

پایان

طبابت هنر است،
هنر هماهنگی قلب و اندیشه



سرشناسه	: لعلی، آزاده، ۱۳۵۸-، گردآورنده، مترجم
عنوان و نام پدیدآور	: مجموعه سوالات ارتقاء و مورد تخصصی رشته عفونی سال ۱۴۰۰: ویژه آزمون ارتقاء و مورد تخصصی ۱۴۰۲ Mandell 2020
مشخصات نشر	: Harrison 2018.../ گردآوری، ترجمه و پاسخدهی به سوالات آزاده لعلی، مسعود معبودی، فرشاد دیوسالار.
مشخصات ظاهری	: تهران: کاردیا، ۱۴۰۲.
شابک	: ۳۴۶ ص.
وضعیت فهرست نویسی	: ۳۸۰۰۰۰۰ ریال 978-622-5815-37-7 :
یادداشت	: فیبا
عنوان دیگر	: سوالات کتاب حاضر برگرفته از کتاب " Harrison's principles of internal medicine, 20th.ed, 2018 اثر جی. لاری جیمسن... او دیگران] و کتاب " Mandell, Douglas, and Bennett's principles and practice of infectious diseases, 9th. ed, 2020" اثر جان یوجین بنت، رافائل دالین، مارتین جی، بلیزر است.
موضوع	: اصول طب داخلی هریسون.
شناسه افزوده	: بیماری‌های واگیر -- آزمون‌ها و تمرین‌ها Communicable diseases -- Examinations, questions, etc.
شناسه افزوده	: پزشکی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها Medicine -- Examinations, questions, etc.
شناسه افزوده	: معبودی، مسعود، ۱۳۵۵-، گردآورنده، مترجم
شناسه افزوده	: دیوسالار، فرشاد، ۱۳۵۴-، گردآورنده، مترجم
شناسه افزوده	: Jameson, J. Larry - بنت، جان یوجین، ۱۹۳۳ - م. - جیمسن، ج. لاری
شناسه افزوده	: Bennett, John Eugene - دالین، رافائل
شناسه افزوده	: Dolin, Raphael - بلیزر، مارتین ج.
شناسه افزوده	: Blaser, Martin J. - ماندل، جرال، ۱۹۳۶ - م.
شناسه افزوده	: Mandell, Gerald L. - ماندل، رابرت گوردون، ۱۹۳۴ - م.
شناسه افزوده	: Douglas, Robert Gordon - هریسون، تنسلی راندولف، ۱۹۰۰ - ۱۹۷۸ م. اصول طب داخلی هریسون
رده بندی کنگره	: RC۱۱۱
رده بندی دیویی	: ۹۰۷۶/۶۱۶
شماره کتابشناسی ملی	: ۸۸۰۰۳۰۳
اطلاعات رکورد کتابشناسی	: فیبا

مجموعه سوالات ارتقا و مورد تخصصی رشته عفونی سال ۱۴۰۰ به همراه پاسخ‌های تشریحی	چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت یار
پاسخگویی به سوالات: دکتر آزاده لعلی، دکتر مسعود معبودی، دکتر فرشاد دیوسالار	نوبت چاپ: دوم ۱۴۰۲
ناشر: انتشارات کاردیا	تیراژ: ۱۰۰ نسخه
صفحه‌آرا: رزیدنت یار - منیره امیری مقدم	شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۵۸۱۵-۳۷-۷
طراح و گرافیسیت: رزیدنت یار - مهرداد فیضی	بهاء: ۳۸۰.۰۰۰ تومان

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 ارتقاء و بورده تخصصی

رشته عفونی سال ۱۴۰۰

ویژه آزمون ارتقاء و بورده تخصصی ۱۴۰۲

2020 Mandell Harrison 2018

مقالات

(۱-دستورالعمل مدیریت مواجهه شغلی با HIV/AIDS ۲- دستورالعمل مدیریت مواجهه غیرشغلی با HIV/AIDS و پیشگیری قبل از تماس ۳- راهنمایی مدیریت درمان بیماران کووید ۱۹ ۴- دستورالعمل مراقبت و درمان عفونت همزمان سل و HIV ۵- مدیریت مراقبت و درمان افراد مبتلا به HIV/AIDS در نوجوانان و بزرگسالان ۶- دستورالعمل پیشگیری از انتقال HIV از مادر به نوزاد ۷- مدیریت مراقبت و درمان HIV/AIDS در کودکان ۸- مشاوره و تشخیص HIV)

گردآوری، ترجمه و پاسخدهی به سوالات

دکتر آزاده لعلی

رتبه برتر بورده تخصصی ۱۳۹۶

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

دکتر مسعود معبودی

رتبه دوم بورده تخصصی ۱۴۰۰

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی مازندران

دکتر فرشاد دیوسالار

رتبه برتر بورده تخصصی ۱۳۹۶

عضو هیئت علمی 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 عفونی 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 - ۸۸ ۹۴۵ ۲۰۸

۰۲۱ - ۸۸ ۹۴۵ ۲۱۶

آدرس الکترونیک مؤسسه رزیدنت‌یار:

www.residenttyar.com

info@residenttyar.com

در تلگرام با ما همراه باشید:

<https://t.me/residenttyar>

به نام خدا

حضرت علی(ع): دانشمند هر چه از دانش خود ببخشد به آن اضافه می شود.

کتابی که در پیش رو دارید جهت استفاده دانشجویان عزیز به منظور آمادگی برای آزمون‌های جامع و
بورد می باشد.

با توجه به اینکه در دوران دستیاری فرصت اندک است به کلیه همکاران رزیدنت توصیه می‌کنم با
برنامه‌ریزی و مدیریت زمان و تکرار مطالب و نکته‌های مهم این راه سخت را بر خود هموار سازید.
این کتاب بر اساس آخرین رفرنس‌های مرجع تالیف شده است. با توجه به حجم بالای کتاب‌های مرجع
، مطالعه و تکرار مباحث مهم‌تر و شایع‌تر راه کار مناسب جهت آمادگی در این آزمون‌هاست. مرور
سؤالات امتحان‌های پیشین این امکان را فراهم می‌کند تا شرکت‌کنندگان در آزمون با مباحث مهم‌تر
آشنا شده و بتوانند آمادگی فردی را بالاتر ببرند. در تدوین این مجموعه تلاش شده است مهم‌ترین
نکات مرتبط با هر پرسش در پاسخنامه تشریحی ارائه شود.

در پایان از موسسه انتشاراتی رزیدنت‌پار صمیمانه تشکر می‌کنم و از خداوند بزرگ موفقیت همه
دستیاران تخصصی را در تمامی امتحان‌های بزرگ زندگی خواستارم و این کتاب را تقدیم می‌کنم به
فرشتگانی که سربازوار با تمام وجود، بهترین دارایی خود که همانا سلامتی و جان است را، با لباسی
سپید در دست گرفته و به نبرد با این ویروس وحشی (کرونا) رفته‌اند تا از کیان سلامتی مردم خویش
ولو با از دست دادن جان خویش دفاع کنند.

دکتر آزاده لعلی متخصص عفونی

هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

مقدمه مولف:

به نام آنکه جان را فکرت آموخت

حجم وسیع مطالب و گستردگی رفرنس‌ها و از سوی دیگر اضطراب و استرس آزمون پیش رو و انجام وظایف محوله در بخش چالش بزرگی برای دستیاران خصوصا دستیاران سال آخر به جهت مدیریت زمان و امکان مرور مکرر مطالب فراهم می‌کند.

مرور سوالات آزمون‌های مورد و ارتقا ادوار گذشته این امکان را برای فراگیران ایجاد می‌کند تا علاوه بر مرور مطالب مهم و پرکاربرد با نحوه طراحی سوالات و پیچ و خم‌های آن و ایده طراحان آشنا شوند. مجموعه‌ی پیش رو حاصل تلاش من و همکارانم با همراهی انتشارات رزیدنت یار در دستیابی به این مهم است.

امیدوارم حاصل کار مورد استفاده‌ی دستیاران محترم و شرکت‌کنندگان در آزمون دانشنامه تخصصی قرار گیرد و قدمی هرچند کوچک در جهت اعتلای دانش این عزیزان برداشته باشیم. در پایان بر خود واجب میدانم از همسر گرانقدرم خانم دکتر آزاده خلعت‌بری که در گردآوری این مجموعه من را همراهی نمودند، کمال تشکر و قدردانی را داشته باشم.

دکتر مسعود معبودی

متخصص عفونی

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی مازندران

فهرست

سوالات و پاسخنامه بورد عفونی ۱۴۰۰ ۱۳

سوالات و پاسخنامه ارتقا عفونی ۱۴۰۰ ۱۸۳



سوالات و پاسخنامه

مورد عفونی ۱۴۰۰

۱. بیمار ۱۹ ساله ای به علت عفونت‌های مکرر پوست و ریه با شما مشاوره می‌شود. وی صورت پهن و خشک و اسکولیوز متوسط دارد. دردوران کودکی تاخیردرافتادن دندان‌های اولیه داشته که توسط دندانپزشک برای رشد دندان‌های دائمی کشیده شده است. با توجه به محتمل‌ترین تشخیص بالینی، کدام یک از موارد زیر جهت تشخیص قطعی کمک‌کننده می‌باشد؟

الف) اندازه‌گیری نیترو بلوتترازولیوم

ب) اندازه‌گیری IgE سرم

ج) اندازه‌گیری اجزا انتهایی کمپلمان

د) بررسی رسپتور اینترلوکین ۱۲

پاسخ: ب

(فصل بیماران با نقص سیستم ایمنی)

سندرم Job (Hyper immunoglobulin E-recurrent infection syndrome) یک سندرم نادر است که با عفونت‌های مکرردر سیستم دستگاه تنفسی و پوست، اگزما، بالا رفتن سطح Ig E و آئوزینوفیل مشخص می‌باشد. علت این سندرم موتاسیون ژنی در ژن STAT3 می‌باشد. اغلب بیماران اینرمالیتی در صورت به شکل فک سه گوش (Triangular) و بینی پهن... وجود دارد. شکستن دندان‌های اولیه شایع است و منجر به نیاز مکرر به کشیدن دندان می‌شود تا بتواند رویش دندان‌های ثانویه طبیعی را ایجاد کند. اسکولیوز متوسط در بیشتر بیماران ایجاد می‌شود. بسیاری از بیماران دارای اختلالات





تشکیل استخوان، استئوپنی و کرانیوسینوستوز هستند. این بیماری به روش اتوزومال غالب به ارث میرسد.

در چند روز تا چند ماه ابتدایی زندگی، بیمار با اگزما، کاندیدیاز جلدی-مخاطی و پوست و عفونت ریوی و سینوس با عفونت‌های استاف آرئوس و هموفیلوس آنفولانزا مراجعه می‌کند. پنوماتوسل در بالغین جوان رخ می‌دهد و زمینه برای عفونت‌های بعد با اسپرژیلوس و سودوموناس آئروژینوزا ایجاد می‌کند. اوتیت میانی و خارجی نسبتاً شایع می‌باشد. عفونت با شیوع کمتر در استخوان و مفاصل ایجاد می‌شود و معمولاً ایجاد عفونت در کبد کلیه و دستگاه گوارش نادر است.

آبسه‌های مکرر سرد (cold) در پوست معمولاً به علت استافیلوکوک ایجاد می‌شود این سندروم با افزایش $Ig E > 2000 IU/ML$ و معمولاً بیشتر از ۵۰۰۰۰ مشخص می‌شوند و در دوران نوزادی و کودکی بالا می‌باشد و به تدریج با بالا رفتن سن به محدوده طبیعی کاهش می‌یابد بنابراین مواردی در سندروم هایپر Ig E ممکن است فاقد Ig E بالا باشد هیچ ارتباطی بین سطح Ig E و میزان آئوزینوفیلی با بیماری بالینی ایجاد نشده است.

اندازه‌گیری نیترو بلو تترازولیوم یا تست NBT برای تشخیص بیماری CGD کاربرد دارد

۲. خانم ۴۵ ساله ای با تشخیص کووید-۱۹ شدید در بیمارستان بستری شده و تحت درمان با رمدسیویر و دگزامتازون و اکسیژن درمانی قرار گرفته است. به علت افت شدید وضعیت تنفسی در روز پنجم بستری انتوبه می‌شود و تحت درمان امپریکال با پپراسیلین-تازوباکتام، سیپروفلوکساسین و لینزولید همراه با انوکسپارین قرار می‌گیرد. پس از ۱۰ روز با توجه به بهبود نسبی وضعیت تنفسی وی پروتوکل weaning برای وی اجرا می‌شود و تحت اکسیژن درمانی با ماسک قرار می‌گیرد. در این زمان متوجه می‌شوید که حدت بینایی بیمار بسیار کاهش یافته است. درخواست مشاوره چشم پزشکی می‌کنید که شواهد نوریت اپتیک دوطرفه گزارش می‌شود. کدام یک از موارد زیر با احتمال بیشتری مسئول بروز این عارضه در بیمار بوده است؟

(الف) رمدسیویر

(ب) پپراسیلین-تازوباکتام

(ج) سیپروفلوکساسین

(د) لینزولید





پاسخ: د

(فصل آنتی بیوتیک لینزولید و سایر اگزازولیدینون‌ها)

لینزولید از گروه oxazolidinone می‌باشد مکانیسم عمل این داروها مهار اولین مرحله در سنتز پروتئین‌های باکتری است و با اتصال دارو به ریبوزوم ۵۰S از تشکیل اولین کمپلکس ساخت پروتئین جلوگیری می‌کند علیه اکثر ارگانسیم‌های گرم مثبت مثل استاف آرئوس (MSSA, MRSA)، استاف کوآگولاز منفی، انتروکوک فاسیوم و انتروکوک فکا لیس (حساس یا مقاوم به ونکومایسین) و استرپتوکوک موثر است. لینزولید به طور معمول باکتریواستاتیک است ولی روی استرپ پنومونیه باکتریوسیداست.

نوروپاتی به دنبال مصرف لینزولید در موارد زیادی گزارش شده است نوروپاتی محیطی معمولاً با دیس استزی دستها شروع می‌شود و در موارد کمی برگشت پذیر است. نوروپاتی OPTIC منجر به بروز تاری دید تدریجی می‌گردد که در صورت عدم قطع دارو حدت بینایی برای همیشه کاهش می‌یابد ولی در شرایطی که تشخیص زودرس داده شود کاهش بینایی به تدریج برگشت پذیر است. مکانیسم هر دو عارضه فوق اختلال در سنتز پروتئین‌های میتوکندریال است. گزارشاتی از رابدومیولیز و آسیب کبدی به دنبال مصرف لینزولید با مکانیسم توکسیسیتی میتوکندریال نیز وجود دارد.

۳. بیمار ۴۰ ساله ای از ۸ ماه قبل به علت هیپاتیت ب مزمن HBeAg مثبت تحت درمان با تنوفویر به مقدار ۳۰۰ میلی گرم روزانه قرار دارد. اخیر برای وی تشخیص سل ریوی اسمیر مثبت داده شده و رژیم ۴ دارویی استاندارد ضد سل برای وی شروع شده، پزشک مرکز سل درمورد نحوه استفاده از تنوفویر از شما مشورت خواسته، گزینه صحیح در این مورد کدام است؟

(الف) قطع تنوفویر و تجویز لامیودین

(ب) قطع موقت تنوفویر تا اتمام درمان سل

(ج) افزایش دوز تنوفویر به ۶۰۰ میلی گرم روزانه

(د) ادامه تنوفویر با همان دوز ۳۰۰ میلی گرم روزانه

پاسخ: د

(فصل داروهای آنتی ویرال علیه ویروس‌های هیپاتیت)





داروی تنوفوویر که به دو فرم تنوفوویر دیزوپروکسیل فومارات (Tenofovir disoproxil fumarate) و تنوفوویرآلفنا ماید (tenofovir Alafonamide) در بازار دارویی موجود می‌باشد که درمان بیماری هپاتیت مزمن ب و HIV استفاده می‌شود.

فرم آلفناماید در بیماران هپاتیت مزمن که $GFR < 50$ دارند و یا در بیماران مسن بیشتر از ۶۰ سال که احتمال نفروتوکسیسیتی بالاتر است کاربرد دارد. این دارو با داروهای آنتی TB چهار دارویی تداخل دارویی ندارد لذا نیاز به تغییر دوز دارو وجود ندارد و بیمار با همان دوز دارو را دریافت خواهد نمود

۴. الگوی تب پل اپشتاین (pel-Epstein pattern) در کدامیک از بیماری‌های زیر دیده می‌شود؟

الف) توبرکلوزیس

ب) تب تیفوئید

ج) بیماری هوجکین

د) مالاریا

پاسخ: ج

(فصل) (FUO)

پزشکان از ابتدای پیدایش بیماری‌های عفونی تلاش کرده‌اند که با آنالیز الگوهای تب بیماری‌های عفونی را تشخیص دهند. این تلاشها باعث ایجاد الگوهای تب شده است که با نام‌های:

Remittent, intermittent, hectic, quotidian, sustained, qurtun, saddle back, تعریف شده است.

الگوی تبی با عنوان pel_Ebstein در بیماری لنفوم هوجکین مشاهده می‌شود برعکس شدن الگوی درجه حرارت نرمال در سل منتشر (disseminated tuberculosis) و نا هماهنگی بین ضربان قلب و درجه تب در تب تیفوئید مشاهده می‌شود. پیرودهای بار سوم و چهارم مربوط به بیماری مالاریا می‌باشد. این الگوهای تب اختصاصیت و حساسیت کمی در تشخیص بیماری دارند و کاربردی نیستند.

۵. بیماری به دلیل ضایعات ندولر زیر جلدی سفت و قرمز و دردناک در پشت ساق پا مراجعه کرده است. برخی از ضایعات حالت چرکی پیدا کرده اند. در بیوپسی انفیلتراسیون سلول‌های التهابی در بافت چربی زیر جلد گزارش شده است. تست توبرکولین پوستی بیمار ۱۰ میلی‌متر است. گرافی قفسه سینه نرمال است. محتمل ترین تشخیص کدام است؟





الف) اریتم ایندوراتوم

ب) اریتم ندوزوم

ج) اکتیما گانگرنوزوم

د) پیودرما گانگرنوزوم

پاسخ: الف

(فصل تب و راش)

ندول‌های پوستی یک چالش تشخیصی می باشد زیرا منعکس کننده انواع اختلالات زمینه‌ای از جمله واکنش حساسیت بیش از حد به عفونت سیستمیک باشد.

ضایعات اریتم ندوزوم با ندول‌های حساس واریتماتوز مشخص می‌شود که قطر آنها کمتر از یک سانتی متر تا چند سانتی متر می‌باشد معمولاً چند گانه هستند و در قسمت‌های قدامی ساق‌ها قرار دارند. معمولاً طی چند روز تا چند هفته بدون اسکار بهبود می‌یابند.

در مقابل آن Erythema induratum می‌باشد که یک واکنش توپر کلویید می‌باشد و به صورت ندول‌های ساب کوتانه دردناک و قرمز در خلف ساق پا و مچ پا ظاهر می‌شود. این ضایعات تمایل به برآمده شدن دارد و از اریتم ندوزوم و انواع پانیکولیت از طریق مورفولوژی قابل افتراق است.

اریتم ایندوراتوم در بررسی بافت شناسی به صورت التهاب در لوبولهای چربی زیر جلدی مشاهده می‌شود ولی در اریتم ندوزوم التهاب در بافت همبند دیده می‌شود. باسیل‌های اسید فاست بندرت در ضایعات اریتم ایندوراتوم قابل مشاهده هستند زیرا این وضعیت در زمینه نشاندهنده فعال شدن مجدد و یا واکنش افزایش حساسیتی به باسیل سل می باشد.

۶. در کلیه موارد شرح حال بالینی منطبق بر ابتلا به سینوزیت حاد باکتریال می باشد، بجز:

الف) بیماری که با مشکل عطسه و سرفه خشک و آبریزش بینی و میالژی، که از ۳ روز قبل شروع شده و در معاینه تندرئس سینوس ماگزیلر دارد.

ب) بیماری که از ۱۲ روز قبل دچار تب و ترشحات آبکی بینی با ادم پری اربیت بوده علیرغم داشتن دندان سالم بوی نامطبوع تنفس دارد.

ج) بیماری که از ۳ روز قبل دچار تب ۳۹ حال عمومی بد و ترشحات چرکی بینی دارد.

د) بیماری که طی سه روز قبل سرفه و گرفتگی بینی داشته از صبح امروز دچار تب بالا تشدید احتقان و افزایش ترشحات بینی شده است.





پاسخ: الف

(فصل سینوزیت)

با توجه به اینکه پاتوژن سینوزیت و عفونت دستگاه تنفسی فوقانی مشابه هم هستند لذا تظاهرات بالینی این دو بیماری با هم تداخل دارند و باید با هم مقایسه شوند. URI (عفونت دستگاه تنفسی فوقانی) بدون عارضه معمولاً بین ۵ تا ۱۰ روز طول می‌کشد و معمولاً از روز ۳-۶ که پیک بیماری می‌باشد سپس رو به کاهش پیش می‌رود و علائم بالینی آن به صورت احتقان و ترشحات بینی شفاف و آبکی تا غلیظ و موکوسی می‌باشد. تب در صورت وجود به شکل خفیف در ۴۸ ساعت ابتدای بیماری و معمولاً در کودکان می‌باشد. تظاهرات بالینی سینوزیت باکتریایی حاد به صورت ۳ الگوی زیر است:

۱. علائم مداوم با ترشحات بینی و سرفه که بیش از ۱۰ روز بدون بهبود طول میکشد و همراه با ادم اطراف چشم، تنفس بدبو یا تب درجه پایین است. ترشحات بینی از حالت موکوسی و رقیق تا حالت غلیظی و چرکی است.

۲. تظاهرات بالینی دوم با بروز علائم شدید تب و ترشحات چرکی بینی در یک دوره ۳ تا ۴ روز شروع می‌شود که اغلب ظاهر بدی دارند.

۳. فرم سوم تظاهرات بالینی به صورت بهبود اولیه سرفه و ترشحات بینی و احتقان می‌باشد اما دوباره در ده روز اول بیماری بدتر می‌شود. بدتر شدن به صورت بروز تب جدید، افزایش ترشحات بینی احتقان یا سرفه در طول روز می‌باشد.

۷. بیمار ۶۵ ساله با سابقه COPD به علت تشدید تنگی نفس و سرفه‌های پروداکتیو با افزایش حجم و قوام خلط مراجعه کرده است. سابقه بستری‌های مکرر به علت مشابه را ذکر می‌کند که آخرین مورد آن یک ونیم ماه قبل بوده است. در معاینه تاکی پنیک بوده و دیسترس تنفسی دارد. در گزارش اسپیرومتری $FEV_1=35\%$ و $FEV_1/FVC < 0.7$ است. با توجه به شرایط بیمار کدام درمان را توصیه می‌نمایید؟

الف) آموکسی سیلین کلاولانات

ب) سفوروکسیم آگزتیل

ج) پپیراسیلین تازوباکتام

د) آمپی سیلین سولباکتام





پاسخ: ج

(فصل COPD)

COPD با انسداد پیشرونده جریان هوا مشخص می‌شود که با کاهش FEV1 و نسبت FEV1/FVC کمتر از ۷۰ درصد در آزمایشات عملکرد ریوی ((PFT مشخص می‌شود.

برای تشخیص Acute Exacerbation of chronic obstructive pulmonary Disease بیمار حداقل یکی از علائم زیر را باید داشته باشد:

۱. علائم عفونت دستگاه تنفسی فوقانی ۷ روز قبل

۲. افزایش ویز

۳. تب بدون علت مشخص شده دیگر یا افزایش ضربان قلب یا تعداد تنفس بیش از ۲۰ بار در دقیقه بر این اساس بیماران به سه گروه تقسیم می‌شوند:

۱) گروه اول آنهایی که هر سه معیار تنگی نفس بدتر، افزایش چرکی خلطی و افزایش حجم خلط را دارند (sever exacerbation)

۲) گروه دوم آنهایی که دو معیار از سه معیار بالا مثبت است (moderate exacerbation)

۳) گروه سوم آنهایی که یک معیار از سه معیار مثبت است (mild exacerbation)

انتخاب درمان آنتی بیوتیک برای بیماران Acute exacerbation در بیماران COPD بستگی به این دارد که بیماران به صورت سرپایی مراجعه کرده است یا بیمار بستری در بیمارستان باشد. در موارد mild exacerbation شواهد قانع کننده کمتری برای توصیه به آنتی بیوتیک وجود دارد و در مراحل ابتدایی دوز برونکودیلاتور افزایش داده می‌شود در صورتی که بیمار تغییری نداشت و یا بدتر شد از آنتی بیوتیک‌های کوآموکسی کلا و یا نسل دوم سفالوسپورین یا داکسی سایکلین یا ماکرولید یا کوتریموکسازول استفاده می‌شود.

در موارد moderate to sever exacerbation در مواردی که فرد بیماری COPD زمینه‌ای شدید یا سن بالا یا exacerbation متعدد یا نارسایی تنفسی داشته باشد بستری در بیمارستان می‌شود و اگر نداشته باشد آنتی بیوتیک به شکل سرپایی به بیمار داده می‌شود.

در موارد سرپایی اگر فرد سن بالای ۶۰ سال داشته باشند یا $FEV1 < 50$ شده باشد یا بیش از سه بار در سال دچار exacerbation شود و یا بیماری کاردیوواسکولار داشته باشند کینولون و یا کوآموکسی کلاو





خوراکی داده می‌شود در غیر این صورت از آنتی‌بیوتیک خوراکی کینولون استفاده نمی‌شود و از آنتی‌بیوتیک‌های نسل دوم سفالوسپورین _ داکسی‌سیکلین _ ماکرولید _ کوتریموکسازول استفاده می‌شود. در مواردی که فرد بستری می‌شود اگر ریسک فاکتور عفونت سودوموناس وجود داشته باشند که شامل: (مصرف بیش از چهار دوره آنتی‌بیوتیک در سال گذشته بستری در بیمارستان طی ۹۰ روز گذشته، کشت قبلی سودوموناس، $EFV1 < 50$) است، از آنتی‌بیوتیک تزریقی پِپیراسیلین-تازوباکتام یا سفتازیدیم یا سفپیم یا لوفلوکسازین استفاده می‌شود در غیر این صورت از آنتی‌بیوتیک‌های موکسی‌فلوکسازین یا لووفلوکسازین یا سفتریاکسون یا سفوتاکسیم استفاده می‌شود.

۸. مرد ۶۵ ساله ای به علت تشدید سرفه و تنگی نفس به اورژانس مراجعه می‌کند. نامبرده درسال گذشته ۵ بار به علت تشدید علایم تنفسی در بیمارستان بستری شده است. در حال حاضر بیمار هیپوکسیک است ولی گرافی سینه جز پرهوایی نکته مثبتی ندارد. با توجه به اینکه $FEV1$ بیمار زیر ۵۰ درصد است در بخش بستری می‌شود. کدامیک از آنتی‌بیوتیک‌های زیر را جهت وی

تجویز می‌کنید؟

الف) داکسی‌سایکلین

ب) کوتریموکسازول

ج) ازیترومایسین

د) لوفلوکسازین

پاسخ: د

(فصل COPD)

با توجه به صورت سوال توصیف بیمار Acute Exacerbation of chronic obstructive pulmonary diseases می‌باشد. که با توجه به داشتن دو علامت تشدید سرفه و تنگی نفس و شرایط سن بالا و هیپوکسیک بودن فرد نیاز به بستری و دریافت آنتی‌بیوتیک تزریقی دارد از آنجا که ریسک فاکتور عفونت سودوموناس در فرد بیمار وجود دارد که شامل $FEV1 > 50$ می‌باشد نیاز به دریافت آنتی‌بیوتیک لووفلوکسازین یا پیراسیلین تازوباکتام یا سفتازیدیم یا سفپیم می‌باشد.





۹. آقای ۵۰ ساله ای با علائم سرفه، میالژی، خستگی و کاهش وزن مراجعه می کند. بیمار سابقه ای از مسافرت اخیر به مناطق استوایی آفریقا را ذکر میکند. در بررسی های انجام شده در سی تی اسکن ریه ندول های ۲-۴ میلی متری و ائوزینوفیلی خون محیطی مشخص شده است. در BAL انجام شده برای بیمار میکرو فیلاریا جداسازی می شود. درمان مناسب برای این بیمار کدام گزینه است؟

الف) ایورمکتین

ب) Moxidetin

ج) آلبندازول

د) دی اتیل کاربامازین

پاسخ: د

(فصل نماتودهای بافتی شامل تریشلوز و...)

تشخیص بیماری Tropical pulmonary Eosinophilia می باشد. این سندرم با عفونت W. بانکروفتی (w. bancrofti) و B. malayi در ارتباط است. بیماران معمولاً مردان میانسال هستند. علائم بالینی آن آسم شبانه، کاهش وزن، سرفه و تب می باشد. جدا کردن میکرو فیلاریا ها از خون محیط به عنوان یک روش تشخیص کاربردی ندارد. ائوزینوفیلی بیش از ۳۰۰۰ عدد همراه با افزایش سطح آنتی بادی ضد

فیلاریا ها Ig E پلی کلونال در بیماران وجود دارد. در CXR به طور تیپیک افزایش علایم برونکوواسکولار با یک حالت mottling در قسمت های میانی و تحتانی ریه است. درمان با دی اتیل کاربامازین باعث بهبودی علائم بالینی و کاهش ائوزینوفیلی و Ig E می شود. درمان مجدد ممکن است در بعضی از بیماران تکرار شود و اگر بیمار درمان نگردد منجر به فیبروز بینایی پیشرونده و بیماری restrictive می شود.

۱۰. آقای ۵۰ ساله که بهداشت مناسب دارد واز دندان مصنوعی استفاده می کند با تب و بی حالی و هموپتیزی خفیف مراجعه کرده است. درسی تی اسکن انجام شده از ریه آبسه بزرگ درسگمان قدامی لوب فوقانی راست دیده می شود. کدام گزینه زیر قدم بعدی برای این بیمار می باشد؟





- الف) برونکوسکوپی Rigid
 ب) آمبولیزاسیون توسط آنژیوگرافی
 ج) بیوپسی CT Guided از ضایعه
 د) برونکوسکوپی فیبراپتیک

پاسخ: د

(فصل آبسه باکتریال ریوی)

تشخیص آبسه ریوی بر اساس CXR و یا CT اسکن ریه داده می‌شود و در CT اسکن جدار نامنظم ضخیم همراه با دیواره نازک داخلی و enhancement می‌باشد. اکثر بیماران با آبسه منفرد مراجعه می‌کنند. محل اصلی آبسه‌هایی که به خاطر آسپیراسیون ایجاد می‌شوند در بخش خلفی لوب فوقانی راست، لوب میانی و بخش فوقانی لوب تحتانی می‌باشد. در این موارد در صورت نداشتن کشت میکروبی درمان امپریکال ارگانیزم بی‌هوازی باید شروع شود. در صورت انجام کشت خلط در بیماران مبتلا به آبسه ریوی معمولاً فلور تنفسی چند میکروبی رشد می‌کند.

در صورتی که علائم بالینی بیمار از نوع کلاسیک نباشد یا آبسه ثانویه ریه وجود داشته باشد باید کشت خلط یا ترشحات لاولاژ مجاری تنفسی و آلوتولی (BAL) به آزمایشگاه فرستاده شود و بررسی از نظر باکتریهای بی‌هوازی، مایکو باکتریوم‌ها و قارچ‌ها فرستاده شود.

برونکوسکوپی اولیه برای ارزیابی بیشتر در آبسه‌هایی که در مکان‌های نام معمول ایجاد می‌شوند مثلاً در مناطقی از ریه که احتمال آسپیراسیون وجود ندارد (قسمت‌های قدامی لوبهای ریه) و یا فرد بی دندان باشد و علائم کلینیکی آبسه ریه وجود نداشته باشد و یا عوامل خطر برای سرطان ریه وجود داشته باشد باید انجام شود.

۱۱. آقای ۲۰ ساله سه روز بعد از سقوط از ارتفاع ۲۰ متری و کارگذاری چست تیوب به علت پنوموتوراکس، با شکایت تب و تشدید تنگی نفس مراجعه نموده است. پس از ویزیت بیمار کدام آنتی بیوتیک زیر را در رژیم درمانی ایشان مناسب می‌دانید؟

- الف) داپتومایسین
 ب) تازوسین
 ج) سیپروفلوکساسین
 د) کلیندامایسین





پاسخ: ب

(فصل پلورال افیوژن و آمپیم)

در بیمار فوق با توجه به پنوموتوراکس و کارگذاری chest tube عفونت در فضای پلور ایجاد شده است که پنوموتوراکس زمینه ایجاد عفونتهای باسیل گرم منفی و بی هوازی را بیشتر می‌کند. در بیمارانی که به دنبال هموتوراکس دچار آمپیم می‌شوند احتمال عفونت ناشی از استاف آرئوس بیشتر است. در انتخاب درمان آنتی بیوتیک از آنتی بیوتیکهایی استفاده می‌شود که نفوذ به فضای پلور داشته باشند و در محیط ربه دارای فعالیت آنتی باکتریال باشند. مشخص شده است که کینولون‌ها دارای نفوذ متغیری به فضای پلور هستند و آنتی بیوتیک داپتو مایسین در عفونت‌های ریوی غیر فعال است و مورد استفاده قرار نمی‌گیرد.

در بیمارانی که دچار آمپیم و پلورال افیوژن می‌شوند و مستعد ابتلا به آسپیراسیون یا بیماری انسدادی ریه ناشی از سرطان هستند توصیه می‌شود از کاربامپنم یا بتالاکتام -بتالاکتامز اینهیبیتور ویا از سفالوسپورین‌های نسل ۳ و ۴ به همراه مترونیدازول یا کلیندامایسین استفاده کرد.

۱۲. خانمی در هفته ۱۲ بارداری بدون زمینه ای و هرگونه علائم بالینی با دردست داشتن کشت ادراری منطبق بر E. Coli با کلنی کانت بیشتر از ۱۰۰هزار و حساس به فسفومایسین، کوتریموکسازول، نیتروفورانئوتئین، سفالکسین مراجعه نموده است. کدام یک از گزینه‌های زیر جهت مدیریت این بیمار صحیح می‌باشد؟

(الف) نیاز به درمان ندارد

(ب) فسفومایسین دوز واحد

(ج) نیتروفورانئوتئین به مدت ۳ روز

(د) کوتریموکسازول به مدت ۳ روز

پاسخ: ب

فصل UTI

همه زنان باید در هفته ۱۲ تا ۱۶ بارداری یا در اولین ویزیت قبل از زایمان غربالگری شوند. هدف از درمان استریل شدن کشت ادرار در طول بارداری و جلوگیری از عوارض ناشی از UIT است. درمان باکتری اوری بدون علامت و سیستیت، روشهای درمانی شامل یک دوز فسفومایسین ۳ گرم یا





سفالکسین ۵۰۰ گرم ۴ بار در روز برای ۳ تا ۵ روز و دوره هفت روزه نیتروفورانئوئین یا دوره سه‌روزه کوتریموکسازول (هنگامی که آزمایشات عدم مقاومت آنتی بیوتیکی) را نشان می‌دهد. پیشنهاد می‌شود از نیتروفورانئوئین و کوتریموکسازول در سه ماه اول بارداری به دلیل احتمال تراژون، کمتر استفاده شود.

پیلونفریت حاد در بارداری در ابتدا باید با آنتی بیوتیک‌های تزریقی مانند سفالوسپورین نسل سوم به مدت ۱۴ روز استفاده کرد.

کشت ادرار باید یک تا دو هفته بعد از پایان درمان و سپس در فواصل ماهیانه برای بقیه دوران بارداری انجام شود برخی از متخصصان درمان پروفیلاکسی تا زمان زایمان را توصیه کرده‌اند. در صورت بروز عود عفونت‌های متعدد در دوران بارداری تصویربرداری بعد از زایمان باید انجام شود.

۱۳. بیمار ۴۰ ساله به دلیل درد و تورم دریای چپ مراجعه نموده و روز بعد دچار تب ۳۹ درجه فشار خون ۷۰/۳۰ درجه حرارت ۳۸ ضربان قلب ۱۴۵ و تعداد تنفسی ۲۸ تا در دقیقه گردید. پوست پا متورم با مرکزی سیاه درحد ۲ سانتی متر و بیمار نمی‌تواند انگشتان را حرکت بدهد و درد شدید دارد. علی‌رغم درمان با مایعات کریستالوئید و اپی نفرین بیمار همچنان بدحال، دچار DIC و وضعیت ناپایداری دارد. اضافه کردن هرکدام از داروهای زیر مفید است به استثنای؟

الف) اپی نفرین

ب) دوبوتامین

ج) هیدروکورتیزون

د) پروتئین سی فعال

پاسخ: د

(فصل sepsis)

تشخیص بیمار فوق septic shock می‌باشد. در تعریف جدید سپسیس استفاده از معیارهای SIRS کنار گذاشته شده و وجود اختلال در عملکرد اندام یک لازمه تشخیص می‌باشد تعریف سپسیس جدید یک اختلال در عملکرد اندام را می‌توان با افزایش نمره ارزیابی SOFA دو امتیاز یا بیشتر نشان داد شوک سپتیک در حال حاضر به عنوان زیرمجموعه از سپسیس تعریف می‌شود که در آن ناهنجاری قوی گردش خون سلولی و متابولیک با خطر مرگ‌ومیر بیشتر از سپسیس به تنهایی همراه است. این بیماران





را می‌توان با نیازبه وازوپرسور برای حفظ فشار متوسط شریانی ۶۵ میلی متر جیوه یا بیشتر و سطح لاکتات بیشتر از ۲ میلی مول در لیتر (<18 میلی‌گرم در دسی لیتر) در صورت عدم وجود هیپوولمی، از نظر بالینی مشخص کرد.

گایدلاین ۲۰۱۶ (نمره سریع SOFA (qsofa) را معرفی کرد که شامل سه جز است که به راحتی در کنار تخت بیمار قابل اندازه‌گیری است میزان تنفس ۲۲ در دقیقه یا بیشتر تغییر سطح هوشیاری و فشار خون سیستولی زیر ۱۰۰ میلی متر جیوه می باشد که در خارج از بیمارستان، بخش اورژانس، بخش عمومی بیمارستان در بیماران بالغ مشکوک به عفونت با حداقل معیار ۲ و بالای ۲ قابل اندازه‌گیری است.

در درمان بیماران مبتلا به شوک سپستیک باید اقدامات زیر انجام شود:

۱. سپسیس و شوک سپتیک یک اورژانس پزشکی است و درمان و احیای بیمار هر چه سریع باید شروع شود.

۲. کشت میکروبیال قبل از شروع آنتی بیوتیک در بیماران مشکوک به سپسیس باید درخواست شودو حداقل دوکشت خون در محیط هوازی و بی هوازی باید انجام شود.

۳. بیماران با هیپوپرفیوژن حداقل 30 CC/Kg کریستالوئید وریدی در عرض ۳ساعت اول دریافت کنند.

۴. برای بیمارانی که نیاز به وازوپرسور دارد باید حدی باشد که mean arterial pressure بالای ۶۵ حفظ شود

۵. نرواپی‌نفرین اولین انتخاب برای وازوپرسور می‌باشد. وازوپرسین یا اپی نفرین هم می‌توان اضافه نمود در بیمارانی که Unstable هستند دوبوتامین پیشنهاد می‌شود.

۶. هیدروکورتیزون وریدی 200 mg /day برای بیمارانی که unstable هستند پیشنهاد می شود (علیرغم دریافت مایعات و وازوپرسور)

۷. در بیمارانی که $Hg < 7 \text{ g/dl}$ دارند تزریق خون انجام می‌شود در بیمارانی که خونریزی دارند و یا اسکیمی میوکارد دارند سطح هموگلوبین را بالاتر باید حفظ کرد.

۸. کنترل قند خون در بیماران مبتلا به سپسیس در Icu توصیه می‌شود در صورتیکه که بیمار دو قند خون بالای 180 mg/dl دارند توصیه به دادن انسولین جهت کنترل قند خون می‌شود.

۹. بیکربنات سدیم در بیمارانی که $PH < 7.15$ دارند داده شود.

۱۰. استفاده از هپارین برای جلوگیری از DVT توصیه می‌شود.





۱۱. برای جلوگیری از استرس اولسر معده در بیماران سپسیس یا شوک سپتیک که در معرض خطر خونریزی گوارشی هستند درمان توصیه می شود.

۱۲. تغذیه زودرس وریدی به تنهایی یا تغذیه وریدی به همراه تغذیه روده ای در بیماران مبتلا به بیماری و خیم که می توانند تغذیه روده ای داشته باشند پیشنهاد نمی شود. (فصل سپسیس)

۱۴. بیماری سیروتیک، برای باردوم به علت تب، درد شکمی توام با تندرns در بیمارستان بستری است. درماینه دارای آسیت می باشد و در Tap مایع تعداد ۳۰۰ عدد نوتروفیل مشاهده شده است . تجویز کدامیک از آنتی بیوتیک‌های زیر ارجح است؟

الف) Imipenem-cilastatin

ب) Ceftazidim – avibactam

ج) Piperacillin – tazobactam

د) ampicillin – sulbactam

پاسخ: الف

(فصل پریتونیت و آبه‌های اینترا پریتونال)

در میان بزرگسالان پریتونیت اولیه معمولاً در بیماران مبتلا به سیروز و آسیت گزارش می‌شود . در بیماران بستری % ۳۰ _ ۱۰ برآورده شده است.

خطر ابتلا در بیماران سیروز پیشرفته (نوع c تقسیم بندی (child _turcotte puqh) بیشتر است اما با وجود همزمان بیماری‌های دستگاه گوارش مثل خونریزی ، | سابقه قبلی پریتونیت اولیه، غلظت پایین پروتئین در مایع آسیت کمتر از 1 gr/dl و افزایش بیلی روبین سرم بیشتر از 2. 5 mg/dl و استفاده از مهار کننده پمپ پروتون (ppi) بیشتر می‌شود.

درمان پریتونیت اولیه در صورت علائم زیر شروع می‌شود:

۱. تب بیش از ۳۷/۸

۲. درد و یا حساسیت شکم

۳. تغییر غیر قابل توضیح از وضعیت هوشیاری فرد

۴. اختلال آزمایشگاهی نشان دهنده عفونت (علائم نارسایی کلیه ، اسیدوز یا لکوسیتوز محیطی)

۵. تعداد نوتروفیل‌های مایع آسیت بیشتر از ۲۵۰ سلول در میلی متر مربع





از آنجا که اسمیر در پرتیونیت اولیه معمولاً منفی است، انتخاب اولین آنتی بیوتیک بر اساس محتمل ترین عوامل بیماریزا به شکل تجربی است. اگر نتایج آزمایش کشت و حساسیت در دسترس باشند رژیم آنتی بیوتیکی می تواند اصلاح شود. رژیم آنتی بیوتیکی نسل سوم سفالوسپورین ها موثر است این سفالوسپورین ها با طیف گسترده در درمان بیماران مشکوک به عفونت با پاتوژن مقاوم به فلوروکینولون موثر می باشد.

سایر عوامل مونو میکروبیال مثل بتالا کتام -بتالا کتاماز اینهیبیتور (مثل پیراسیلین تازوباکتام ، تیکارسیلین کلانولان، آمپی سیلین سولباکتام) و کار با پنم ها (ایمی پنم، مروپنم و دوری پنم ، ارتاپنم) جایگزین های خوبی هستند. فلوروکینولون هایی با طیف گسترده (به عنوان مثال لووفلوکساسین و موکسی فلوکساسین) از بیماران که کارباپنم نمی توانند استفاده کنند به عنوان درمان مد نظر قرار می گیرد.

پرتیونیت اولیه که عامل آن پنومو کوک یا استرپ A می باشد با پنی سیلین ، سفتریاکون یا سفوتاکسیم با دوز بالا مورد استفاده قرار می گیرد .

اگر سویه پنومو کوک به این آنتی بیوتیک ها مقاوم باشد ونکومایسین داروی ترجیحی است و تا زمانی که حساسیت آنتی بیوتیک مشخص نشود مورد درمان قرار می گیرد.

پرتیونیت مشکوک به عفونت با استاف آرئوس حساس به متی سلین با پنی سیلین مقاوم به پنی سیلیناز مثل نفیسیلین یا سفالوسپورین نسل اول (سفازولین) مورد استفاده قرار می گیرد .

اگر سویه مقاوم به متی سلین باشد و یا به پنی سیلین حساسیت داشته باشد از ونکومایسین، داپتومایسین، تلوانسین یا لینزولید استفاده می شود .

اگر جرم ایجاد شده از مایع آسیت سودومونا آئروژنوزا باشد، ازسفتازیدیم ، سفپیم، سفتولوزان - تازوباکتام ، سفتازیدیم - اویباکتام، کارباپنم (ایمی پنم، مروپنم، دوری پنم) با یک فلوروکینولون با فعالیت ضد سودومونا مثل سیپروفلوکساسین همراه با آنتی بیوتیک های دیگر که پوشش سودومونا دارند همراه شود.

از آمینوگلیکوزید بخاطر اثر روی کلیه کمتر استفاده می شود. اخیراً مقاومت چند دارویی از طریق تولید بتا لاکتاماز در بین گونه های باسیل های گرم منفی جداسده از مایع آسیت مشاهده شده است که در ارتباط با مراقبت های بهداشتی و موارد بیمارستانی می باشد.





۱۵. خانم ۴۷ ساله ای به علت درد RUQ، تب، استفراغ مراجعه کرده است. $WBC=17200$ می باشد، همودینامیک نرمال و هیچ سابقه ای از بیماری‌های زمینه ای ندارد. درسونوگرافی وجود سنگ ۱۵ میلی متری دردهانه کیسه صفرا دیده شده است. ضخامت جدار کیسه صفرا ۵ میلی متری بوده است. بیلی روبین توتال $2/2$ و مستقیم $1/8$ کدام یک از روش‌های درمانی زیر را برای ایشان توصیه میکنید؟

الف) تجویز سفتریاکسون + کله سیستکتومی با لاپاراسکوپ + قطع آنتی بیوتیک ۲۴ ساعت بعد از آن

ب) تجویز ایمی پنم + ونکومايسين به مدت ۱۰ روز و کله سیستکتومی سه ماه بعد

ج) مترونیدازول + پيپراسيلين - تازوباكتام به مدت یک هفته و سپس انجام کله سیستکتومی

د) کله سیستکتومی اورژانس + سفپيم و آمیکاسين به مدت ۵ روز

پاسخ: الف

(فصل عفونت کبد و مجرای صفراوی)

بیماران مبتلا به بیماری‌های صفراوی اغلب با درد فوقانی سمت راست شکم همراه هستند درد ممکن است به ناحیه اسکاپولاسرایت کند. کوله سیستیت و کلانژیت با درد مداوم از بیلیاری کولیک متمایز می‌شوند. تندرns در ناحیه RUQ و مورفی ساین مثبت در هنگام لمس کیسه صفرا با یا بدون توده نشان دهنده بیماری مجاری صفراوی است. تب و تاکی کاردی در علائم بالینی معمول است. عوارض آن آبسه کبدی یا داخل شکمی، نکروز یا گانگرن کیسه صفرا می‌باشد که در ۱۰ تا ۱۵ درصد موارد رخ می‌دهد. لکوسیتوز با شیفت به چپ اختلال آزمایشگاهی شایع در کله سیستیت حاد می‌باشد. آلکا لن فسفاتاز و بیلی روبین معمولاً بالا نمی‌رود مگر اینکه مجاری صفراوی درگیر شده باشد.

در تشخیص با سونوگرافی، مورفی ساین حین انجام سونوگرافی یک علامت تشخیص مهم است. علائمی مانند ضخیم شدن جدار کیسه صفرا بیشتر از ۴ میلیمتر، مایع اطراف کیسه صفرا، اتساع مجاری صفراوی نشاندهنده کله سیستیت می‌باشد.

در صورت عدم موفقیت سونوگرافی در تشخیص ممکن است از کله سینتی گرافی رادیونوکلئیدی (اسکن HIDA) استفاده می‌شود. نقص کیسه صفرا در تجمع کمتر است به شدت نشان دهنده کله سیستیت حاد به دلیل انسداد مجرای سیستیت است.





Ct اسکن برای ارزیابی کله سیستیت معمولاً استفاده نمی‌شود و حساسیت و ویژگی آن برای این بیماری مشخص نیست.

MR کلانژیوگرافی یک تکنیک غیر تهاجمی است که برای تجسم مجاری صفراوی استفاده می‌شود. نقش آنتی بیوتیک در کله سیستیت حاد به خوبی مشخص نشده است.

داده‌ها نشان می‌دهد که می‌توان آنتی‌بیوتیک را تا ۲۴ ساعت بعد کله سیستکتومی قطع کرد. در مواردی که شواهد عفونت در خارج از کیسه صفرا وجود نداشته باشد. آنتی بیوتیک برای عوارض کله سیستیت مانند گانگرن یا پرفوریشن به مدت ۷-۴ روز بعد از به دست آوردن کنترل منبع و مشکلات آناتومیکی توصیه می‌شود. دوره‌های طولانی‌تر آنتی‌بیوتیک در موارد آبه کبدی توصیه می‌شود.

* اندیکاسیون دادن آنتی بیوتیک در کله سیستیت، بیماران debile, sever ill, elderly، نقص ایمنی و بیماران دچار ایکتر می‌باشد.

با وجود جداسازی کشت انتروکوک از ترشحات صفراوی معمولاً نیازی به پوشش جرم انتروکوک نمی‌باشد. از بین بردن سایر عوامل بیماری‌زا به طور موثر عفونت را درمان می‌کند، علیرغم اینکه کشت انتروکوک ترشحات صفراوی داشته باشیم. با این حال در گیرندگان پیوند کبد انتروکوک به عنوان یکی از عوامل بیماری‌زا مورد توجه قرار می‌گیرد.

استفاده از رژیم آنتی‌بیوتیک با پوشش بی‌هوازی برای انواع کله سیستیت‌های اکتسابی از جامعه لازم نیست مگر اینکه آناستوموز صفراوی روده‌ای وجود داشته باشد.

در صورت گانگرن یا سوراخ شدن، جراحی فوری باید انجام شود که شامل کله سیستکتومی با کلانژیوگرام حین عمل است. در بیمارانی که از لحاظ بالینی stable نیستند کله سیستوستومی (درناژ پوستی مجاری صفراوی با برداشتن سنگ انسدادی) ممکن است به عنوان یک اقدام موقت انجام شود. این روش را می‌توان با بی‌حسی موضعی و روی تخت در بیماران بدحال انجام داد و می‌تواند نجات دهنده باشد.

مدت زمان جراحی در گروه بیمارانی که به درمان محافظه کاران پاسخ داده است ۶ تا ۱۲ هفته بعدی است اما چند مطالعه نشان داده است جراحی لاپاراسکوپیک عوارض کمتری دارند، مدت کوتاه‌تری در بیمارستان بستری می‌شوند.

چند مطالعه نشان داده است که جراحی اولیه به اندازه تاخیر در جراحی نیز موثر است و همراه با هزینه کمتر و تعداد روزهای کمتر بستری و عفونت کمتر زخم می‌باشد.





۱۶. خانم مبتلا به کولیت اولسروز، به علت تب، درد شکم لوکالیزه در LUQ و لکوسیتوز مورد بررسی قرار گرفته و در CTscan شکم با کنتراست، بزرگی طحال همراه با کانون هیپودنس به قطر ۴۵ میلی متر در بافت طحال ملاحظه شده است. آسپیراسیون تحت گاید، مایع غلیظ به ظاهر چرکی نشان داده است که اسمیر و کشت آن منفی است. کدام یک از اقدامات زیر مناسب خواهد بود؟

الف) افزایش دوز سولفاسالازین

ب) درمان آنتی بیوتیکی با پوشش بی هوازی ها

ج) تجویز کورتیکوستروئید

د) شروع درمان ضد سل

پاسخ: ج

(فصل آبسه طحال)

آبسه طحالی معمولاً ناشی از باکتری می باشد. اندوکاردیت عفونی به شدت با آبسه طحال همراه بوده است. سایر منابع شامل عفونت دستگاه ادراری، زخم‌های جراحی و دستگاه گوارش است. تروما، نقص سیستم ایمنی، HIV، هموگلوبینوپاتی ایاتروژنیک، سندرم فلتی، دیابت و آمیلوئیدوز ایجاد کننده آبسه طحال هستند.

علل میکروبیال شایع آبسه طحال استرپ، استاف، سالمونلا، ECOLI می باشد.

در افراد نقص سیستم ایمنی عفونت‌های فونگال مثل کاندیدا، آسپرژیلوس، موکور و مایکوباکتریوم دیده می شود. جرم‌های بی‌هوازی معمولاً عامل آبسه‌های طحال نمی باشد.

در بیماران HIV مثبت، عوامل بیماری‌زای فرصت طلب مانند سالمونلا، مایکوباکتریوم توبرکلوز، مایکوباکتریوم آویوم، TB، لیشرمانیا، ردوکوک، پنوموسیستیس جیرووسی عامل آبسه طحال می باشند.

در افراد آئمی داسی شکل عفونت با سالمونلا و استاف دیده می شود. گاهی اوقات آبسه‌های غیر عفونی

در بیماران مبتلا به IBD دیده می شود که علت ناشناخته همراه با تب دارند و به آنتی بیوتیکها پاسخ نمی دهند و به درمان با کورتون پاسخ می دهند این آبسه‌های آتپیک اغلب با آبسه‌های آسپتیک در

سایر نقاط همراه هستند اما طحال شایع‌ترین محل است.

۱۷. مرد ۵۵ ساله ای با شکایت از تهوع و درد در نیمه تحتانی چپ شکم مراجعه کرده و در اورژانس

بستری شده است. علائم حیاتی به جز درجه حرارت ۳۷/۸ پایدار است. در معاینه شکم نرم است

