

بازمانده

هر جا که هنر طبابت مورد علاقه باشد،
در آنجا علاقه به انسانیت نیز وجود دارد.
(بقراط)



سرشناسه	نورانی یزدی، سیدسعید، ۱۳۶۷-
عنوان و نام پدیدآور	مجموعه سوالات داخلی گروه B سال‌های ۱۳۹۸-۱۳۹۹: سوالات ویژه آزمون آمادگی ارتقاء و بورد ۱۴۰۲/ پاسخدهی به سوالات: دکتر سید سعید نورانی یزدی، دکتر سمیه گل محمدی
مشخصات نشر	تهران: کاردیا، ۱۴۰۲.
مشخصات ظاهری	۴۲۲ ص.
شابک	۹۷۸-۶۲۲-۵۶۰۳-۰۷-۳ ریال: ۴,۷۵۰,۰۰۰
وضعیت فهرست نویسی	فیبا
یادداشت	سوالات کتاب حاضر برگرفته از کتاب "Harrison's principles of internal medicine, 20th. ed, 2022" به ویراستاری لاری جیمسن ... [او دیگران] است.
عنوان دیگر	سوالات ویژه آزمون آمادگی ارتقاء و بورد ۱۴۰۲.
موضوع	پزشکی داخلی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها
موضوع	Internal medicine -- Examinations, questions, etc.
موضوع	پزشکی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها
موضوع	Medicine -- Examinations, questions, etc.
شناسه افزوده	جیمسن، ج. لاری
شناسه افزوده	Jameson, J. Larry
شناسه افزوده	هریسون، تنسلی راندولف، ۱۹۰۰ - ۱۹۷۸م. اصول طب داخلی هریسون
رده بندی کنگره	RC۵۸
رده بندی دیویی	۰۰۷۶/۶۱۶
شماره کتابشناسی ملی	۷۶۶۰۲۵۲
اطلاعات رکورد کتابشناسی	فیبا

مجموعه سوالات داخلی گروه B سال‌های ۱۳۹۸-۱۳۹۹: برگرفته از کتاب "Harrisons-Principles-of-Internal-Medicine-20E-2022" است.	چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت یار
پاسخدهی به سوالات: دکتر سید سعید نورانی یزدی، دکتر سمیه گل محمدی	نوبت چاپ: اول ۱۴۰۲
ناشر: انتشارات کاردیا	شابک: 978-622-5603-07-3
صفحه آرا: رزیدنت یار - منیره امیری مقدم	تیراژ: ۱۵۰ جلد
طراح و گرافیکست: رزیدنت یار - مهرداد فیضی	تومان ۴۷۵.۰۰۰

آدرس: تهران میدان انقلاب - کارگرجنوبی - 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 داخلی گروه B

سال‌های ۱۳۹۸ – ۱۳۹۹

سوالات ویژه آمادگی آزمون ارتقاء و بورده ۱۴۰۲

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

پاسخدهی به سوالات

دکتر سید سعید نورانی یزدی

دستیار فوق تخصصی هماتولوژی و انکولوژی

دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر سمیه گل محمدی

رتبه برتر آزمون بورده تخصصی ۱۴۰۱

دانشگاه علوم پزشکی ایران

سخن ناشر:

سپاس و ستایش شایسته پروردگاری که کرامتش نامحدود و رحمتش بی‌پایان است. اوست که بشر را دانش بیاموخت و با قلم آشنا کرد. به انسان رخصت آن داد که علم را به خدمت گیرد و با قلم خود و رسم خطوط گویا آن را به دیگران نیز بیاموزد.

خدایا از شاگردان درگاهت و حقیقت‌جویان راهت قرارم ده و یاری‌ام کن تا در آموختن نلغزم و آنچه را آموختم، به شایستگی عرضه کنم.

رزیدنت‌یار، حامی و پیشرو در نظام کمک آموزشی پزشکی کشور به سبک نوین و مطابق با آخرین پیشرفت‌های آموزشی در حیطه پزشکی با کادری مجرب و آشنا طی ۱۳ سال گذشته از منظر متخصصین همواره بهترین محصولات را ارائه و در دسترس مخاطبین خود قرار داده است.

اثر پیش رو با توجه به محتوی بسیار غنی در مبحث داخلی گردآوری شده و با استفاده از مفهومی نمودن مباحث و روان‌سازی توسط مؤلف محترم از منابع و رفرنس بوده و در روال گذر از گروه کنترل کیفیت رزیدنت‌یار با جمعی از اساتید رتبه A را به خود اختصاص داده است، امید است با مطالعه تمام مباحث پیش رو با یاری خداوند متعال پیروز و پایدار باشید.

مدیرمسئول انتشارات

با ما در تماس باشید:

۰۲۱ - ۸۸ ۹۴۵ ۲۱۶

۰۲۱ - ۸۸ ۹۴۵ ۲۰۸

آدرس الکترونیک مؤسسه رزیدنت یار:

www.residenttyar.com

info@residenttyar.com

در تلگرام با ما همراه باشید:

<https://t.me/residenttyar>

برنام خدا

مقدمه مولف

کتاب پیش رو مجموعه سوالات خورد و ارتقا می‌باشد. بر آن شدیم که در این کتاب سوالات ارتقای ۹۸ هر ۱۰ قطب، سوالات خورد ۹۸ و سوالات خورد ۹۹ را گرد آوری کنیم. همچنین در پاسخ‌گذاری تشریحی برای هر یک از سوالات تا جای ممکن، مفصل و کامل توضیح داده شده و بر اساس کتاب هاریسون ۲۰۱۸ تفکیک مبحث انجام گرفته است تا بتوان برای رزیدنت‌های عزیز تقسیم‌بندی مناسبی را فراهم کرد تا بتوانند در خواندن پاسخ‌ها و مباحث‌شان به راحتی پیش بروند و همینطور در پایان کتاب فهرست جداول و شکل‌هایی که برای پاسخ‌گویی به سوالات نیاز بود به ترتیب آورده شده است که می‌تواند در فهم هرچه بهتر پاسخ‌ها برای رزیدنت‌های گرامی کمک‌کننده باشد. بدیهی است برای موفقیت در آزمون‌ها، علاوه بر مطالعه رفرنس‌ها، مرور سوالات سال‌های پیش بسیار کمک‌کننده است. از آنجا که هیچ مجموعه‌ای خالی از اشکال نیست، پذیرای پیشنهادات و اشکالات احتمالی هستیم.

به امید موفقیت رزیدنت‌های عزیز در تمامی امتحانات پیش رو.

در پایان از همسر عزیزم خانم دکتر سارا صادقی پور که حامی همیشگی من بوده است سپاسگزارم.

دکتر سید سعید نورانی یزدی

بورد تخصصی داخلی

دستیار فوق تخصصی هماتولوژی و انکولوژی دانشگاه علوم پزشکی تهران

فهرست

- سؤالات و پاسخنامه بیماری‌های گوارش و کبد ۹
- سؤالات و پاسخنامه غدد ۱۱۷
- سؤالات و پاسخنامه هماتولوژی و انکولوژی ۲۳۳
- سؤالات و پاسخنامه نفرولوژی ۳۲۵



سؤالات و پاسخنامه

بیماری‌های گوارش و کبد

۱. خانم ۲۶ ساله در ۳ ماهه سوم حاملگی با درد حاد شکمی و تهوع به بخش اورژانس آورده شده است.

در معاینه تندرnis ژنرالیزه شکمی همراه با کبودی دور ناف دارد. آزمایشات به شرح زیر است:

PR=126/min, RR=22/min, BP=85/60 mmHg

TG=8900 mg/dl, Amylase=180 U/L, Lipase=660 U/L

در گرافی قفسه سینه پلورال افیوژن سمت چپ دارد. بیمار به آی سی یو منتقل می‌گردد. علاوه

بر درمان‌های حمایتی و مایع درمانی شدید، کدام اقدام اولویت درمانی نمی‌باشد؟ (بورد ۹۹)

الف) تزریق انسولین

ب) تجویز هپارین

ج) پلاسمافرزیس

د) تجویز آنتی‌بیوتیک

پاسخ: د

$TG > 1000$ mg/d با پانکراتیت حاد مرتبط است. درمان اولیه باید بر درمان هیپرگلیسمی با انسولین داخل

وریدی متمرکز شود که اغلب هیپرتری گلیسیریدمی را اصلاح می‌کند. درمان‌های کمکی شامل هپارین

یا پلاسمافرزیس است اما شواهد قانع‌کننده‌ای وجود ندارد که این اقدامات نتایج بالینی را بهبود بخشد.

درمان‌های سرپایی شامل کنترل دیابت در صورت وجود، تجویز داروهای کاهنده چربی، کاهش وزن و

اجتناب از داروهایی است که سطح لیپید را بالا می‌برد.





۲. خانمی ۴۰ ساله با شکایت یبوست از ۳ سال قبل مراجعه نموده است. ذکر می‌کند که دفعات اجابت مزاج هر بیست روز یک بار می‌باشد. کولونوسکوپی طبیعی است. در بررسی زمان ترانزیت کولون از بیست مارکر رادیوپاک خورده شده ۱۵ مارکر در کولون عرضی و صعودی باقی مانده است. مانومتري آنورکتال طبیعی است. در این مدت بیمار به داروهای مختلف ملین جواب مناسب نداده است. کدام اقدام توصیه می‌شود؟ (بورد ۹۹)

- الف) کولکتومی ساب‌توتال
 ب) افزایش فیبر رژیم غذایی و ورزش
 ج) تجویز آگونیست 5HT₄
 د) تزریق توکسین بوتولینوم در کف لگن

پاسخ: الف

به الگوریتم ۵-۴۶ توجه شود. Colon transit time را می‌توان با بلع مارکرهای رادیوپاک و انجام گرافی ساده شکم ۵ روز بعد انجام داد. گرافی باید نشان دهنده خروج ۸۰ درصد از مارکرها از روده بزرگ بدون استفاده از ملین‌ها یا انما باشد. پس در این بیمار زمان ترانزیت مختل است. یبوست با ترانزیت آهسته نیاز به درمان تهاجمی مدیکال یا جراحی دارد. با توجه به slow transit بودن بیمار و عدم وجود اختلال کف لگن و نیز با توجه به اینکه به همه ی داروها مقاوم بوده است اقدام بعدی جراحی است. اگر یک دوره ی ۳ تا ۶ ماهه از درمان‌های مدیکال یبوست بدون انسداد، با شکست مواجه شد، بیمار باید برای کولکتومی لاپاراسکوپی همراه با ایلئورکتوستومی در نظر گرفته شود. با این حال، این کار نباید برای درد یا در صورت وجود شواهد اختلال دفعی یا اختلال حرکتی جنرالیزه GI انجام شود.



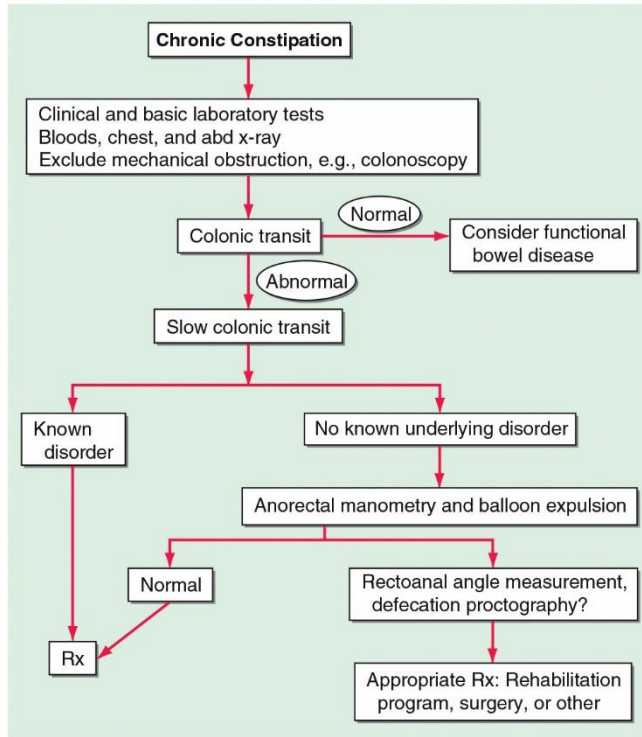


FIGURE 46-5 Algorithm for the management of constipation. abd, abdominal; Rx, treatment.

۳. آقای ۵۲ ساله‌ای در تست‌های غربالگری متوجه OB مثبت می‌شود. بیمار علامت قابل توجهی در دستگاه گوارش نداشته و کلیه آزمایشات بیمار طبیعی می‌باشد. کولونوسکوپی بیمار تنها نشان‌دهنده هموروئید داخلی گرید دو بوده و سایر قسمت‌های کولون و ترمینال ایلئوم نرمال گزارش می‌شود. کدام اقدام در این بیمار صحیح است؟ (بورد ۹۹)

- الف) انجام اندوسکوپی
 ب) تکرار آزمایش مدفوع یک ماه بعد
 ج) ادامه برنامه غربالگری سالیانه
 د) جراحی هموروئید

پاسخ: ج

آزمایش خون مخفی مدفوع فقط برای غربالگری سرطان کولورکتال توصیه می‌شود که از سن ۴۵ تا ۵۰ سالگی در بزرگسالان با خطر متوسط شروع می‌شود. مثبت بودن تست نیاز به کولونوسکوپی دارد.





اگر ارزیابی کولون منفی باشد، انجام کار بیشتر توصیه نمی‌شود مگر اینکه کم خونی فقر آهن یا علائم گوارشی وجود داشته باشد.

۴. خانم ۳۱ ساله به علت تومور سکوم تحت پیگیری و درمان است. خواهر و پدرش بین ۳۵ تا ۴۰ سالگی تومور کولون داشته‌اند. آنالیز مولکولی DNA برای Microsatellite Instability مثبت است. توصیه مناسب به خواهر ۲۷ ساله او که اکنون مجرد می‌باشد، کدام است؟ (بورد ۹۹)

الف) سونوگرافی سالانه لگن و کولونوسکوپی

ب) آندوسکوپی و کنترل سالانه تومور مارکرها

ج) ام آر آی لگن و سی تی اسکن ریه سالانه

د) سی تی اسکن شکم و ماموگرافی سالانه

پاسخ: الف

سندروم لینچ یا HNPCC دارای توارث اتوزوم غالب است. و طبق تعریف مشخصه‌ی آن کنسر کولورکتالی است که حداقل در ۳ نفر از اعضای یک خانواده وجود داشته باشد که حداقل ۱ نفر آنها فامیل درجه یک ۲ نفر دیگر باشد، یکی از موارد زیر ۵۰ سال باشد و کنسر حداقل دو نسل خانواده را درگیر کرده باشد. در این سندروم تمایل به درگیری پروگزیمال روده بیشتر است. در این سندروم کنسرهای دیگری هم شیوع دارند مثل کنسر اندومتر، تخمدان، معده، روده باریک، سیستم ادراری و پوست. توصیه شده است که اعضای چنین خانواده‌هایی کولونوسکوپی سالانه یا دوسالانه از سن ۲۵ سالگی با سونوگرافی متناوب لگن و بیوپسی آندومتر برای زنان مبتلا انجام دهند. بررسی از نظر MSI (Microsatellite Instability) در تشخیص این سندروم کمک می‌کند.

۵. در بیمار مبتلا به بیماری ایسکمیک قلب تحت درمان روزانه با ۸۰ میلی‌گرم ASA و کاندید برداشتن پولیپ معده تصمیم مناسب کدام است؟ (بورد ۹۹)

الف) ادامه درمان با ASA ب) در روز مراجعه ASA را مصرف نکند.

ج) عدم مصرف ASA از پنج روز قبل د) عدم مصرف ASA از یک هفته قبل

پاسخ: الف

به جدول بسیار مهم ۲-۳۲۲ توجه شود.





TABLE 322-2 Management of Antithrombotic Drugs Prior to Endoscopic Procedures

DRUG	BLEEDING RISK OF PROCEDURE	MANAGEMENT	INTERVAL BETWEEN LAST DOSE AND PROCEDURE	COMMENTS
Warfarin	Low ^a High ^b	Continue Discontinue	N/A 3–7 days (usually 5), INR should be ≤ 1.5 for procedure	Ensure that INR is not supratherapeutic Consider bridging therapy with heparin ^c ; usually safe to resume warfarin on the same or next day For life-threatening GI hemorrhage, consider reversal with unactivated prothrombin complex concentrate
Dabigatran, rivaroxaban, apixaban, edoxaban	Low ^a	Continue or hold morning dose on day of procedure	N/A	
Dabigatran	High ^b	Discontinue	2–3 days if GFR is ≥ 50 mL/min, 3–4 days if GFR is 30–49 mL/min	Bridging therapy not recommended; resume drug when bleeding risk is low For life-threatening GI hemorrhage, consider use of a reversal agent
Rivaroxaban, apixaban, edoxaban	High ^b	Discontinue	2 days if GFR is ≥ 60 mL/min, 3 days if GFR is 30–59 mL/min, 4 days if GFR is < 30 mL/min	Bridging therapy not recommended; resume drug when bleeding risk is low For life-threatening GI hemorrhage, consider use of a reversal agent
Heparin	Low ^a High ^b	Continue Discontinue	N/A 4–6 h for unfractionated heparin	Skip one dose if using low-molecular-weight heparin
Aspirin	Any	Continue	N/A	Low-dose aspirin does not substantially increase the risk of endoscopic procedures
Aspirin with dipyridamole	Low ^a High ^b	Continue Discontinue	N/A 2–7 days	Consider continuing aspirin monotherapy
P2Y ₁₂ receptor antagonists (clopidogrel, prasugrel, ticlopidine, ticagrelor, cangrelor)	Low ^a High ^b	Continue Coronary stent in place: discuss with cardiologist No coronary stent: discontinue, consider substituting aspirin	N/A 5 days (clopidogrel or ticagrelor), 7 days (prasugrel), 10–14 days (ticlopidine)	Risk of stent thrombosis for at least 12 months after insertion of drug-eluting coronary stent or 1 month after insertion of bare metal coronary stent

aLow-risk endoscopic procedures include esophagogastroduodenoscopy (EGD) or colonoscopy with or without biopsy, endoscopic ultrasound (EUS) without fine-needle aspiration (FNA), and endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) with stent exchange. bHigh-risk endoscopic procedures include EGD or colonoscopy with dilation, polypectomy, or thermal ablation; percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG); EUS with FNA; and ERCP with sphincterotomy or pseudocyst drainage. cBridging therapy with low-molecular-weight heparin should be considered for patients discontinuing warfarin who are at high risk for thromboembolism, including those with (1) atrial fibrillation with a CHA₂DS₂-VASc score ≥ 3 , mechanical valve(s), or history of stroke or transient ischemic attack; (2) mechanical mitral valve; (3) mechanical aortic valve with other thromboembolic risk factors or older-generation mechanical aortic valve; or (4) venous thromboembolism within the past 3 months. Abbreviations: GFR, glomerular filtration rate; INR, international normalized ratio; N/A, not applicable. Source: Adapted from RD Acosta et al: *Gastrointest Endosc* 83:3, 2016; and AM Veitch et al: *Gut* 65:374, 2016.

۶. آقای چاقی با سابقه طولانی مدت رفلاکس، به علت عدم کنترل علائم با PPI مراجعه کرده است.

بیمار از سوزش رترواسترنال شاکی است. کاهش وزن و دیسفاژی ندارد. در آندوسکوپی **Tongue**

like of salmon color mucosa در محل EGJ دیده می‌شود. در بیوپسی از محل EGJ، مری بارت با

High grade dysplasia گزارش شده است. کدام اقدام در درمان این بیمار نادرست است؟ (پورد ۹۹)

Endoscopic submucosal dissection (ب)

Endoscopic mucosal resection (الف)

Fundoplication (د)

Total esophagectomy (ج)





پاسخ: د

آندوسکوپی دوره ای همراه با بیوپسی برای بیماران با مری بارت توصیه می شود. در موارد دیس پلازی high grade یا کنسر داخل مخاطی درمان آندوسکوپیک (EMR یا ESD) یا ablation انجام می شود. در موارد دیس پلازی low grade میتوان پیگیری دوره ای انجام داد یا درمان آندوسکوپیک. در گذشته از فائز کتومی استاندارد طلائی درمان دیس پلازی high grade در مری بوده است. در حال حاضر درمان آندوسکوپیک توصیه می شود.

۷. بیمار خانم ۳۸ ساله با شرح حال یک ماهه از تهوع و درد مبهم ناحیه اپی گاستر که با مصرف غذا تشدید می شود مراجعه ولی در شرح حال، کاهش وزن، استفراغ، دیسفاژی و خونریزی گوارشی را ندارد. وی گاهاً از داروی OCP و ایبوپروفن استفاده می کند. در معاینه تندر نس خفیف در لمس عمقی اپی گاستر دارد و در آزمایشات همراه $Hb=13.5 \text{ g/dl}$ می باشد. به بیمار پیشنهاد قطع ایبوپروفن و مصرف پانتوپرازول ۴۰ میلی گرم روزانه داده شد. وی پس از یک ماه مجدد مراجعه و از علائم قبلی شکایت داشت. مناسب ترین اقدام بعدی کدام است؟ (بورد ۹۹)

(الف) انجام آندوسکوپی و بیوپسی برای تشخیص هلیکوباکتر پیلوری و درمان در صورت مثبت بودن

(ب) تست سرولوژی هلیکوباکتر پیلوری و درمان در صورت مثبت بودن

(ج) تست آنتی ژن مدفوعی و درمان در صورت مثبت بودن

(د) درمان تجربی هلیکوباکتر پیلوری

پاسخ: ج

در موارد سن بالای ۶۰ سال با دیس پپسی بدون توجیه و وجود علائم خطر توصیه به انجام آندوسکوپی می گردد. در سن زیر ۶۰ سال و بدون علائم خطر در صورتی که شیوع *H.pylori* در منطقه زیر ۱۰٪ باشد درمان ۴ هفته ای با داروهای سرکوب کننده اسید مثل PPI توصیه می شود در صورت شکست این درمان تست *H.pylori* (آنتی ژن مدفوع یا UBT) و درمان آن انجام می شود. برای بیماران در مناطقی با شیوع *H.pylori* بالای ۱۰٪ یک رویکرد اولیه "آزمایش و درمان" توصیه می شود، و درمان تجربی PPI به کسانی که از نظر عفونت منفی هستند یا به درمان هلیکوباکتر پیلوری پاسخ نمی دهند اختصاص دارد.





بیمارانی که برای هلیکوباکتر پیلوری تحت درمان قرار می‌گیرند، باید ۴ تا ۶ هفته پس از اتمام درمان، با آزمایش UBT یا آزمایش آنتی ژن مدفوع تأیید ریشه‌کنی شوند. افراد زیر ۶۰ سال فقط در صورتی نیاز به انجام آندوسکوپی فوقانی دارند که علائم آنها به این درمان‌ها پاسخ ندهد.

۸. خانم ۳۸ ساله با سابقه عمل جراحی بیلیروت ۲ برای PUD عارضه‌دار شده دو سال قبل، اکنون به دلیل bloating و اسهال از شش ماه قبل مراجعه نموده است. وی از ۵ تا ۷ نوبت اجابت مزاج روزانه و شبانه همراه با مدفوع چرب شاکلی است. حدود ۶ کیلوگرم کاهش وزن در این مدت داشته است. شواهدی از دفع خون از طریق گوارشی را ذکر نمی‌کند. همچنین وی تغییر الگوی تغذیه‌ای و مصرف داروها را نیز متذکر نیست. کولونوسکوپی نرمال بوده است. آزمایشات وی بدین شرح است:

Hemoglobin	10.5 g/dl
MCV	106 fL
Ca, P, Na, K	Normal
Folate	78 ng/mL (normal: more than 4 ng/ml)
Glucose	89 mg/dl
Thyroid-stimulating hormone	0.7 mIU/l
Vitamin B ₁₂	118 pg/mL (normal: more than 300 pmol/L)
Tissue transglutaminase antibody	8 u/ml

تشخیص محتمل‌تر کدام است؟ (بورد ۹۹)

Lactose malabsorption (ب)

Celiac disease (الف)

Intestinal bacterial overgrowth (د)

Microscopic colitis (ج)

پاسخ: د

دو نوع سندروم لوپ آوران می‌تواند در بیمارانی که تحت رزکسیون نسبی معده قرار گرفته اند رخ دهد. شایع‌ترین آن bacterial overgrowth در بازوی آوران ثانویه به استاز است. بیماران با درد شکم بعد از غذا، نفخ، اسهال سوء‌جذب چربی و ویتامین B12 تظاهر می‌ابند. موارد مقاوم به آنتی بیوتیک ممکن است نیاز به بازنگری جراحی در حلقه داشته باشند.

۹. آقای ۲۹ ساله‌ای مورد شناخته شده کولیت اولسروز از ۹ سال قبل که تحت درمان منظم بوده و اکنون به دلیل شغلی تغییر محل سکونت داشته و جهت تشکیل پرونده به شما مراجعه نموده است. در مدارک همراه بیمار، کولونوسکوپی اولیه بیانگر مخاط شکننده و گرانولر از رکتوم تا نواحی میانی





کولون صعودی بوده و بیوپسی منطبق با کولیت اولسراتیو بوده است. بیمار از حدود چهار سال قبل دفع خون نداشته و روزانه یک تا دو اجابت مزاج با قوام طبیعی داشته است. در کولونوسکوپی دو سال قبل مخاط سرتاسر کولون نرمال گزارش شده است. وی تحت درمان با سولفاسالازین به میزان دو گرم روزانه و اسید فولیک است. کدام توصیه صحیح است؟ (بورد ۹۹)

الف) افزایش سولفاسالازین به چهار گرم روزانه

ب) کولونوسکوپی سالیانه و بیوپسی

ج) MRCP

د) CRP and Stool Calprotectin

پاسخ: ب

کولونوسکوپی سالانه یا دوسالانه با نمونه‌برداری‌های متعدد برای بیماران مبتلا به کولیت وسیع بیش از ۸ تا ۱۰ سال (بیشتر از یک سوم کولون درگیر) یا ۱۲ تا ۱۵ سال پروکتوسیگموئیدیت (کمتر از یک سوم اما بیشتر از رکتوم) توصیه می‌شود.

۱۰. بیمار خانم جوان ۲۸ ساله‌ای است که دو ماه پیش دچار اسهال آبکی به مدت دو هفته گردیده است. در بررسی‌های انجام شده *Campylobacter* در محیط کشت مدفوعی داشته است که به دنبال درمان آنتی‌بیوتیکی بهبود یافته است بیمار از ۳ هفته پیش دچار تغییر در اجابت مزاج، نفخ شکم همراه با دردهای کرامپی شکم شده است. در آزمایشات انجام شده CBC (diff) نرمال، تست‌های عملکردی کبد و تیروئید و کلیه نرمال است، S/E: Normal و Stool Calprotectin: Normal و Anti TTG: Normal. کدام اقدام در مورد بیمار صحیح می‌باشد؟ (بورد ۹۹)

الف) تجویز آنتی‌بیوتیک مناسب به مدت ۴ هفته

ب) کولونوسکوپی

ج) آندوسکوپی فوقانی

د) درمان علامتی

پاسخ: د

IBS پس از عفونت اغلب در زنان جوان رخ می‌دهد. عوامل خطر آن عبارتند از:





دوره طولانی عفونت، توکسیسیته باکتری عامل عفونت، سیگار، نشانگرهای مخاطی التهاب، جنس زن، افسردگی، هیپوکندریازیس و رویدادهای نامطلوب زندگی در سه ماه گذشته. قدم اول در درمان IBS اطمینان دادن به بیمار و توصیه به اجتناب از غذاها و حالت های تشدید کننده علائم است.

۱۱. آقای ۲۲ ساله با احساس زردی چشم به صورت دوره‌ای به کلینیک گوارش مراجعه نموده است. در معاینه اسکلرا مختصر ایکتریک می‌باشد. ارگانومگالی ندارد و در سونوگرافی کبد چرب خفیف دارد. آزمایشات به شرح زیر است:

Total Bili=2.5 mg/dl
ALP=360 U/l
AST=19 U/l

Direct Bili=0.4 mg/dl
ALT=25 U/l
LDH=220 U/l

کدام تشخیص برای این بیمار مناسب است؟ (بورد ۹۹)

Rotor syndrome (ب)

Hemolysis (الف)

Alcoholic hepatitis (د)

Gilbert syndrome (ج)

پاسخ: ج

به جدول ۱-۳۳۸ مراجعه شود. ژلبرت با هیپر بیلی روبینمی غیر کونژوگه خفیف، مقادیر نرمال برای آزمایشات کبدی و هیستولوژی طبیعی کبد به غیر از افزایش متوسط رنگدانه lipofuscin در برخی بیماران مشخص می‌شود. غلظت بیلی روبین سرم اغلب کمتر از 51umol/L (3 mg/dl) است، اگرچه مقادیر بالاتر و پایین‌تر نیز دیده می‌شود.

TABLE 338-1 Principal Differential Characteristics of Gilbert and Crigler-Najjar Syndromes

FEATURE	CRIGLER-NAJJAR SYNDROME		GILBERT SYNDROME
	TYPE I	TYPE II	
Total serum bilirubin, $\mu\text{mol/L}$ (mg/dL)	310–755 (usually >345) (18–45 [usually >20])	100–430 (usually \leq 345) (6–25 [usually \leq 20])	Typically \leq 70 $\mu\text{mol/L}$ (\leq 4 mg/dL) in absence of fasting or hemolysis
Routine liver tests	Normal	Normal	Normal
Response to phenobarbital	None	Decreases bilirubin by >25%	Decreases bilirubin to normal
Kernicterus	Usual	Rare	No
Hepatic histology	Normal	Normal	Usually normal; increased lipofuscin pigment in some
Bile characteristics			
Color	Pale or colorless	Pigmented	Normal dark color
Bilirubin fractions	>90% unconjugated	Largest fraction (mean: 57%) monoconjugates	Mainly diconjugates but monoconjugates increased (mean: 23%)
Bilirubin UDP-glucuronosyltransferase activity	Typically absent; traces in some patients	Markedly reduced: 0–10% of normal	Reduced: typically 10–33% of normal
Inheritance (all autosomal)	Recessive	Predominantly recessive	Promoter mutation: recessive Missense mutations: 7 of 8 dominant, 1 reportedly recessive





۱۲. خانم ۴۳ ساله با ضعف و میالژی از دو هفته قبل و زردی خارش از یک هفته قبل مراجعه کرده است.

بررسی‌های آزمایشگاهی به شرح زیر است:

AST: 86 U/l

ALT: 128 U/l

ALP: 753 U/l (64-306 U/l)

Gamma glutamyl transferase: 42 U/l (9-58 U/l)

Bilirubin Total: 6.2 mg/dl

Bilirubin Direct: 4.3 mg/dl

سال گذشته نیز سابقه چنین مشکلی داشته است که بعد از دو ماه بهبودی داشته است.

محتمل‌ترین تشخیص کدام است؟ (بورد ۹۹)

الف) Primary biliary cholangitis (PBC)

ب) Benign recurrent intrahepatic cholestasis (BRIC)

ج) Primary sclerosing cholangitis (PSC)

د) Biliary microlithiasis

پاسخ: ب

Benign recurrent intrahepatic cholestasis (BRIC): این اختلال نادر با حملات مکرر خارش و زردی مشخص می‌شود. اپیزودها با ضعف خفیف و افزایش سطح آمینوترانسفراز سرم شروع می‌شود و به دنبال آن افزایش سریع آلکالین فسفاتاز و بیلی روبین کونژوگه و شروع زردی و خارش می‌باشد. یک یا دو اپیزود اول ممکن است به اشتباه به عنوان هپاتیت حاد ویروسی تشخیص داده شود. دوره‌های کلستاتیک، که ممکن است در کودکی یا بزرگسالی شروع شوند، می‌توانند از چند هفته تا چند ماه متفاوت باشند. فواصل بین حملات ممکن است از چند ماه تا سال متفاوت باشد. در بین دوره‌ها، معاینه فیزیکی و همچنین سطوح سرمی اسیدهای صفراوی، بیلی روبین، ترانس آمینازها و آلکالین فسفاتاز طبیعی است. این اختلال خانوادگی است و الگوی توارثی اتوزوم مغلوب دارد. BRIC یک اختلال خوش خیم در نظر گرفته می‌شود زیرا منجر به سیروز یا بیماری کبدی پیشرفته نمی‌شود.

به جدول ۲-۳۳۸ توجه شود





	DJS	ROTOR	PFIC1	BRIC1	PFIC2	BRIC2	PFIC3
Gene	ABCCA	SLCO1B1/SLCO1B3	ATP8B1	ATP8B1	ABCB11	ABCB11	ABCB4
Protein	MRP2	OATP1B1/1B3	FIC1	FIC1	BSEP	BSEP	MDR3
Cholestasis	No	No	Yes	Episodic	Yes	Episodic	Yes
Serum GGT	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	↑↑
Serum bile acids	Normal	Normal	↑↑	↑↑ during episodes	↑↑	↑↑ during episodes	↑↑
Clinical features	Mild conjugated hyperbilirubinemia; otherwise, normal liver function; dark pigment in liver; characteristic pattern of urinary coproporphyrins	Mild conjugated hyperbilirubinemia; otherwise, normal liver function; liver without abnormal pigmentation	Severe cholestasis beginning in childhood	Recurrent episodes of cholestasis beginning at any age	Severe cholestasis beginning in childhood	Recurrent episodes of cholestasis beginning at any age	Severe cholestasis beginning in childhood; decreased phospholipids in bile

Abbreviations: BRIC, benign recurrent intrahepatic cholestasis; BSEP, bile salt excretory protein; DJS, Dubin-Johnson syndrome; GGT, γ -glutamyl transferase; MRP2, multidrug resistance-associated protein 2; OATP1A/1B, organic anion transport proteins 1B1 and 1B3; PFIC, progressive familial intrahepatic cholestasis; ↑↑, increased.

۱۳. آقای ۳۵ ساله با زردی و خواب‌آلودگی به بیمارستان آورده شده است. بیمار از دو هفته قبل تب، میالژی، تهوع و استفراغ داشته و از یک هفته قبل دچار زردی شده است. آزمایشات به شرح زیر است:

AST: 1630 U/L

Alkaline phosphatase: 386 U/L (80-306 U/L)

PT (INR): 2.1

Bilirubin Direct: 15 mg/dl

HBcAb IgM: Positive

ALT: 1890 U/L

Bilirubin total: 26 mg/dl

HBsAg: Negative

HCV Ab: Negative

مناسب‌ترین اقدام کدام است؟ (بورد ۹۹)

الف) غیر از اقدامات حمایتی، اقدام دیگری لازم نیست.

ب) شروع قرص Tenofovir

ج) شروع درمان با آمپول PEG Interferon

د) شروع درمان با قرص Lamivudine

پاسخ: ب

HBV حاد نیاز به درمان ندارد مگر در موارد هپاتیت B حاد شدید، درمان با آنالوگ نوکلئوزیدی در دوزهای خوراکی (انتکاویر یا تنوفوویر) توصیه می‌شود. درمان باید تا ۳ ماه پس از سروکونورژن HBsAg یا ۶ ماه پس از سروکونورژن HBeAg ادامه یابد.





۱۴. آقای ۶۲ ساله‌ای به دلیل ابتلا به لنفوم کاندید درمان با پردنیزولون و rituximab می‌باشد. وی سابقه‌ای از ابتلا به هپاتیت B را در گذشته می‌دهد. در بررسی‌های آزمایشگاهی نتایج زیر به دست می‌آید:

HBsAg=Positive

HbcAb (IgG)=Positive

AST=20 U/l (up to 40)

ALP=150 U/l (up to 300)

PT=13 (INR =1)

HBsAg=Negative

Viral load= 3×10^3 IU/ml

ALT=30 U/l (up to 40)

Bil T=1 mg/dl, Bil D=0.1 mg/dl

Alb=4.5 g/dl

کدام توصیه در مورد هپاتیت B در ایشان صحیح است؟ (بورد ۹۹)

- الف) انتکاویر قبل از کموتراپی و ادامه آن تا ۶ ماه بعد از خاتمه کموتراپی
 ب) تنوفوویر پس از کموتراپی و ادامه آن تا بیش از ۱۲ ماه پس از خاتمه کموتراپی
 ج) انتکاویر پس از کموتراپی و ادامه آن تا ۶ ماه پس از خاتمه کموتراپی
 د) تنوفوویر قبل از کموتراپی و ادامه آن تا بیش از ۱۲ ماه پس از خاتمه کموتراپی

پاسخ: د

بیماران مبتلا به هپاتیت B مزمن که تحت شیمی درمانی سیتوتوکسیک برای درمان بدخیمی‌ها قرار می‌گیرند و همچنین بیماران تحت درمان با درمان‌های سرکوب‌کننده سیستم ایمنی، آنتی‌سیتوکین یا TNF دچار افزایش تکثیر و بیان HBV در هپاتوسیت‌ها همزمان با اختلال ایمنی سلولی می‌شوند. پس از اتمام شیمی درمانی، این بیماران در معرض هپاتیت B شدید به علت بازسازی مجدد عملکرد سلول‌های T سیتولیتیک در برابر ارگان ویروسی هستند. (میزان خطر براساس نوع دارو متفاوت است، از بالاترین [مثلاً عوامل کاهش‌دهنده سلول B، آنتراسایکلین، کورتیکواستروئیدهای با دوز متوسط و بالا برای ≤ 4 هفته] تا متوسط [مهارکننده‌های TNF- α ، مهارکننده‌های سیتوکین یا اینتگرین، مهارکننده‌های تیروزین کیناز، کورتیکواستروئیدهای با دوز پایین برای ≤ 4 هفته] تا پایین‌ترین [متوترکسات، آزاتیوپرین، کورتیکواستروئیدهای داخل مفصلی، هر دوز کورتیکواستروئید برای ≥ 1 هفته]). به همین علت درمان ضد ویروسی با لامیووودین و به شکل ارجح با انتکاویر و تنوفوویر پیش از شروع کموتراپی توصیه می‌شود. مدت درمان برای ناقلین بدون علامت HBV حداقل ۶ ماه پس از خاتمه کموتراپی (۱۲ ماه در صورت مصرف سرکوب‌کننده‌های سلول B) است. در موارد سطح ویروس بالای ۲۰۰۰ مدت درمان طولانی‌تر است.





۱۵. بیمار ۶۱ ساله مبتلا به سیروز کبدی به علت درد شکم و تب از ۳ روز قبل به شما مراجعه نموده است. وی از ۲ سال قبل دچار سیروز و تحت درمان با دیورتیک بوده است. از ۳ روز قبل متوجه تورم شکم و تب خفیف شده و در معاینه پهلوها برجسته و shifting dullness وجود دارد، در آزمایشات:

Na=134 meq/L
Cr=1 mg/dl
Alb=2.6 g/dl

K=4.3 meq/L
Bili (T)=3.5 mg/dl
PT=11 seconds

و در پاراسنتز مایع آسیت با رنگ زرد و شفاف نتایج بدین شرح می‌باشد:

Alb=0.8 g/dl
WBC=6000/ μ L (60% Neutrophils)

Total protein=2.7 g/dl
Gram stain=Negative

علاوه بر کشت مایع آسیت، اقدام مناسب بعدی کدام است؟ (بورد ۹۹)

- الف) بررسی از نظر پریتونیت ثانویه
ب) مروپنم و مترونیدازول
ج) نورفلوکساسین خوراکی
د) سفوتاکسیم وریدی

پاسخ: د

پریتونیت باکتریایی خود به خودی (SBP): تشخیص آن با وجود بیش از ۲۵۰ نوتروفیل در مایع آسیت مسجل می‌شود.

درمان شامل سفالوسپورین نسل ۳ به مدت ۵ روز است.

۱۶. کدام گزینه کنتراندیکاسیون مطلق پیوند کبد نیست؟ (بورد ۹۹)

- الف) AIDS
ب) کلانژیوکارسینوما
ج) ترومبوز ورید پورت
د) مصرف الکل

پاسخ: ج

به جدول ۲-۳۴۵ مراجعه شود.





TABLE 345-2 Contraindications to Liver Transplantation	
ABSOLUTE	RELATIVE
Uncontrolled extrahepatic infection	Age >70
Active, untreated sepsis	Prior extensive hepatobiliary surgery
Uncorrectable, life-limiting congenital anomalies	Portal vein thrombosis
Active substance abuse	Renal failure not attributable to liver disease (consider dual organ transplantation)
Advanced cardiopulmonary disease	Previous extrahepatic malignancy (not including nonmelanoma skin cancer)
Extrahepatic malignancy (not including nonmelanoma skin cancer)	Severe obesity
Metastatic malignancy to the liver	Severe malnutrition/wasting
Cholangiocarcinoma (except those tumors that fit into protocols)	Medical noncompliance
AIDS	HIV seropositivity with failure to control HIV viremia or CD4 <100/ μ L
Life-threatening systemic diseases	Intrahepatic sepsis Severe hypoxemia secondary to right-to-left intrapulmonary shunts (P_{O_2} <50 mmHg)
	Severe pulmonary hypertension (mean pulmonary artery pressure >35 mmHg)
	Uncontrolled psychiatric disorder

۱۷. خانم ۶۰ ساله‌ای با شکایت تب و درد ناحیه RUQ به اورژانس بیمارستان مراجعه کرده است.

در معاینه علاوه بر تب، تندرنس شدید RUQ در لمس دارد. در آزمایشات انجام شده:

WBC=15000/ μ l (PMN=90%)

PLT=550000/ μ l

ALT=50 U/l (up to 40)

Bil T=2 mg/dl, Bil D=1 mg/dl

Hb=11 g/dl

AST=40 U/l (up to 40)

ALP=300 U/l (up to 300)

در سونوگرافی افزایش ضخامت جدار کیسه صفرا به همراه اتساع شدید و Sludge فراوان در آن گزارش

شده است. همه رژیم‌های آنتی‌بیوتیکی زیر در قدم اول در مورد این بیمار کاربرد دارد، به جز:

الف) Ceftriaxone + Metronidazole (ب)

ب) Meropenem (الف)

ج) Tazobactam + Piperacillin (د)

د) Levofloxacin + Metronidazole (ج)





پاسخ: الف

همه‌ی گزینه‌ها طبق چاپ جدید صحیح هستند.

امداخله جراحی اصلی‌ترین درمان برای کوله سیستیت حاد است. درمان آنتی بیوتیکی برای بیماران توصیه می‌شود. رژیم‌های موثر شامل پپیراسیلین تازوباکتام، ایمپنم، مروپنم، سفتریاکسون+مترونیدازول، و لووفلوکسازین+مترونیدازول است.

۱۸. آقای ۵۷ ساله با سابقه مصرف طولانی سیگار مورد شناخته شده پانکراتیت مزمن می‌باشد که با شکایت درد مزمن و پیشرونده نواری شکل فوقانی شکم و تشدید آن با غذاهای چرب مراجعه نموده است. کاهش وزن و تغییرات اجابت مزاج نداشته است. اخیراً به دلیل درد به مصرف مخدر روی آورده است. در معاینه فیزیکی به جز حساسیت مختصر در ناحیه فوقانی شکم یافته دیگری ندارد. در بررسی سونوگرافی و سی تی اسکن کلسیفیکاسیون پراکنده در سرتاسر پانکراس بدون تغییرات مجرا و توده مشاهده می‌گردد. جهت کنترل درد بیمار کدام گزینه صحیح است؟ (بورد ۹۹)

الف) تجویز خوراکی آنزیم‌های پانکراسی و توقف استعمال دخانیات

ب) تجویز خوراکی اکسی کودون، غذای کم چرب و توقف استعمال دخانیات

ج) Celiac plexus block و توقف استعمال دخانیات

د) NSAIDs، غذای کم چرب و توقف استعمال دخانیات

پاسخ: الف

درمان درد شکم در پانکراتیت مزمن به علت مکانیسم‌های پیچیده دخیل در آن بسیار چالش برانگیز است. متآنالیزهای اخیر هیچ مزیتی برای درمان آنزیمی در کاهش درد در پانکراتیت مزمن نشان نداده است. تسکین درد بیماران تحت درمان با آنزیم‌های پانکراس ممکن است به دلیل بهبود سوء هاضمه باشد. یک کارآزمایی تصادفی شده کوتاه مدت نشان داد که پره گابالین می‌تواند درد و نیاز به داروهای ضد درد را کاهش دهد.

درمان آندوسکوپی در شرایط تنگی غالب، به خصوص اگر سنگ داخل مجرای مسدود وجود داشته باشد، مناسب‌ترین گزینه درمانی است.

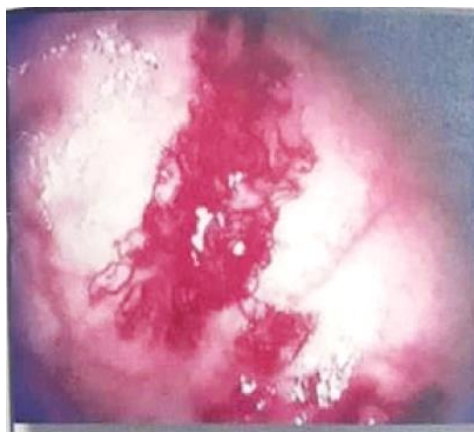
بلوک شبکه سلیاک باعث تسکین پایدار درد نمی‌شود.





در بیماران با اتساع مجرای پانکراس، دکامپرسیون جراحی مجرا درمان انتخابی بوده است. پانکراتکتومی کامل با یا بدون پیوند اتولوگ سلول‌های جزیره‌ای در بیماران بسیار منتخب مبتلا به پانکراتیت مزمن و درد شکمی مقاوم به درمان‌های معمول استفاده شده است.

۱۹. خانم ۷۰ ساله با سابقه چند ماهه رکتوراژی متناوب و تنگی نفس مراجعه نموده است. در معاینه رنگ‌پریده بوده و سوفل سیستولیک کرشندودکرشندو III/VI در لبه استرنوم با انتشار به گردن و A2 Soft شنیده می‌شود. در آزمایشات $MCV=70$ fL و $Hb=9$ g/dl دارد. برای بیمار کولونوسکوپی و آندوسکوپی انجام می‌شود. آندوسکوپی نرمال بوده ولی در کولونوسکوپی تصویر ضایعه زیر در کولون صعودی مشاهده شده است. در کیسول آندوسکوپی انجام شده روده باریک کاملاً نرمال است. پس از اصلاح آنمی، جهت جلوگیری از عود خونریزی کدام اقدام مناسب است؟ (بورد ۹۹)



- الف) جراحی و رزکسیون این بخش کولون
ب) جراحی و تعویض دریچه آئورت بیمار
ج) تجویز اکتروتاید زیرجلدی
د) تجویز استروژن و پروژسترون

پاسخ: ب

سندروم Heyde (خونریزی از اکتازی عروقی در کولون صعودی که با تنگی آئورت همراهی دارد) که درمان آن ترمیم دریچه آئورت است.

۲۰. خانم ۴۵ ساله به علت خارش از دو سال قبل به کلینیک کبد مراجعه نموده است. سابقه بیماری خاص، مصرف دارو و حساسیت پوستی نداشته است. در بررسی انجام شده:





AST=35 U/L

ALP=680 U/L

Bil (D)=0.8, Bil (I)=0.7

ALT=40 U/L

Bili T=1.5 mg/dl

در سونوگرافی شکم، اکوژنیسیته پارانشیم کبد نرمال، مجاری داخل و خارج کبدی نرمال وطحال طبیعی است. در مرحله بعد کدام اقدام مناسب می‌باشد؟ (بورد ۹۹)

(الف) بیوپسی کبد

(ب) الکتروفورز پروتئین‌های سرم

(ج) چک AMA

(د) انجام MRCP

پاسخ: ج

به الگوریتم ۳۳۷-۱ مراجعه شود.

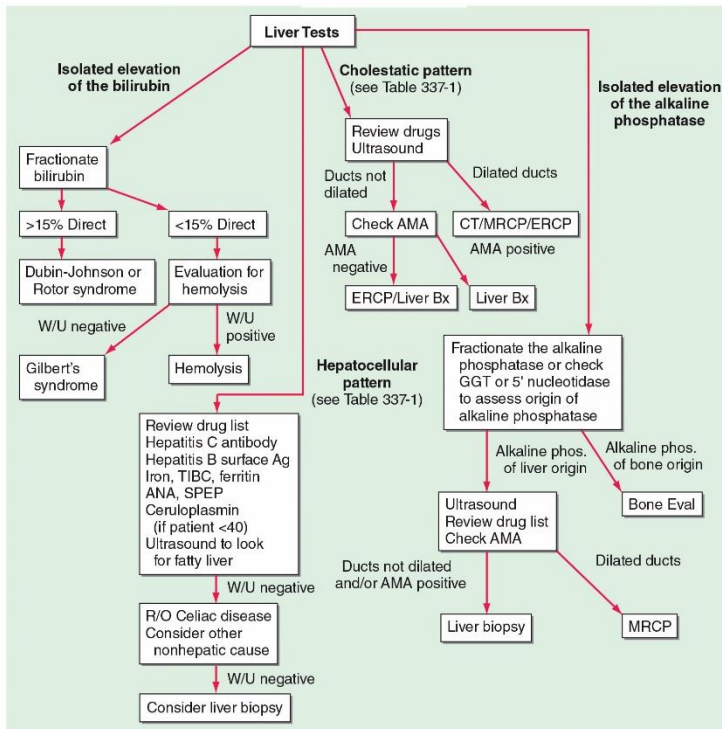


FIGURE 337-1 Algorithm for the evaluation of chronically abnormal liver tests. Ag, antigen; AMA, antimitochondrial antibody; ANA, antinuclear antibody; Bx, biopsy; CT, computed tomography; ERCP, endoscopic retrograde cholangiopancreatography; GGT, γ -glutamyl transpeptidase; MRCP, magnetic resonance cholangiopancreatography; R/O, rule out; SPEP, serum protein electrophoresis; TIBC, total iron-binding capacity; W/U, workup.





۲۱. آقای ۴۹ ساله با سابقه هپاتیت ویرال (HBV) تحت پیگیری قرار دارد. در سونوگرافی سریال کبد یک ندول ۲/۵ cm دارد. ارزیابی آزمایشگاهی مؤید سیروز با CHILD Class A و آلفا فیتوپروتئین بالا است. (AFP=500 ng/dl) کدام اقدام زیر توصیه می‌شود؟ (بورد ۹۹)

- الف) Resection of Mass
 ب) Ablation Therapy
 ج) CT Guided Biopsy
 د) Dynamic Enhanced MRI

پاسخ: د

به الگوریتم ۲-۸۲ توجه شود.

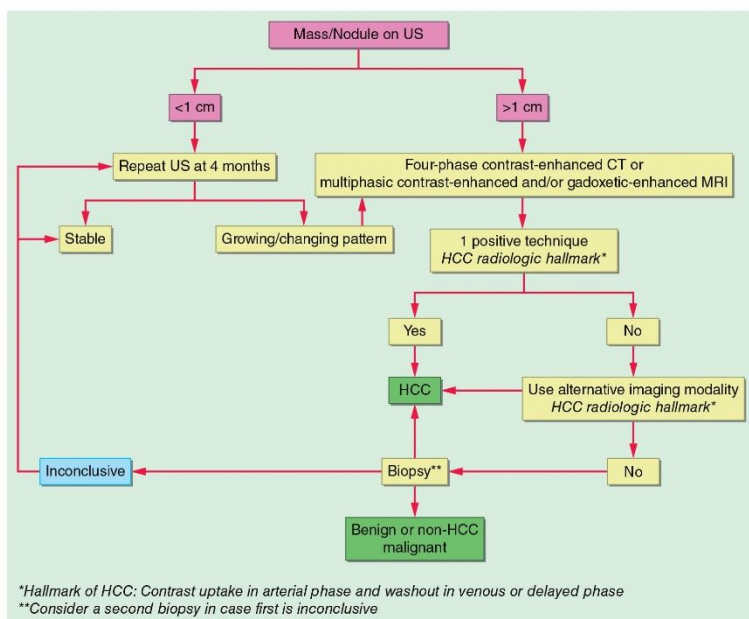


FIGURE 82-2 Recall diagnosis schedule for hepatocellular carcinoma (HCC) from the European Association for the Study of Liver Disease (EASL). **Pink color:** Size of the tumor at the time of detection by ultrasound (US). **Yellow color:** If a nodule of <1 cm is detected, repeated US at 4 months is recommended. If a nodule of >1 cm is detected, CT or MRI will be performed. Presence of radiological hallmarks of HCC by one imaging technique will suffice for diagnosis. This might require using one or two imaging techniques. If no diagnosis is established, then tissue biopsy would be recommended. **Green color:** Final diagnosis could be either HCC, benign tumor or non-HCC malignant. **Blue color:** If after 2 biopsies the is no conclusive diagnosis then consider follow-up with US at 4 months. (Reproduced with permission from European Association for the Study of the Liver: EASL Clinical Practice Guidelines: Management of hepatocellular carcinoma. J Hepatology 69:182-236, 2018.)

۲۲. خانم ۶۵ ساله که به علت لوپوس تحت درمان با آزاتیوپرین و پردنیزولون می‌باشد، با بی‌اشتهایی، احساس گیر کردن غذا و کاهش وزن مراجعه کرده است. در آندوسکوپی زخم‌های Serpiginous در



مری دیده می‌شود. در پاتولوژی هسته‌های بزرگ و انکلوزیون بادی در سیتوپلاسم سلول‌ها دیده می‌شود. جهت درمان این بیمار کدام اقدام صحیح است؟ (بورد ۹۹)

- الف) Valacyclovir به مدت ۱۴ روز
 ب) Voriconazole به مدت ۲۱ روز
 ج) Ganciclovir به مدت ۱۴ روز
 د) Valganciclovir به مدت ۲۱ روز

پاسخ: د

ازوفاژیت CMV در درجه اول در بیماران نقص ایمنی، بیماران مبتلا به HIV، بیماران مبتلا به بدخیمی و دریافت کنندگان پیوند مغز استخوان یا اعضا رخ می‌دهد. از نظر آندوسکوپی، ضایعات CMV به صورت زخم‌های serpiginous بزرگ در یک مخاط طبیعی به ویژه در قسمت دیستال مری ظاهر می‌شوند. بیوپسی از قواعد زخم بیشترین ارزش تشخیصی را برای یافتن انکلوزیون‌های بزرگ هسته‌ای یا سیتوپلاسمی پاتوگنومونیک دارد.

درمان با گان‌سیکلوویر (۵ میلی‌گرم بر کیلوگرم هر ۱۲ ساعت IV) و وال‌گانسیکلوویر (۹۰۰ میلی‌گرم خوراکی هر ۱۲ ساعت) توصیه می‌شود. درمان تا زمان بهبودی ادامه می‌یابد، که ممکن است ۳ تا ۶ هفته طول بکشد. درمان نگهدارنده ممکن است برای بیماران مبتلا به بیماری عود کننده مورد نیاز باشد.

۲۳. آقای ۴۸ ساله مبتلا به بیماری کرون روده باریک و کولون با شکایت اسهال آبکی و درد شکم به دلیل عدم پاسخ به درمان با آزاتیوپرین و اینفلکسیمب با دوزاژ و مدت کافی، جهت تجویز درمان مؤثر به شما معرفی شده است. در آزمایشات به عمل آمده آنتی‌بادی بر علیه JC Polyomavirus مثبت و سطح آنتی‌بادی ضد اینفلکسیمب بسیار بالا گزارش می‌شود. کدام درمان مناسب است؟ (بورد ۹۹)

- الف) Methotrexate
 ب) Natalizumab
 ج) Nedolizumab
 د) درمان جراحی

پاسخ: هر ۴ گزینه

ایجاد آنتی‌بادی ضد اینفلکسیمب با افزایش خطر واکنش‌های انفوزیون و کاهش پاسخ به درمان همراه است. به خصوص کسانی که به صورت اپیزودیک و نامنظم از این دارو استفاده می‌کنند. اگر بیمار دارای آنتی‌بادی‌های ضد اینفلکسیمب بالا و سطح پایین اینفلکسیمب باشد، بهتر است از داروی دیگر آنتی‌TNF استفاده شود.





ناتالیزوماب یک آنتی بادی نو ترکیب IgG4 انسانی علیه اینتگرین $\alpha 4$ است و در القا و نگهداری درمان بیماران مبتلا به CD موثر است. ناتالیزوماب به دلیل خطر لکوانسفالوپاتی چند کانونی پیش‌رونده (PML) ناشی از JC virus دیگر به طور گسترده برای CD استفاده نمی‌شود. به شکل بسیار مهم ۱۲-۳۲۶ هرم‌های درمانی IBD توجه شود.

8

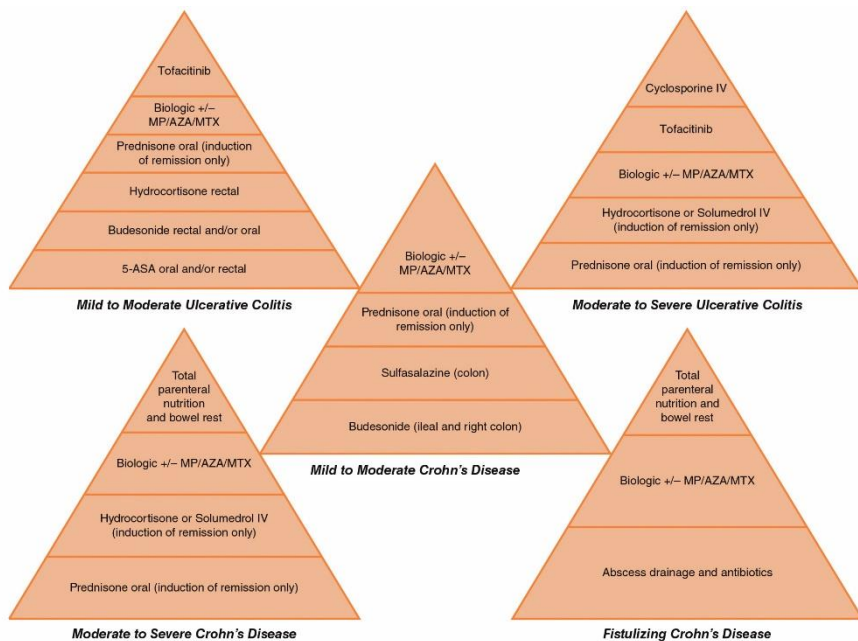


FIGURE 326-12 Medical management of inflammatory bowel disease. 5-ASA, 5-aminosalicylic acid; CD, Crohn's disease; UC, ulcerative colitis.

۲۴. خانم ۷۵ ساله به دنبال تروما و شکستگی فمور جراحی شده است. روز دوم بعد از جراحی دچار تهوع و دیستانسیون شکم شده است. BP=110/70 mmHg, T= 36.8°C, PR=94/min, RR=18/min. شکم تمپان است. رادیوگرافی ساده شکم در حالت ایستاده Air fluid level ندارد و دیلاتاسیون لوپ‌ها در تمام کادر کولون تا رکتوم دیده می‌شود. قطر سکوم در حدود ۱۳ سانتی‌متر است. در آزمایشات به شرح زیر است:

Hg=10.5 g/dl
Na=140 meq/l

WBC=10500/mm³
K=3 meq/l

کدام اقدام در درمان این بیمار ارجح است؟ (بورد ۹۹)
الف) تعبیه رکتال تیوب و توصیه به حرکت کردن بیمار





- (ب) دکمپرسیون روده از طریق کولونوسکوپی
 (ج) انجام جراحی سکوستومی
 (د) توتال کولکتومی

پاسخ: ب

هم انسداد و هم انسداد کاذب در صورت عدم درمان ممکن است منجر به پرفوراسیون کولون شوند. انسداد کاذب کولون شکلی از ایلئوس کولون ناشی از اختلالات الکترولیتی، داروهای مخدر و آنتی کولینرژیک، بی حرکتی (مانند عمل جراحی)، یا خونریزی یا توده رتروپریتوئن است. کولونوسکوپی، انمای کنتراست محلول در آب، یا سی تی ممکن است برای ارزیابی ضایعه انسدادی و افتراق انسداد از انسداد کاذب استفاده شود. اگر بیمار فاکتورهای خطر واضحی برای انسداد کاذب نداشته باشد، و رادیوگرافی هوا را در رکتوم نشان ندهد، یا اگر بیمار با درمان علل زمینه‌ای انسداد کاذب بهبود نیابد، یکی از این ارزیابی‌های تشخیصی حتما باید انجام شود. خطر پرفوراسیون سکوم در انسداد کاذب زمانی که قطر سکوم بیش از ۱۲ سانتی‌متر باشد افزایش میابد و دکامپرسیون کولون با استفاده از نئوستیگمین IV یا از طریق کولونوسکوپی باید انجام شود.

۲۵. خانم پرستار ۳۸ ساله در هنگام کار با سوزن بیمار سیروزی ناشی از هیپاتیت C، Needlestick شده است. روز بعد برای ایشان آزمایشات زیر درخواست می‌شود:

AST: 18 U/L	ALT: 23 U/L
ALP: 303 IU/L	HCV Ab: Negative
HBsAg: Negative	

در هفته دوم مجدداً آزمایشات درخواست می‌شود که به شرح زیر است:

AST: 86 U/L	ALT: 112 U/L
ALP: 323 IU/L (64-306 IU/L)	HCV Ab: Negative
HCV RNA (Quantitative PCR): 62128 IU/ml	

مناسب‌ترین اقدام کدام است؟ (بورد ۹۹)

- (الف) تکرار HCV RNA در هفته ۱۲ بعد از Needlestick شدن
 (ب) شروع درمان با Sofosbuvir به علاوه Daclatasvir
 (ج) شروع درمان با Ritonavir به علاوه Omitasavir
 (د) تکرار HCV RNA در هفته ۲۴ بعد از Needlestick شدن





پاسخ: ب

در حال حاضر در تمام موارد هیپاتیت حاد C توصیه به درمان ۸-۱۲ هفته با یکی از چهار ترکیب دارویی خط اول (مهارکننده‌های پلیمرز، مهارکننده‌های پروتئاز و/یا مهارکننده‌های NS5A) می‌گردد.

۲۶. خانم ۵۲ ساله با سابقه خونریزی از واریس مری به شما مراجعه کرده است. در سونوگرافی طحال بزرگ و توده ۳ سانتی‌متری در کبد گزارش شده است. بیوپسی کبد مؤید آنژیوسارکوم بدون وجود سیروز می‌باشد. مسمومیت با کدام ماده محتمل‌تر است؟ (بورد ۹۹)

- (الف) استروئید آنابولیک
(ب) داروی ضدبارداری
(ج) پولی وینیل کلراید
(د) تری کلرواتیلن

پاسخ: ج

داروهایی که می‌توانند هایپر تانسین پورت بدون سیروز بدهند: اگزالی پلاتین، ویتامین A وینیل کلراید با آنژیوسارکوم کبدی مرتبط است

۲۷. خانم ۷۰ ساله با تشخیص استئوآرتریت تحت درمان با ناپروکسن mg ۵۰۰ دو بار در روز می‌باشد. جهت جلوگیری از عوارض گوارشی ماژور تحت درمان با امپرازول ۲۰ میلی‌گرم روزانه قرار گرفته است. مصرف طولانی مدت مهارکننده‌های پمپ پروتون (PPI) در افراد مسن باعث افزایش شیوع کدام یک از موارد زیر می‌شود؟ (بورد ۹۹)

- (الف) Pneumonia
(ب) Hyperparathyroidism
(ج) Cardiovascular disease
(د) Urinary tract infection

پاسخ: الف

عوارض مصرف طولانی مدت PPI:

- ۱) افزایش بروز پنومونی اکتسابی از جامعه (CAP)
- ۲) افزایش بروز عفونت کلستریدیم دیفیسیل اکتسابی از جامعه و بیمارستان
- ۳) افزایش بروز شکستگی‌های لگن در زنان مسن
- ۴) کولیت کلارژنی به خصوص با لانسوپرازول

