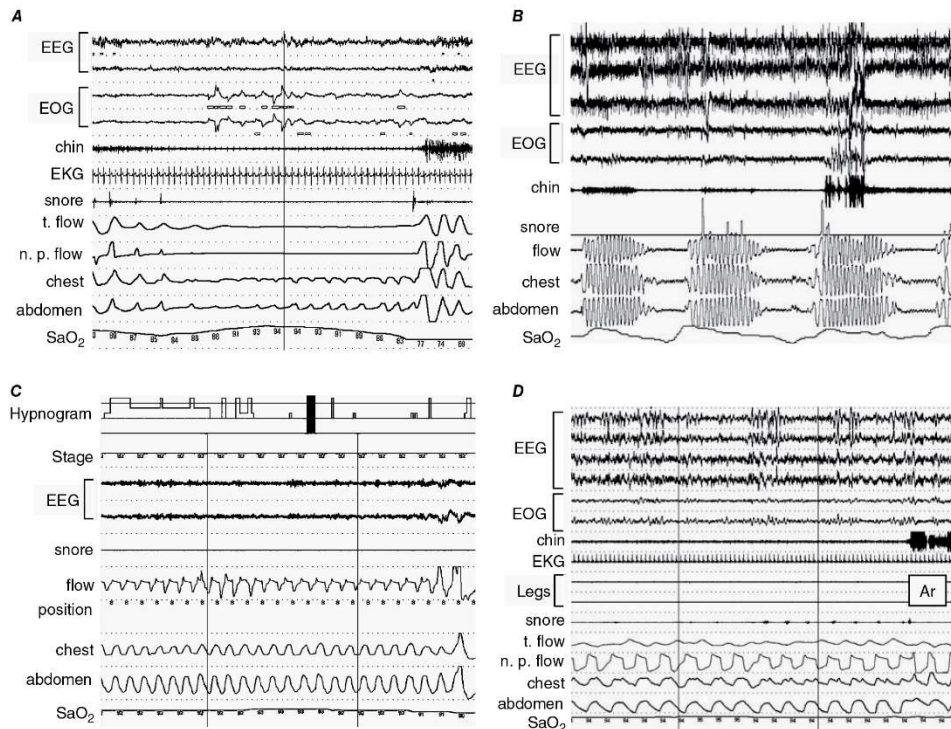


FIGURE 297-2 Obstructive apnea. *A.* There are 30 s of no airflow, as shown in the nasal pressure (n. p. flow) and thermistor-measured flow (t. flow). Note the presence of chest-abdomen paradox, indicating respiratory effort against an occluded airway. *B.* Central apnea in a patient with Cheyne-Stokes respiration due to congestive heart failure. The flat chest-abdomen tracings indicate the absence of inspiratory effort during the central apneas. *C.* Hypopnea. Partial obstruction of the pharyngeal airway can limit ventilation, leading to desaturation (a mild decrease in this patient, from 93 to 90%) and arousal. *D.* Respiratory effort-related arousal (RERA). Minimal flow reduction terminated by an arousal (Ar) without desaturation constitutes a RERA. EEG, electroencephalogram; EOG, electrooculogram; EKG, electrocardiogram.

۴. آقای ۵۷ ساله راننده کامیون به دلیل خواب آلودگی بیش از حد در روز به آزمایشگاه خواب ارجاع داده می شود. در مطالعه خواب، اندکس آپنه/هیپوپنه ۳۶ رویداد در ساعت را نشان می دهد. میانگین اشباع اکسیژن شبانه ۸۶٪ بوده و هرگز در طول شب از ۹۰٪ بیشتر نمی شود. آزمایش عملکرد ریوی نمای تحدیدی نشان می دهد.

BMI=35 kg/m²
 pH=7.42
 PaCO₂=60 mmHg
 PaO₂=53 mmHg





را تحمل کنند و علی رغم فشار حداکثری ۲۰ mmHg همچنان وقایع انسدادی تنفسی می شوند.

۵. خانم ۴۵ ساله با تنگی نفس از دو هفته قبل مراجعه کرده است. در تصویربرداری پلورال افیوژن خفیف در سمت راست دارد. توراکوستنتز تشخیصی اولیه نشان دهنده پلورال افیوژن آگزوداتیو و کم خونی است. نتایج بررسی های تکمیلی آنالیز مایع پلور به شرح زیر است. اقدام مناسب بعدی کدام است؟ (بورد ۱۴۰۱)

Pleural fluid analysis	
Appearance	Serosanguinous
WBC cells/ml	8000
Neutrophils %	55
Lymphocytes %	45
Glucose mg/dl	90
Microbial Stain and Culture	Negative
ADA IU/L	25 (10-40)
Cytology	Normal
Triglyceride mg/dl	80

اقدام مناسب بعدی کدام است؟

الف) CT Pulmonary Angiography

ب) Chest Tube Insertion

ج) Medical Thoracoscopy

HCO₃=34 mmol/L
کدام درمان مناسب است؟ (بورد ۱۴۰۱)

الف) Nocturnal bilevel positive airway pressure

ب) Nocturnal supplemental oxygen 2 L/min

ج) Continuous positive airway pressure (CPAP)

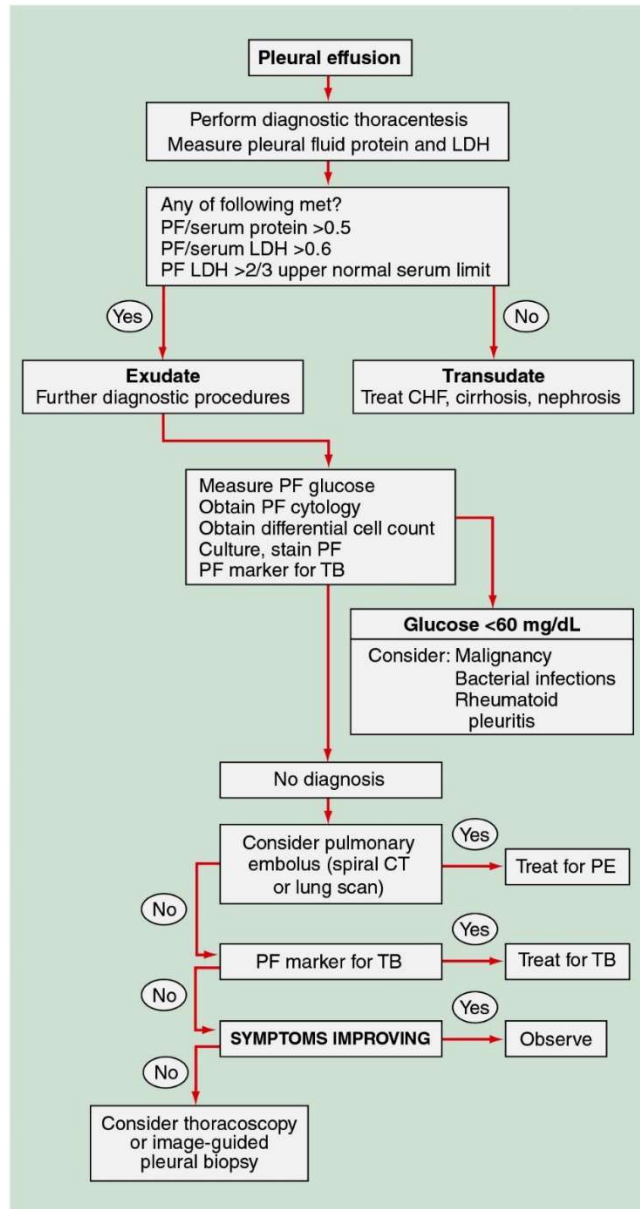
د) Acetazolamide 125 mg at bedtime

پاسخ: گزینه ج

سندرم هایپونتیلیاسیون ناشی از چاقی: با توجه به $BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ، هایپونتیلیاسیون مزمن آلوئولار ($PCO_2 \geq 45 \text{ mmHg}$) در غیاب سایر علل هایپرکاپنه و شواهد اختلال خواب (شواهد خواب آلودگی) OHS برای بیمار مطرح می باشد.

چاقی شدید ($BMI > 40 \text{ kg/m}^2$) و شاخص آپنه - هایپوپنه (AHI) بالای 30/hr عوامل خطر ساز بروز OHS هستند. درمان OHS مشابه درمان OSA کاهش وزن و تهویه غیرتهاجمی با فشار مثبت CAPA یا NIPPV می باشد. کاهش وزن حدود ۲۵-۲۰ درصد وزن بدن در بیماران OHS می تواند PaCO₂ را به مقدار طبیعی برساند اما درمان NIPPV هرگز نباید در شرایطی که بیمار تلاش برای ↓ وزن دارد به تأخیر افتد. BIPAP را باید تنها در بیماران در نظر گرفت که نمی توانند سطح بالایی از CPAP





dehydrogenase; PE, pulmonary embolism; PF, pleural fluid; TB, tuberculosis.

FIGURE 294-1 Approach to the diagnosis of pleural effusions. CHF, congestive heart failure; CT, computed tomography; LDH, lactate





رادیوگرافی قفسه سینه پرهوایی نشان می‌دهد.

pH=7.37

PCO₂=65 mmHg

PaO₂=48 mmHg

اقدام مناسب کدام است؟ (بورد ۱۴۰۱)

الف) لوله گذاری تراشه و تهویه مکانیکی

ب) تهویه مکانیکی غیرتهاجمی

ج) اکسیژن و ادامه داروی استنشاقی

د) سی تی آنژیوگرافی پولمونری

پاسخ: گزینه ج

روش NIV به ویژه در شرایط نارسایی حاد تنفسی که به سرعت به درمان پاسخ می‌دهد مفید است و نیاز به حمایت تهویه مکانیکی طولانی مدت را به حداقل می‌رساند. به عنوان مثال در هیپرکاری حاد متوسط (7.35 < pH < 7.25) به علت حملات وخامت COPD روش NIV موجب کاهش نیاز به لوله گذاری و کاهش مدت بستری در بیمارستان می‌شود.

مکمل اکسیژن باید به هدف $O_2sat \geq 90\%$ تجویز شود. مطالعات نشان داده‌اند که در شرایط هایپرکاری حاد و مزمن مصرف مکمل اکسیژن باعث کاهش تهویه دقیقه‌ای نشده است. در برخی بیماران منجر به $\uparrow PCO_2$ شریانی متوسط می‌شود که این امر از طریق تغییر در ارتباط ونتیلاسیون -

در صورتی که طبق الگوریتم آنالیز مایع پلور اگزوداتیو باشد و با بررسی گلوکز و سیتولوژی و شمارش افتراقی سلول‌ها در مایع پلور و کشت و رنگ آمیزی و بررسی مارکر ADA برای TB به تشخیص نرسیدیم قدم بعدی CT آنژیوگرافی یا اسکن ریه برای تشخیص آمبولی ریه است و بعد از آن قدم بعدی چک مارکرهای TB مجدد در مایع پلور است و نهایتاً اگر به تشخیص نرسیدیم باید توراکوسکوپی یا بیوپسی تحت گاید Imaging انجام شود.

۶. آقای ۶۳ ساله با سابقه ۳ روزه تشدید تنگی نفس و افزایش خلط به بخش اورژانس آورده شده است. سابقه استعمال سیگار P/Y ۸۰ داشته که ۵ سال پیش ترک کرده است. در حین خواب اکسیژن به میزان ۲ لیتر در دقیقه استفاده می‌کند. داروهای فعلی شامل یک آنتی کولینرژیک طولانی اثر و استفاده گهگاهی از سالبوتامول است.

در معاینه بی حال ولی هوشیار است. تعداد تنفس ۲۰ در دقیقه است. در معاینه قفسه سینه قطر قدامی خلفی افزایش و صداهای تنفسی بسیار کاهش یافته است.





مجاری هوایی گشاد شده، مطابق با برونشکتازی است. CT اسکن برای تشخیص اختصاصی تر است.

یافته‌های CT اسکن شامل گشادی مجاری (به صورت tram track و یا signet ring) به نحوی که برش عرضی از مجاری با قطر حداقل ۱/۵ برابر عروق کناری، نبود تنگ شدن تدریجی برونش‌ها (شامل حضور ساختمان‌های توبولار در فاصله‌ی ۱ cm از سطح پلور)، ↑ ضخامت جدار در مجاری هوایی متسع، ترشحات غلیظ و نمای tree in bud یا کیست بیرون زده از جدار مجاری برونشی (به ویژه در برونشکتازی cystic) می‌باشد.

۸. خانم ۱۹ ساله از یک سال قبل با سرفه، تنگی نفس و خس خس سینه مراجعه نموده است. ایشان از ۸ ماه قبل تحت درمان با سالمترون / فلوتیکازون ۵۰/۵۰۰ میکروگرم دو بار در روز و سالبوتامول در صورت نیاز قرار گرفته ولی بیماری کنترل نمی‌باشد. رادیوگرافی قفسه سینه طبیعی است. سی تی اسکن و منحنی جریان - حجم در زیر نشان داده شده است.

پرفیوژن رخ می‌دهد. این امر نباید مصرف اکسیژن مورد نیاز برای اصلاح هایپوکسمی را محدود کند.

با توجه به تشدید تنگی نفس و ↑ خلط حملات تشدید COPD مطرح می‌باشد که با توجه به Plt: 7.37 و هایپرکاری مناسب‌ترین گزینه، گزینه ج می‌باشد.

۷. نمای مشاهده شده در قسمت تحتانی ریه چپ (tree-in-bud pattern) در سی تی اسکن نشان‌دهنده چه تغییراتی در برونشیول‌ها می‌باشد؟ (بورد ۱۴۰۱)



الف) گشاد شدگی

ب) افزایش ضخامت جدار

ج) ترشحات غلیظ

د) کیستیک شدن

پاسخ: گزینه ج

با وجود آنکه گرافی ریه حساس نیست، وجود نمای tram-track نشان‌دهنده‌ی

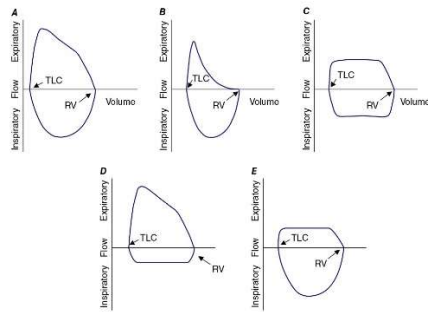
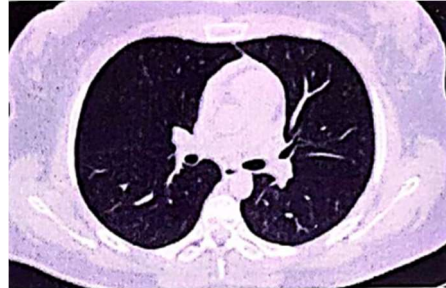
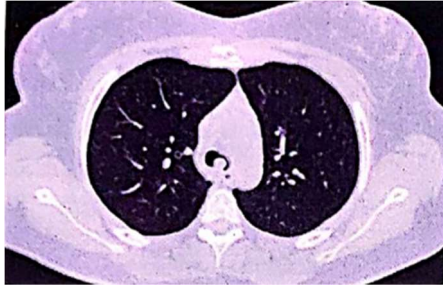
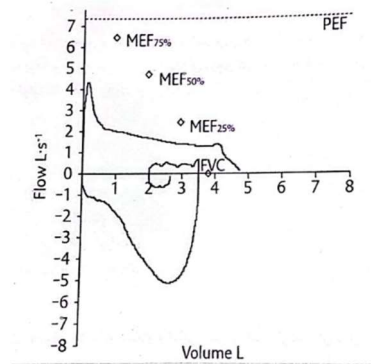


FIGURE 285-4 Flow-volume loops. *A. Normal. B. Airflow obstruction. C. Fixed central airway obstruction (either above or below the thoracic inlet). D. Variable upper airway obstruction (above the thoracic inlet) E. Variable lower airway obstruction (below the thoracic inlet). RV, residual volume; TLC, total lung capacity.*

۹. خانم ۵۷ ساله به علت تنگی نفس پیشرونده از ۶ ماه قبل مورد بررسی قرار می گیرد. سیگاری نبوده است.

تست های ریوی به شرح زیر است:

- TLC=75% Predicted
- FRC=100% Predicted
- RV=120% Predicted
- FEV1=60% Predicted
- FVC=60% Predicted
- DLCO=80% Predicted



مناسب ترین اقدام کدام است؟ (بورد ۱۴۰۱)

الف) تست ANCA

ب) انجام برونکوسکوپی

ج) اندازه گیری DLCO

د) آنتی بادی اسپرژیلوس

پاسخ: گزینه ب

