



- سرشناسه : پورندیم، مرجان - ۱۳۶۰؛ فیضی، هومان - ۱۳۵۰، گردآورنده
- عنوان و نام پدیدآور : مجموعه سوالات بیماری‌های داخلی شریان D: 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 : ۳۹۴ ص: مصور(رنگی).
- شابک : ۹۷۸-۶۲۲-۵۶۰۳-۹۵-۰ ریال: ۵,۸۱۰,۰۰۰
- وضعیت فهرست نویسی : فیبا
- یادداشت : سوالات کتاب حاضر برگرفته از کتاب  
" Harrison's principles of internal medicine, 21st. ed, 2022"  
اثر جوزف لاسکالزو... [و 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 : RC۵۸
- رده بندی دیویی : ۰۰۷۶/۶۱۶
- شماره کتابشناسی ملی : ۹۲۰۴۴۶۰
- اطلاعات رکورد کتابشناسی : فیبا

مجموعه سوالات بیماری‌های داخلی شریان D: 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 گرافیبست: رزیدنت یار

چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت یار  
نوبت چاپ: اول ۱۴۰۲  
تیراژ: ۱۵۰ جلد  
شابک: 978-622-5603-95-0  
تومان ۵۸۱,۰۰۰

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 D

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

- سؤالات و پاسخنامه بیماری‌های عفونی..... ۹
- سؤالات و پاسخنامه روماتولوژی..... ۱۵۱
- سؤالات و پاسخنامه نورولوژی و مسمومیت..... ۳۰۱





## سوالات و پاسخنامه

### بیماری‌های عفونی

د) کلیندامایسین و آمپی‌سیلین و

جنتامایسین

پاسخ: گزینه ب

با توجه به شرح حال بایستی تشخیص فاشئیت نکروزان درمان امپریکال عفونت‌های مخلوط هوازی و بی‌هوازی شامل آمپی‌سیلین / سولباکتام، سفوکستین با ترکیبات زیر است:

۱) کلیندامایسین (۶۰۰-۹۰۰ mg) وریدی هر ۸ ساعت) یا مترونیدازول (۵۰۰ mg) هر ۶ ساعت) همراه با آمپی‌سیلین یا آمپی‌سیلین / سولباکتام (1.5-3 gr/q6h) همراه با جنتامایسین (1-1.5 mg/kg) هر ۸ ساعت.

درمان با کلیندامایسین در فاشئیت نکروزان، میوزیت استرپتوکوکی یا کلستریدیایی اثربخشی بهتری دارد.

۱. آقای جوان دیابتی با شکایت تب و ضعف شدید همراه با افت فشار خون به اورژانس آورده شده است. در معاینه بالینی تب، تاکی کاردی، فشار خون پایین، قرمزی دردناک به همراه بول‌های بنفش رنگ با کنده شدن قسمتی از پوست ساق پای راست مشاهده می‌گردد. هفته گذشته دچار کشیدگی عضله ساق همان پا در مسابقه ورزشی شده بود. با توجه به محتمل‌ترین تشخیص، در کنار مشاوره جراحی، کدام یک از رژیم‌های درمانی زیر مناسب است؟ (بورد ۱۴۰۱)

الف) وانکومایسین و مروپنم

ب) وانکومایسین و کلیندامایسین و جنتامایسین

ج) کلیندامایسین و مروپنم





۳. افراد با سابقه‌ی بیماری کبدی (به خصوص هیپاتیت C)

۴. مصرف کنندگان روزانه الکل

۲. آقای ۶۲ ساله با تشخیص آبسه آمیبی لوب چپ کبد تحت درمان با مترونیدازول قرار می‌گیرد. ۳ روز بعد به طور ناگهانی دچار تنگی نفس، تعریق و افت فشار خون می‌شود. در معاینه بالینی صداهای قلبی به سختی شنیده شده و JVP، یازده سانتی‌متر می‌باشد. مناسب‌ترین اقدام کدام است؟ (بورد ۱۴۰۱)

الف) مشاوره جهت انجام درناژ جراحی

ب) آسپیراسیون مایع پریکارد تحت گاید اکوکاردیوگرافی

ج) درناژ پرکوتانئوس آبسه کبدی

د) درناژ پرکوتانئوس آبسه کبدی و شروع تینیدازول

**پاسخ: گزینه الف**

آبسه‌های پاره شده به پریکارد معمولاً ناشی از آبسه‌های لوب چپ کبد است، بدترین Px را دارند و می‌توانند در حین درمان طبی بوده و نیازمند درناژ است.

۴. خانم ۵۲ ساله با سابقه دیابت تحت درمان با انسولین، با شکایت تب و

۲. آقای ۵۸ ساله بدون بیماری زمینه‌ای، با تشخیص سل ریوی تحت درمان آنتی TB چهار دارویی قرار می‌گیرد. کدام یک از اقدامات، جهت پایش درمان توصیه می‌گردد؟ (بورد ۱۴۰۱)

الف) معاینه چشم پزشکی در ابتدای درمان و به صورت ماهیانه

ب) اندازه‌گیری AST, ALT, ALP در ابتدای درمان و هر دو هفته

ج) اندازه‌گیری Cr و BUN به صورت ماهیانه

د) بررسی رفلکس‌های تری در هر نوبت ویزیت بیمار

**پاسخ: گزینه الف**

بررسی بیوشیمیایی به طور روتین توصیه نمی‌شود ولی باید فانکشن کبد (اندازه‌گیری آمینوترانسفرازها و بیلی‌روبین) در شروع درمان در همه‌ی بالغین بررسی شود.

در بیماران زیر باید مانیتورینگ دقیق ماهانه با اندازه‌گیری آمینوترانسفرازها در حین درمان در فاز اولیه انجام شود:

۱) افراد مسن

۲) افراد با بیماری همراه





۵. آقای ۳۲ ساله بدون سابقه بیماری زمینه‌ای، اوایل مرداد ماه سال ۱۴۰۱ به مدت دو هفته در کشور اسپانیا اقامت داشته است. یک هفته بعد از بازگشت با علائم تب، ضعف و بی‌حالی و بثورات جلدی مراجعه نموده است. در معاینه بثورات جلدی وزیکولر یک شکل به صورت منتشر، عمدتاً در نواحی اندام‌ها و کف دست و پا و صورت دیده می‌شود. در لمس، لنفادنوپاتی‌های متعدد در نواحی سرویکال و آگزیلار دارد. بر اساس یافته‌های فوق، تشخیص محتمل کدام است؟ (بورد ۱۴۰۱)

الف) Chicken Pox

ب) Disseminated Herpes Zoster

ج) Measles

د) Monkey Pox

**پاسخ: گزینه د - Monkeypox virus**

بیماری Monkeypox یک بیماری اندمیک منطقه‌ی غرب و آفریقای مرکزی است. ضایعات کلاسیک وزیکولوپوسچولر حداقل یک هفته بعد از تب و علائم سرماخوردگی دیده می‌شود و گسترش ضایعات به صورت کف دست و پا و صورت می‌باشد.

تورم گونه راست مراجعه کرده است. در معاینه نکروز سیاه رنگ سقف دهان مشهود و حرکات چشم راست محدود شده است. در بیوپسی از مخاط سینوس ماگزیلاری سمت راست، Ribbon Like Hyphae فراوان با دیواره ضخیم و فاقد Septa و رشته‌هایی با زاویه ۹۰ درجه گزارش می‌شود. مناسب‌ترین درمان دارویی کدام است؟ (بورد ۱۴۰۱)

الف) Voriconazole

ب) Liposomal Amphotericin B

ج) Caspofungin + Amphotericin B Deoxycholate

د) Amphotericin B Lipid Complex + Voriconazole

**پاسخ: گزینه ب**

در تشخیص موکورمایکوزیس بیوپسی همراه با آزمایشات هیستوپاتولوژیک، حساس‌ترین و اختصاصی‌ترین روش تشخیص قطعی است. هیف‌های عریض با دیواره‌ی ضخیم شبیه روبان و بدون دیواره که شاخه‌ها به صورت عمودی قرار گرفته‌اند دیده می‌شود. طبق جدول ۲-۲۱۸ درمان صحیح خط اول گزینه‌ی ب می‌باشد.





BUN=36 mg/dl

Cr=4 mg/dl

CRP=68 mg/L

پس از ارسال نمونه‌های کشت، شروع

کدام درمان مناسب است؟ (بورد ۱۴۰۱)

الف) پنی سیلین وریدی

ب) کلرامفنیکل وریدی

ج) وانکومايسين با دوز تعديل شده

د) آمپی سیلین وریدی

پاسخ: گزینه الف - پنی سیلین وریدی

یافته‌های زیر که نشانه‌ی عفونت باکتریال لپتوسپیروز است شامل: (۱) لکوسیتوز با شیفت به چپ (۲) افزایش مارکرهای التهابی (پروکلسی تونین، CRP، ESR)، ترومبوسیتوپنی و با خونریزی و نارسایی کلیه همراه است. کلیه‌ها همیشه درگیر است و یافته‌های تغییر سدیمان ادراری: (۱) لکوسیت، اریتروسیت و کست هیالین یا گرانولار (۲) پروتئین اوری خفیف در بیماری خفیف (۳) نارسایی کلیه و ازوتمی در موارد شدید (۴) نارسایی کلیه هایپوکالمیک غیرالیگوریک در مراحل اولیه‌ی لپتوسپیروز.

سطح بیلی روبین سرم ممکن است ↑ یابد. افزایش متوسط در آمینوترانسفرازها و آلکالن فسفاتازها ممکن است رخ دهد.

۶. کدام یک از موارد زیر، یافته

پاتوگنومونیک در بیماری سرخک

می‌باشد؟ (بورد ۱۴۰۱)

الف) Roth's Spot

ب) Koplik's Spot

ج) Rose Spot

د) Cherry Red Spot

پاسخ: گزینه ب

Koplik's spot پاتوگنومونیک سرخک است و از نقاط سفید - آبی با قطر حدود ۱ mm تشکیل شده است که با اریتم قرمزی احاطه می‌شود ابتدا در مخاط بوکال مقابل molar پایین ظاهر می‌شود ولی به سرعت تعداد آن زیاد می‌شود. با بروز راش محو می‌شود.

۷. آقای ۴۸ ساله شالیکار اهل آستانه

اشرفیه با شکایت تب، درد عضلانی و خونریزی از بینی مراجعه کرده است. در معاینه اسکلرا ایکتریک است و ضایعات پتشیال منتشر و اکیموزهای وسیع در سطح پوست بدن دارد. در آزمایشات:

PBS for Schistocytes=Negative

PT=22"

WBC=14800/ul

Hb=8.8 g/dl

Plt=74000/ul







۱۵ mg/kg در دو دوز منقسم شروع می‌کنیم و حداقل ۴ w ادامه می‌دهیم.

جراحی به عنوان درمان انتخابی برای مواردی که کیست اکینوкокوزیس کامپلیکه (مانند کیست در ارتباط با مجاری صفراوی) و برای کیست‌های توراسیک و اینتراکرنیال و مواردی که PAIR امکان‌پذیر نیست قابل انجام است.

۹. آقای ۲۴ ساله HIV مثبت، با شکایت تب، تنگی نفس شدید و سرفه بستری شده است.  $PaO_2=68$  mmHg می‌باشد. در آزمایشات لکوسیتوز خفیف،  $LDH=780$  U/L و  $CD4+ T cell count=100$   $\mu L$  در بررسی BAL ارگانیزم *P. Jirovecii* گزارش می‌شود. در سی تی اسکن ریه، نمای Patchy ground glass مشاهده می‌شود. با توجه به سابقه قبلی آنافیلاکسی به سولفونامیدها، کدام درمان مناسب است؟ (بورد ۱۴۰۱)

الف) کوتریموکسازول وریدی +

کلیندامایسین وریدی

ب) پنتامیدین وریدی + گلوکوکورتیکوئید

ج) داپسون + گلوکوکورتیکوئید

د) پنتامیدین وریدی + داپسون

پنی‌سیلین وریدی در موارد شدید باید شروع شود.

۸. در درمان کدام یک از انواع کیست هیداتید،

انجام روش PAIR (Percutaneous Aspiration

Infusion Reaspiration) توصیه می‌شود؟ (بورد

۱۴۰۱)

الف) اینتراکرنیال

ب) سطحی کبد

ج) کبدی دارای ارتباط با مجاری صفراوی

د) کبدی با دیواره مشخص و اکوی داخلی

#### پاسخ: گزینه د - فصل ۲۳۵

جراحی درمان قطعی اکینوкокوزیس کیستیک است. Stage بندی سونوگرافی در شکل ۲-۲۳۵ نمایان است. ضایعات کوچک CL و CE1 و CE3 به درمان کموتراپی با آلبندازول پاسخ می‌دهند. برای ضایعات CE1 و ضایعات CE3 غیرکمپلیکه، PAIR (percutaneous aspiration, infusion of scolicidal agents, and reaspiration) به جای جراحی کاربرد دارد. PAIR در موارد کیست‌های سطحی (به علت ریسک پاره شدن) و برای کیست‌هایی که ارتباط با مجاری صفراوی دارند کنتر اندیکه است. حداقل ۲ روز قبل از انجام PAIR برای جلوگیری از peritoneal echinococcosis، آلبندازول





## سوالات و پاسخنامه

### روماتولوژی

بر اساس مطالعات، تأثیر لاواژ و دبریدمان آرتروسکوپیک در بیماران با OA در کنترل درد و ناتوانی بیشتر از جراحی نبوده است.

از طرفی در اغلب بیماران با OA زنانو پارگی منیسک وجود دارد که مطالعات نشان داده است meniscectomies درد و عملکرد بیمار و یا علائم قفل شدن را در طولانی مدت کاهش نمی‌دهد.

از طرف دیگر برای بیماران با OA زنانو در قسمت مدیال جراحی realignment زنانو با کاهش فشار در قسمت مدیال درد را بهبود می‌بخشد. این جراحی شامل استئوتومی قسمت بالایی تیبیا می‌باشد که در آن tibia در محل زیر پلاتو شکسته می‌شود و برای انتقال فشار به کمپارتمان جانبی مجدد تنظیم می‌شود. هر جراحی

۱. آقای ۴۲ ساله با سابقه سقوط ۲ سال پیش به علت درد شدید قسمت مدیال زانوی راست مراجعه نموده است. به درمان‌های قبلی پاسخ قابل قبولی نداده است. در معاینه دفورمیتی و اروس و در رادیوگرافی کاهش فاصله مدیال مفصلی و اسکروز استخوان تیبیا در کمپارتمان مدیال و استئوفیت در بخش مدیال استخوان فمور مشاهده می‌شود. مناسب‌ترین درمان کدام است؟ (بورد ۱۴۰۱)

- الف) دبریدمان و لاواژ آرتروسکوپیک
- ب) منیسکتومی آرتروسکوپیک
- ج) آرتروپلاستی کل زانو
- د) استئوتومی بالای تیبیا

پاسخ: د





پاتلا لمس می‌شود. آزمایشات به شرح زیر است:

WBC=8500/mm<sup>3</sup>  
ESR=30 mm/1h  
ASO > 250 todd

آنالیز مایع مفصلی به شرح زیر است:

WBC=2500/mm<sup>3</sup> (PMN=60%,  
Lymph=40%)  
Crystal=Negative

کدام درمان مناسب است؟ (بورد ۱۴۰۱)

(الف) آنالژزیک و ناپروکسن

(ب) کلشی سین و سپس آلپورینول

(ج) پردنیزولون و متوترکسات

(د) سولفاسالازین و فولیک اسید

### پاسخ: الف

اختلالات موسکولواسکلتال در ارتباط با هایپرلیپیدمی: بیماران با هایپرکلسترولمی فامیلیال می‌توانند پلی آرتریت مهاجر با درگیری زانو و سایر مفاصل محیطی بزرگ و در درجات کمتر مفاصل محیطی کوچک بدهد.

آرتریت معمولاً با شروع حاد بروز می‌کند و نهایتاً از چند روز تا ۲ هفته طول می‌کشد. مایع سینوویال غیرالتهابی و حاوی تعداد کمی سلول بدون کریستال می‌باشد.

ماهیت گذرا و عود کننده آرتریت ممکن است نشان‌دهنده نفرس حاد یا تب روماتیسمی باشد. به ویژه به این دلیل که

قبل از تعویض زانو سال‌ها درد بیمار را ↓ می‌دهد.

در نهایت زمانی که بیمار شکست درمان‌های غیرجراحی داشته باشد و کیفیت زندگی را مختل می‌کند بیمار برای آرتروپلاستی زانو یا لگن ارجاع می‌شود. از بین رفتن درد تقریباً در همه بیماران با تعویض مفصل لگن و ۸۰٪ موارد تعویض مفصل زانو رخ می‌دهد. زمان عمل جراحی حائز اهمیت می‌باشد در بیمارانی که در فاصله‌ی زمانی کوتاه‌تری از شروع بیماری تحت عمل جراحی قرار می‌گیرند میزان بهبودی بیشتری خواهند داشت.

۲. خانم ۵۰ ساله مبتلا به هیپرکلسترولمی خانوادگی تحت درمان با آتوروستاتین، با شکایت درد و گرمی و قرمزی ناگهانی زانوی راست و متعاقباً مچ پای چپ و تورم تاندون آشیل از حدود ۱۰ روز قبل مراجعه می‌نماید. سابقه دو نوبت حملات پلی آرتریت مهاجر در سال قبل که ظرف ۲ هفته بهبودی داشته را ذکر می‌نماید. در معاینه ضخامت مختصر سینوویوم زانوی راست و ندول‌هایی در تاندون آشیل و تاندون‌های اکستانسور دست و آرنج و





هیدروکسی کلروکین و متوترکسات و پیلوکارپین مراجعه می‌کند. از احساس ضعف عضلات شاکمی می‌باشد. آزمایشات به عمل آمده اخیر به شرح زیر است:

ESR=30 mm/1h  
 Na=140 meq/L  
 K=3.8 meq/L  
 Cl=115 meq/L  
 WBC=9000/mm<sup>3</sup>  
 HB=12.5 g/dl  
 Urine PH=6.2  
 ABG:  
 PH=7.3  
 HCO<sub>3</sub>=15 meq/l  
 PCO<sub>2</sub>=30 mmHg

اولین قدم درمان کدام است؟ (بورد ۱۴۰۱)

الف) بی‌کربنات سدیم

ب) ریتوکسیمب

ج) پردنیزولون

د) سیکلوسپورین

پاسخ: الف

برای درمان کراتوکونژنکتیویت سیکا و گزروستومیا درمان‌های در دسترس شامل هیدروکسی پروپیل متیل سلولوز، الکل پلی وینیل، متیل سلولوز ۰/۵٪، hypotear می‌باشد. در صورت corneal ulceration بستن چشم‌ها و پماد بوریک اسید و همچنین قطره‌ی چشمی cyclosporine (سیکلوسپورین) توصیه می‌شود. باید از تجویز داروهایی که منجر به کاهش

بیماران با هایپرلیپوپروتئینمی ESR و ASO افزایش یافته دارند. التهاب تاندون آشیل و سایر مفاصل اغلب قبل از ظهور گزانتوما تظاهر می‌کند و ممکن است اولین نشانه‌ی بالینی هایپرلیپوپروتئینمی باشد. حملات تاندونیت ممکن است به دنبال درمان با یک داروی کاهنده چربی باشد. در طول زمان بیماران دچار گزانتوم در تاندون آشیل، پاتلار و تاندون‌های اکستانسور دست و پا می‌شوند. گزانتوم توبروس توده‌های نرم زیرجلدی روی سطح اکستانسور آرنج، زانو و دست و همچنین روی باتوک‌ها هستند. شروع آرتریت معمولاً بین سنین ۴۰-۶۵ سالگی است.

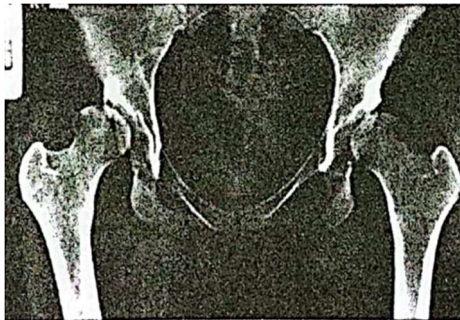
NSAIDs و مسکن‌ها معمولاً درد را بهبود می‌بخشند. بیماران با داروهای کاهنده‌ی چربی از نظر بالینی بهبود پیدا می‌کنند. با این حال بیماران تحت درمان با مهارکننده‌های HMG-COA ردوکتاز ممکن است دچار میالژی و میوپاتی و میوزیت یا حتی رابدومیولیز شوند.

۳. خانم ۵۵ ساله با شرح حال خشکی چشم و دهان و درد مفاصل و سابقه بزرگی غدد پاروتید تحت درمان با





دردناک و محدود می باشد. رادیولوژی  
بیمار به صورت زیر است:



کدام تشخیص مطرح است؟ (بورد ۱۴۰۱)

الف) Acetabular dysplasia

ب) Femoral acetabular impingement

ج) Legg-Perthes disease

د) Slipped capital femoral dysplasia

#### پاسخ: الف

سه ناهنجاری ناشایع مفصل هیپ در دوران کودکی منجر شونده به OA در اواخر زندگی شامل دیسپلازی مادرزادی، بیماری لگ پرتس و لغزش اپیفیز سر استخوان ران می باشد. دیسپلازی استابولوم عمدتاً در دختران و سایر ناهنجاری ها اغلب پسرها را درگیر می کند.

Femoroacetabular impingement که در نوجوانی رخ می دهد و یک برآمدگی در محل اتصال سر و گردن استخوان فمور در زمان بسته شدن صفحه ی رشد ایجاد می شود و منجر به تماس غیرطبیعی بین

ترشحات بزاق و چشم می شود مانند دیورتیک، داروهای آنتی هایپرتانسیو، آنتی کولینرژیک و آنتی دپرسانت خودداری شود.

پیلوکارپین خوراکی ۵ mg/TDS یا Cevimeline ۳ mg/TDS تظاهرات سیکا را بهبودی می بخشد.

هیدروکسی کلروکین (200 mg/daily) برای آرترالژی و آرتریت mild مناسب است. بیماران با RTA سدیم بی کربنات (0.5-2 mmol/kg) در چهار دوز به صورت خوراکی دریافت می کنند. در بیماران با تظاهرات systemic (مانند پورپورا و آرتریت) گلوکوکورتیکوئید و ریتوکسیماب سودمند می باشد. آنتی بادی های مونوکلونال جدید علیه مسیر تحریکی CD40L/CD40 یا رسپتور BAFF در بیماران با تظاهرات systemic کاربرد دارد.

با توجه به pH ادراری  $< 5/5$  و اسیدوز متابولیک با آنیون گپ نرمال، RTA دیستال مطرح می باشد.

۴. خانم ۲۹ ساله به علت درد و لنگش در مفصل هیپ چپ از ۶ ماه قبل مراجعه می نماید. درد با راه رفتن و بالا رفتن از پله تشدید می شود. سابقه بیماری خاصی ندارد و در معاینه حرکات چرخشی هیپ چپ در انتهای روتیشن





پرسیپیتانت در گردش یافته‌ی اساسی در واسکولیت کرایوگلوبولینی است.

فاکتور روماتوئید همیشه تقریباً وجود دارد. هایپوکمپلمانی در ۹۰٪ بیماران رخ می‌دهد. افزایش ESR و یا CRP و آنمی به طور شایع رخ می‌دهد. هپاتیت C در همه‌ی موارد باید بررسی شود (به وسیله‌ی آنتی‌بادی هپاتیت C و RNA هپاتیت C).

۶. خانم ۴۰ ساله به علت درد چشم و تاری دید با تشخیص یووئیت به کلینیک روماتولوژی ارجاع داده می‌شود. در شرح حال سرفه و تنگی نفس فعالیتی و سابقه اریتم ندوزوم و سنگ کلیه داشته است. در معاینه ضایعات ماکولوپاپولر روی تنه دارد و در chest x ray انفیلتراسیون در لوب‌های فوقانی هر دو ریه مشهود است. در TBLB از نظر قارچ، TB، بدخیمی و گرانولوم منفی بوده است.

کدام یک از تست‌های زیر از قابلیت تشخیصی (Strongly supportive) بیست شتری برخوردار است؟ (بورد ۱۴۰۱)

الف) تعیین سطح سرمی ACE

ب) اندازه‌گیری کلسیم ادرار ۲۴ ساعته

ج) انجام PET CT Scan

د) نسبت CD4/CD8 در BAL

فمور و استابولوم به ویژه در طول خم شدن و چرخش لگن می‌شود.

۵. آقای ۵۰ ساله با شکایت ضعف و خستگی، فنومن رینود، آرتریت مفاصل زانوها و مچ دست‌ها، ضایعات پورپوریک برجسته روی ساق هر دو پا و wrist drop از حدود یک ماه پیش مراجعه می‌کند. در آزمایشات آنمی، ESR بالا، LFT مختل، هماچوری و پروتئینوری حدود ۳ گرم دارد. همه موارد زیر در تشخیص کمک کننده است، به جز: (بورد ۱۴۰۱)

الف) Rheumatoid Factor

ب) C3, C4, CH50

ج) HCV آنتی‌بادی

د) Aniti-SCL-70

پاسخ: د

شایع‌ترین تظاهر واسکولیت کرایوگلوبولینی واسکولیت پوستی، آرتریت، نوروپاتی محیطی و گلومرولونفریت است. بیماری کلیوی در ۳۰-۱۰٪ موارد دیده می‌شود.

گلومرولونفریت پیشرونده تهدید کننده‌ی حیات یا واسکولیت CNS، دستگاه گوارش یا قلب به ندرت رخ می‌دهد. وجود رسوبات





## سؤالات و پاسخنامه

### نورولوژی و مسمومیت

ج) Non rheumatic AF

د) Recent MI

پاسخ: ج

علاوه بر اقدامات درمانی اولیه استروک ایسکمیک برای کاهش ریسک عود باید به دنبال علل ایجاد آن بگردیم. عللی از جمله AF و آترواسکلروز کاروتید باید مد نظر باشند. چرا که استراتژی پیشگیرانه ثانویه در این موارد قابل انجام است.

۱. آقای ۷۰ ساله به علت عدم درک صحبت اطرافیان مراجعه نموده است. در معاینه خودبه خود و کاملاً روان صحبت می‌کند ولی دستورات کلامی را اجرا نمی‌کند. در MRI انفارکت کوچک ناحیه خلفی فوقانی لوب تمپورال چپ دارد. کدام یک از علل زیر بیشتر مطرح است؟ (بورد ۱۴۰۱)

الف) Patent Foramen Oval

ب) Mitral Valve Prolapse





COMMON CAUSES	UNCOMMON CAUSES
Thrombosis	Hypercoagulable disorders
Lacunar stroke (small vessel)	Protein C deficiency <sup>a</sup>
Large-vessel thrombosis	Protein S deficiency <sup>a</sup>
Dehydration	Antithrombin III deficiency <sup>a</sup>
Embolic occlusion	Antiphospholipid syndrome
Artery-to-artery	Factor V Leiden mutation <sup>a</sup>
Carotid bifurcation	Prothrombin G20210 mutation <sup>a</sup>
Aortic arch	Systemic malignancy
Arterial dissection	Sickle cell anemia
Cardioembolic	$\beta$ Thalassemia
Atrial fibrillation	Polycythemia vera
Mural thrombus	Systemic lupus erythematosus
Myocardial infarction	Homocysteinemia
Dilated cardiomyopathy	Thrombotic thrombocytopenic purpura
Valvular lesions	Disseminated intravascular coagulation
Mitral stenosis	Dysproteinemias <sup>a</sup>
Mechanical valve	Nephrotic syndrome <sup>a</sup>
Bacterial endocarditis	Inflammatory bowel disease <sup>a</sup>
Paradoxical embolus	Oral contraceptives
Atrial septal defect	COVID-19 infection
Patent foramen ovale	Venous sinus thrombosis <sup>b</sup>
Atrial septal aneurysm	Fibromuscular dysplasia
Spontaneous echo contrast	Vasculitis
Stimulant drugs: cocaine, amphetamine	Systemic vasculitis (PAN, granulomatosis with polyangiitis [Wegener's], Takayasu's, giant cell arteritis)
	Primary CNS vasculitis
	Meningitis (syphilis, tuberculosis, fungal, bacterial, zoster)
	Noninflammatory vasculopathy
	Reversible vasoconstriction syndrome
	Fabry's disease
	Angiocentric lymphoma
	Cardiogenic
	Mitral valve calcification
	Atrial myxoma
	Intracardiac tumor
	Marantic endocarditis
	Libman-Sacks endocarditis
	Subarachnoid hemorrhage vasospasm
	Moyamoya disease
	Eclampsia







دو طرف میدریاز و بدون پاسخ به نور است. پوست بیمار خشک و داغ است. احتباس ادرار دارد. کدام یک از مسمومیت‌های زیر بیشتر مطرح است؟  
(بورد ۱۴۰۱)

الف) Anticholinergic Drugs

ب) Sympathetic Drugs

ج) Hallucinogens

د) Opioids

پاسخ: الف

۲۰ درصد علل استروک ایسکمیک مسائل کاردیوآمبولیسم می‌باشد که شایع‌ترین علت آن AF غیردریچه‌ای یا nonrheumatic می‌باشد. در کل شایع‌ترین علت cerebral embolism (آمبولیسم مغزی)، AF غیرروماتیسمی می‌باشد.

۲. خانم ۲۴ ساله را با بی‌قراری و لرزش شدید به اورژانس آورده‌اند. تب‌دار است. فشار خون بالا، تاکی کاردی و افزایش تعداد تنفس دارد. مردمک‌های





TABLE 459-4 Pathophysiologic Features and Treatment of Specific Toxic Syndromes and Poisonings

PHYSIOLOGIC CONDITION, CAUSES	EXAMPLES	MECHANISM OF ACTION	CLINICAL FEATURES	SPECIFIC TREATMENTS
<b>Stimulated</b>				
<b>Sympathomimetics<sup>a</sup></b>				
Sympathomimetics	$\alpha_1$ -Adrenergic agonists (decongestants): phenylephrine, phenylpropranolamine $\beta_2$ -Adrenergic agonists (bronchodilators): albuterol, terbutaline Nonspecific adrenergic agonists: amphetamines, cocaine, ephedrine	Stimulation of central and peripheral sympathetic receptors directly or indirectly (by promoting release or inhibiting reuptake of norepinephrine and sometimes dopamine)	Physiologic stimulation (Table 459-2). Reflex bradycardia can occur with selective $\alpha_1$ agonists; $\beta$ agonists can cause hypotension and hypokalemia.	Phentolamine, a nonselective $\alpha_1$ -adrenergic receptor antagonist, for severe hypertension due to $\alpha_1$ -adrenergic agonists; propranolol, a nonselective $\beta$ blocker, for hypotension and tachycardia due to $\beta_2$ agonists; either labetalol, a $\beta$ blocker with $\alpha$ -blocking activity, or phentolamine with esmolol, metoprolol, or another cardioselective $\beta$ blocker for hypertension with tachycardia due to nonselective agents ( $\beta$ blockers, if used alone, can exacerbate hypertension and vasospasm due to unopposed $\alpha$ stimulation.); benzodiazepines; propofol
Ergot alkaloids	Ergotamine, methysergide, bromocriptine, pergolide	Stimulation and inhibition of serotonergic and $\alpha$ -adrenergic receptors; stimulation of dopamine receptors	Physiologic stimulation (Table 459-2); formication; vasospasm with limb (isolated or generalized), myocardial, and cerebral ischemia progressing to gangrene or infarction. Hypotension, bradycardia, and involuntary movements can also occur.	Nitroprusside or nitroglycerine for severe vasospasm; prazosin (an $\alpha_1$ blocker), captopril, nifedipine, and cyproheptadine (a serotonin receptor antagonist) for mild-to-moderate limb ischemia; dopamine receptor antagonists (antipsychotics) for hallucinations and movement disorders
Methylxanthines	Caffeine, theophylline	Inhibition of adenosine synthesis and adenosine receptor antagonism; stimulation of epinephrine and norepinephrine release; inhibition of phosphodiesterase resulting in increased intracellular cyclic adenosine and guanosine monophosphate	Physiologic stimulation (Table 459-2); pronounced gastrointestinal symptoms and $\beta$ agonist effects (see above). Toxicity occurs at lower drug levels in chronic poisoning than in acute poisoning.	Propranolol, a nonselective $\beta$ blocker, or esmolol for tachycardia with hypotension; any $\beta$ blocker for supraventricular or ventricular tachycardia without hypotension; elimination enhanced by multiple-dose charcoal, hemoperfusion, and hemodialysis. Indications for hemoperfusion or hemodialysis include unstable vital signs, seizures, and a theophylline level of 80–100 $\mu\text{g}/\text{mL}$ after an acute overdose and 40–60 $\mu\text{g}/\text{mL}$ with chronic exposure.
Monoamine oxidase inhibitors	Phenelzine, tranylcypromine, selegiline	Inhibition of monoamine oxidase resulting in impaired metabolism of endogenous catecholamines and exogenous sympathomimetic agents	Delayed or slowly progressive physiologic stimulation (Table 459-2); terminal hypotension and bradycardia in severe cases	Short-acting agents (e.g., nitroprusside, esmolol) for severe hypertension and tachycardia; direct-acting sympathomimetics (e.g., norepinephrine, epinephrine) for hypotension and bradycardia
<b>Anticholinergics</b>				
Antihistamines	Diphenhydramine, doxylamine, pyrilamine	Inhibition of central and postganglionic parasymphathetic muscarinic cholinergic receptors. At high doses, amantadine, diphenhydramine, orphenadrine, phenothiazines, and tricyclic antidepressants have additional nonanticholinergic activity (see below).	Physiologic stimulation (Table 459-2); dry skin and mucous membranes, decreased bowel sounds, flushing, and urinary retention; myoclonus and picking activity. Central effects may occur without significant autonomic dysfunction.	Physostigmine, an acetylcholinesterase inhibitor (see below), for delirium, hallucinations, and neuromuscular hyperactivity. Contraindications include asthma and non-anticholinergic cardiovascular toxicity (e.g., cardiac conduction abnormalities, hypotension, and ventricular arrhythmias).
Antipsychotics	Chlorpromazine, olanzapine, quetiapine, thioridazine	Inhibition of $\alpha$ -adrenergic, dopaminergic, histaminergic, muscarinic, and serotonergic receptors. Some agents also inhibit sodium, potassium, and calcium channels.	Physiologic depression (Table 459-2), miosis, anticholinergic effects (see above), extrapyramidal reactions (see below), tachycardia	Sodium bicarbonate for ventricular tachydysrhythmias associated with QRS prolongation; magnesium, isoproterenol, and overdrive pacing for torsades des pointes. Avoid class IA, IC, and III antiarrhythmics.
Belladonna alkaloids	Atropine, hyoscyamine, scopolamine	Inhibition of central and postganglionic parasymphathetic muscarinic cholinergic receptors	Physiologic stimulation (Table 459-2); dry skin and mucous membranes, decreased bowel sounds, flushing, and urinary retention; myoclonus and picking activity. Central effects may occur without significant autonomic dysfunction.	Physostigmine, an acetylcholinesterase inhibitor (see below), for delirium, hallucinations, and neuromuscular hyperactivity. Contraindications include asthma and non-anticholinergic cardiovascular toxicity (e.g., cardiac conduction abnormalities, hypotension, and ventricular arrhythmias).





TABLE 459-4 Pathophysiologic Features and Treatment of Specific Toxic Syndromes and Poisonings (Continued)

PHYSIOLOGIC CONDITION, CAUSES	EXAMPLES	MECHANISM OF ACTION	CLINICAL FEATURES	SPECIFIC TREATMENTS
Cyclic antidepressants	Amitriptyline, doxepin, imipramine	Inhibition of $\alpha$ -adrenergic, dopaminergic, GABA-ergic, histaminergic, muscarinic, and serotonergic receptors; inhibition of sodium channels (see membrane-active agents); inhibition of norepinephrine and serotonin reuptake	Physiologic depression (Table 459-2), seizures, tachycardia, cardiac conduction delays (increased PR, QRS, JT, and QT intervals; terminal QRS right-axis deviation) with aberrancy and ventricular tachydysrhythmias; anticholinergic toxidrome (see above)	Hypertonic sodium bicarbonate (or hypertonic saline) for ventricular tachydysrhythmias associated with QRS prolongation. Use of phenytoin is controversial. Avoid class IA, IC, and III antiarrhythmics. IV emulsion therapy may be beneficial in some cases.
Mushrooms and plants	<i>Amanita muscaria</i> and <i>A. pantherina</i> , henbane, jimson weed, nightshade	Inhibition of central and postganglionic parasympathetic muscarinic cholinergic receptors	Physiologic stimulation (Table 459-2); dry skin and mucous membranes, decreased bowel sounds, flushing, and urinary retention; myoclonus and picking activity. Central effects may occur without significant autonomic dysfunction.	Physostigmine, an acetylcholinesterase inhibitor (see below), for delirium, hallucinations, and neuromuscular hyperactivity. Contraindications include asthma and nonanticholinergic cardiovascular toxicity (e.g., cardiac conduction abnormalities, hypotension, and ventricular arrhythmias).

**Depressed**  
Sumnatholitic

کنترل تشنج قابل استفاده است، به

جز: (بورد ۱۴۰۱)

Magnesium sulfate (الف)

Diazepam (ب)

Phenytoin (ج)

Levetiracetam (د)

پاسخ: گزینه الف

۳. خانم ۳۵ ساله با سابقه میاستنی گراو

به دلیل ادم، پروتئینوری،

هیپرتانسیون، سردرد و تاری دید در

هفته ۳۰ حاملگی بستری شده است.

در بدو ورود دچار تشنج می شود.

اولیگوریک نیست و کراتینین سرم

۱/۳ میلی گرم در دسی لیتر گزارش

شده است. تمام داروهای زیر برای

