

بازتاب هنر

طبابت هنر است،
هنر هماهنگی قلب و اندیشه



سرشناسه	: زمانی، فریده، ۱۳۵۴-
عنوان و نام پدیدآور	: مجموعه سوالات مورد و ارتقاء تخصصی نورولوژی سالهای ۱۴۰۱ و ۱۴۰۰ ویژه آزمون ارتقاء و مورد تخصصی ۱۴۰۲/گردآوری و پاسخ‌دهی به سوالات فریده زمانی.
مشخصات نشر	: تهران: کاردیا، ۱۴۰۱.
مشخصات ظاهری	: ۵۶۲ ص. : مصور، جدول(رنگی)، نمودار(رنگی).
شابک	: ۵۳۵۰۰۰ ریال: 3-978-622-5217-71
وضعیت فهرست نویسی	: فیبا
یادداشت	: سوالات کتاب حاضر برگرفته از کتاب "Adams and Victor's principles of neurology, 11th. ed, c2019" اثر آلن روپر، مارتین ا. سامولتز، جاشوا کلاین است.
یادداشت	: عنوان دیگر: مجموعه سوالات مورد و ارتقاء تخصصی نورولوژی سال‌های ۱۴۰۱ و ۱۴۰۰ به همراه پاسخ‌های تشریحی.
عنوان دیگر	: مجموعه سوالات مورد و ارتقاء تخصصی نورولوژی سال‌های ۱۴۰۱ و ۱۴۰۰ به همراه پاسخ‌های تشریحی.
موضوع	: عصب‌شناسی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها Neurology -- Examinations, questions, etc. پزشکی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها Medicine -- Examinations, questions, etc.
شناسه افزوده	: روپر، آلن، ۱۹۵۰ - م
شناسه افزوده	: Ropper, Allan H.
شناسه افزوده	: سامولتز، مارتین ا.، ۱۹۴۵ - م.
شناسه افزوده	: Samuels, Martin A.
شناسه افزوده	: کلاین، جاشوا
شناسه افزوده	: Klein, Joshua
رده بندی کنگره	: RC۳۵۶
رده بندی دیویی	: ۸۰۰۷۶/۶۱۶
شماره کتابشناسی ملی	: ۹۱۳۴۸۰۹
اطلاعات رکورد کتابشناسی	: فیبا
تاریخ درخواست	: ۳۰/۱۱/۱۴۰۱
تاریخ پاسخگویی	:
کد پیگیری	: ۹۱۳۱۹۴۳

مجموعه سوالات مورد و ارتقاء تخصصی نورولوژی سال‌های ۱۴۰۱ و ۱۴۰۰ به همراه پاسخ‌های تشریحی
چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت‌یار
نوبت چاپ: اول ۱۴۰۱
تیراژ: ۱۰۰ نسخه
شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۵۲۱۷-۷۱-۳
بهاء: ۵۳۵،۰۰۰ تومان

پاسخ‌های تشریحی
پاسخگویی به سوالات: دکتر فریده زمانی
ناشر: انتشارات کاردیا
صفحه‌آرا: سپیده دبیری - رزیدنت‌یار
طراح و گرافیک: رزیدنت‌یار - مهرداد فیضی

آدرس: تهران میدان انقلاب - کارگر جنوبی - خیابان روانمهر - بن بست دولتشاهی پلاک ۱ واحد ۱۸
شماره تماس: ۰۲۱-۶۶۴۱۹۵۲۰

هر گونه کپی‌برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

مجموعه سوالات مورد و ارتقاء تخصصی

نورولوژی سالهای ۱۴۰۱ و ۱۴۰۰

ویژه آزمون ارتقاء و مورد تخصصی ۱۴۰۲

- 1-Adam's and victor's Principles of neurology /11edition/: 2019
- 2 – Merritt's Neurology /14 th edition/ 2021
- 3- DeMyer's The neurologic examination, A Programmed text /7th Edition /2017
- 4- Electromyography and neuromuscular disorder / Preston & Shapiro /2020
- 5 – Atlas of EEG Seizure Semiology and Management / Karl E . Misuliis/ 2022

گردآوری و پاسخدهی به سوالات:

دکتر فریده زمانی

متخصص بیماری های مغز و اعصاب

دارای رتبه ۵٪ مورد سال ۱۴۰۱

سخن ناشر:

سپاس و ستایش شایسته پروردگاری که کرامتش نامحدود و رحمتش بی پایان 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 شاکران 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 مباحث بیماری‌های مغز و اعصاب 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>

مقدمه مولف:

این کتاب شامل سؤالات و پاسخ‌های تشریحی ارتقاء و بورد سال‌های ۱۴۰۰ و ۱۴۰۱ می‌باشد. سعی شده است پاسخ‌ها متناسب با ذهنیت دانشجو و با لحنی روان بیان شوند و از آخرین رفرنس نورولوژی اعلام شده توسط سازمان سنجش پزشکی استفاده گردد. همچنین در پاسخ سؤالات از جداول بسیار بسیار مهم رفرنس مریت به کرات استفاده شده است، چرا که جداول اخیراً بسیار مورد توجه طراحان بوده و توصیه می‌شود جداول با دقت مطالعه شوند.

دکتر فریده زمانی

زمستان ۱۴۰۱

تقدیم به تمامی بانوان ایران زمین

به خصوص بانوی کوچک زندگی ام، تیارا جان،

که آینده‌ای روشن و پرامید برایش آرزومندم...

فهرست

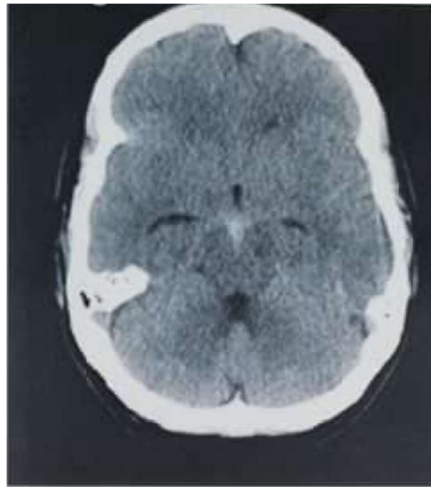
مجموعه سؤالات و پاسخنامه ارتقاء تخصصی ۱۴۰۱.....	۱۳
مجموعه سؤالات و پاسخنامه بورد تخصصی ۱۴۰۱.....	۱۶۱
مجموعه سؤالات و پاسخنامه ارتقاء تخصصی ۱۴۰۰.....	۲۹۹
مجموعه سؤالات و پاسخنامه بورد تخصصی ۱۴۰۰.....	۴۲۵



سؤالات و پاسخنامه

ارتقاء تخصصی ۱۴۰۱ نورولوژی

۱- بیمار جوانی با شکایت سردرد مراجعه کرده است. Brain CT بیمار را مشاهده می کنید. آنژیوگرافی اولیه نرمال می باشد. با توجه به تصویر زیر کدام یک از گزینه ها در مورد این بیمار غلط است؟



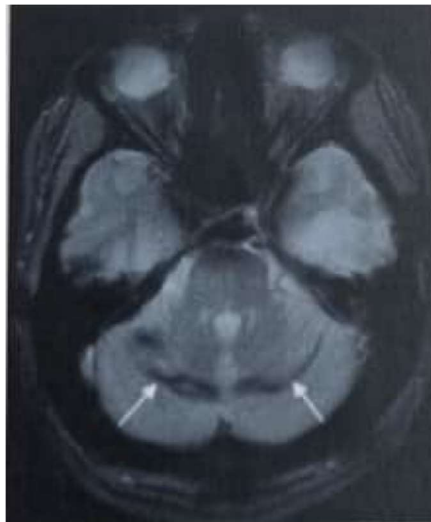
- الف) وازواسپاسم سیمپتوماتیک رخ نجابه جا.
- ب) باید آنژیوگرافی دو هفته بعد تکرار گردد.
- ج) خونریزی مجدد معمولاً در این بیماران رخ نجابه جا.
- د) معاینه نورولوژیک معمولاً نرمال می باشد.

پاسخ: گزینه ب



خونریزی پری مزانسفالیک: ۱۰ درصد موارد از SAH را شامل می‌شود / منبع خونریزی وریدی و غیر آنوریسمی می‌باشد و در سیستم‌های اطراف پونز و میدبرین است. این نوع از SAH پروگنوز خوبی دارد و عوارض جدی مثل وازواسپاسم، هیدروسفالی و rebleeding ندارد. در صورت منفی بودن آنژیوگرافی اول نیاز به انجام مجدد آنژیوگرافی نیست. (آدامز فصل ۳۳)

۲- دو روز پس از تخلیه هماتوم ساب دورال نیمکره چپ در بیمار ۴۷ ساله دچار ترومای سر، بهبود هوشیاری روی نداده و در MRI کنترلی که مشاهده می‌کنید، رگ‌های خونی دوطرفه نامنظم بین فولی‌های مخچه دیده می‌شود که در تصویربرداری اولیه وجود نداشته است. علت این یافته کدام است؟



الف) کانتوژن با هموراژی

ب) خونریزی وریدی

ج) ایسکمی border zone

د) حرکت خون به علت پوزیشن جراحی

پاسخ: گزینه ب

(ارجاع به پاسخ سؤال ۸۵ بورد ۱۴۰۱)

Brain sagging

این مطلب به تازگی مورد توجه طراحان قرار گرفته و خلاصه‌ای از آن را ذکر می‌کنم.





این سندرم به دنبال جراحی تا ۴۸ h بعد قابل رؤیت هست. زمانی که sedation از بین می‌رود متوجه اختلال هوشیاری و آنیزوکوری (هالمارک) در بیمار می‌شویم.
 کرایتری سندرم (۱) علائم هرنی ترانس تنتوریال (۲) هوا در جمجمه همراه با افسمان سیسترن‌های بازال (۳) بهبود علائم با ترندلنبرگ کردن بیمار.
 ریسک فاکتور این شرایط ادم مغزی گلوبال قبل جراحی، درناژ لومبار حین جراحی، و نتریکولوستومی و طول کشیدن جراحی می‌باشد.

Image: flat شدن کیاسم اپتیک و قدام پونز / نزل brainstem / تونسیل‌های مخچه / افسمان و کاهش فضای سیسترن‌های قاعده‌ای / فشرده شدن عناصر post fossa / پنوموسفالی و علامت mount fuji sign (حالت قله‌ای شدن لوب فرونتال به دلیل فشار زیاد هوا در کرانیوم) / Zebra sign (علت این علامت خونریزی‌های اپیزودی در مخچه به دلیل خونریزی وریدی ناشی از CSF loss حین عمل جراحی نخاع یا مغز می‌باشد).

درمان:

(۱) به مدت چند ساعت trendelenburg کردن (اگر با این حالت بهبود حاصل نشد باید به تشخیص شک کرد).

(۲) تزریق ۱۵-۱۰ سی سی خون بیمار در فضای لومبار

(۳) موارد هرنی ساقه مغز انفوزیون مایع ایزوتون با کاتتر لومبار می‌تواند مفید باشد.

(۴) موارد خفیف با binder های شکمی، هیدراته کردن و کافئین خوراکی قابل کنترل است.

(مریت فصل ۱۱۲)

۳- در معاینه حرکات چشمی بیمار مبتلا به کما مشاهده می‌کنید که هر دو چشم با سرعت بالا از وضعیت اولیه به سمت پایین رفته و با سرعت آهسته به وضعیت اولیه برمی‌گردند. کدام یک از موارد زیر می‌تواند عامل ایجاد کننده کما در بیمار باشد؟

الف) Putaminal hemorrhage

ب) Pontine hemorrhage

ج) Thalamic infarction

د) Watershed infarction





پاسخ: گزینه ب

Ocular bobbing: در بیماران کومایی با ضایعه در تگمنتوم پونز و میدبرین حرکات افقی چشم از بین رفته و حرکات عمودی به صورتی که با سرعت چشم به پایین رفته و آهسته به وسط بازمی‌گردد، دیده می‌شود. (آدامز ۲۰۱۹ فصل ۱۶ / مریت ۲۰۲۱)

۴- بیماری با ICH وسیع پوتامن در سمت راست مغز در بخش بستری شده است. مشاهده کدام یک از موارد زیر در معاینه بیمار نشان‌دهنده آن است که برای بیمار پدیده Kernohan-Woltman رخ داده است؟

- الف) علامت بابنسکی سمت راست
- ب) پوسچر اکستانسور سمت چپ
- ج) مردمک متسع در سمت راست
- د) انفارکت لوب اکسیپیتال راست

پاسخ: گزینه الف

Kernohan-Woltman: در اثر آسیب و ضایعه فضاگیر همی سفرها موجب جابه‌جایی ساختارهای ساب تالاموس می‌شود و پدانکل مغزی را به لبه آزاد تنتوریوم فشار جابه‌جا که موجب پارزی و بابنسکی در سمت ضایعه مغزی و سپس پوسچر دسربره در آن سمت می‌شود. ندرتاً شریان PCA و عصب ۳ همان سمت نیز کمپرس می‌شوند که منجر به افتالموپلژی و میدریاز همان سمت و انفارکت اکسیپیتال همان سمت می‌شود. (آدامز فصل ۱۶)

۵- انفارکت در ناحیه شریان مغزی قدامی (ACA) از عوارض کدام یک از انواع سندرم‌های هر نیشن مغز می‌باشد؟

- الف) Subfalcial herniation
- ب) Tonsillar herniation
- ج) Uncal herniation
- د) Central herniation

پاسخ: گزینه الف





Subfalcial herniation: به علت انفارکت MCA یا SDH و EDH که موجب جابه‌جایی همی‌سفر به سمت مقابل و شیفت میدلاین می‌شود. علائم از پارزی سمت مقابل به کوادری پارزی و کوما و فلج ۳ همان سمت پیشروی می‌کند. همچنین انفارکت ACA همان سمت رخ می‌دهد.

**TABLE 19.3** Herniation Syndromes

Types	Mechanism of Herniation/Complications
Subfalcine	<ul style="list-style-type: none"> • Mechanism: lateral shifting displacement of the brain by a compartmentalized hemispheric mass lesion at the level of the ventricles or above • Classic causes: malignant MCA infarction, acute subdural or epidural hematoma • Imaging: midline shift with ipsilateral widening of the perimesencephalic cisterns • Clinical: contralateral hemiparesis progressing to bilateral motor posturing and coma, with late ipsilateral CN III palsy due to stretching of the oculomotor nerve • Complications: delayed ipsilateral ACA pericallosal infarction due to compression against the falx
Central transtentorial	<ul style="list-style-type: none"> • Mechanism: downward displacement of the brain by a bilateral supratentorial mass lesion, with craniocaudal pressure on diencephalon with downward displacement • Classic causes: massive bilateral intraventricular hemorrhage leading to acute obstructive hydrocephalus, massive global cerebral edema • Imaging: bilateral loss of the perimesencephalic cisterns and downward displacement of the midbrain tectum into the posterior fossa • Clinical: early Parinaud syndrome (loss of upgaze and convergence, retraction nystagmus) followed by rostrocaudal loss of brainstem reflexes associated with progression from decorticate to decerebrate posturing • Complications: stretching of small penetrating vessels leading to diencephalic and brainstem infarction, sometimes pituitary damage • Less common dorsal pressure leading to Parinaud syndrome (limitation of upward eye movements, usually with impairment of pupillary light reflex and difficulty with convergence)
Uncal transtentorial	<ul style="list-style-type: none"> • Mechanism: displacement of medial temporal lobe over free tentorial edge by a temporal lobe mass lesion or during the late stages of lateral and downward herniation • Classic causes: intracerebral mass lesions, for example, intracerebral hematoma, subdural hematoma, brain tumor • Imaging: prominent medial displacement of the uncus into the tentorial notch • Clinical: early ipsilateral dilated pupil due to CN III compression and ipsilateral or contralateral hemiparesis/posturing • Complications: trapping of the contralateral lateral ventricle due to compression of the third ventricle and aqueduct; compression of posterior cerebral arteries with resultant infarction
Tonsillar	<ul style="list-style-type: none"> • Mechanisms: displacement of cerebellar tonsils into the foramen magnum → compression of medulla and fourth ventricle





- Classic cause: acute cerebellar ICH or rapidly expanding tumor
- Imaging: herniation of cerebellar tonsils into the foramen magnum at level of the medulla
- Clinical: impaired respiratory and cardiac function, neck stiffness, flaccid paralysis, and coma
- Complications: secondary obstructive hydrocephalus due to obstruction of the fourth ventricle

Upward herniation	<ul style="list-style-type: none"> • Mechanisms: displacement of superior cerebellar vermis upward leading to compression of dorsal mesencephalon, blood vessels, and aqueduct • Classic cause: acute cerebellar ICH or rapidly expanding tumor • Imaging: cerebellar mass lesion with effacement of quadrigeminal cistern and upward displacement of midbrain tectum • Clinical: impaired consciousness, loss of pupillary and oculocephalic reflexes • Complications: secondary obstructive hydrocephalus due to obstruction of the cerebral aqueduct
-------------------	--

Abbreviations: ACA, anterior cerebral artery; CN, cranial nerve; ICH, intracranial hemorrhage; MCA, middle cerebral artery.

(مریت فصل ۱۹ / جدول ۳-۱۹)

۶- آقای ۸۶ ساله با سابقه دیابت با شکایت فراموشی و پرحرفی و حملات داد و فریاد در حین خواب مراجعه کرده است. بیمار قادر به انجام کارهای روزمره اش می باشد. در معاینات نورولوژیک برادی کینزی و ریجیدیتی داشته و 25 (MMSE) mini mental status exam است. در EEG بیداری شواهد افزایش ریتم بتا، تتا اکتیویته بیشتر در نواحی تمپورال دو طرف با آهستگی ریتم آلفا گزارش شده است. کدام یک از موارد زیر در این بیمار صحیح می باشد؟

الف) علائم مطابق با شروع آلزایمر است.

ب) درمان آنتی اپی لپتیک توصیه می شود.

ج) درمان نورولپتیک توصیه می شود.

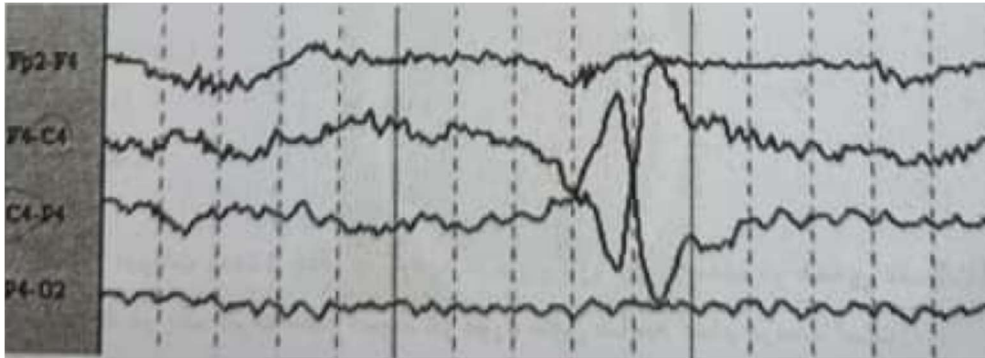
د) EEG متناسب با سن بیمار است.

پاسخ: گزینه د

EEG در سالمندی تغییراتی دارد شامل کندی ریتم آلفا زمینه ای، افزایش فعالیت بتا / کاهش درصد خواب slow wave / افزایش ریتم تتا به ویژه در تمپورال. (آدامز فصل ۲۸)

۷- epoch زیر قسمتی از الکتروانسفالوگرافی ثبت شده از بیمار ۲۴ ساله با شرح حال یک مرتبه تشنج تونیک کلونیک زنرالیزه است. موردی که مشاهده می کنید مربوط به کدام یک از گزینه های زیر است؟





Decrease C4 impedance (الف)

Sweat artifact (ب)

Mitten rhythm (ج)

Electrode pop (د)

پاسخ: گزینه د

به دلیل نمای آینه‌ای و mirror بودن به نفع الکتروود آرتیفکت می‌باشد. (ابوخلیل)

۸- در MRI آقای ۲۶ ساله که دچار علائم پیشرونده اختلال راه رفتن همراه با افتادن‌های مکرر و اختلال شناختی خفیف می‌باشد، هیدروسفالی قابل توجه بطن‌های جانبی به همراه ادم بینابینی مشهود است. او سال گذشته به دلیل ابتلا به SAH مورد جراحی قرار گرفته بوده است. کدام اقدام تشخیصی مناسب‌تر است؟

Radio-nucleotide cisternography (الف)

Continuous lumbar drainage (ب)

CT myelography (ج)

Digital subtraction angiography (د)

پاسخ: گزینه ب

NPH: علل ثانویه شامل SAH، مننژیت، پاژه، موکوپلی ساکاریدوز، آکندروپلازی، استنوز مادرزادی aqueduct می‌باشد.

