

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

طبابت هنر است،

هنر هماهنگی قلب و اندیشه

سرشناسه

عنوان و نام پدیدآور

: ادبی مهر، علیرضا، -۱۳۶۷، گردآورنده

: مجموعه سوالات بورد و ارتقاء تخصصی بیماری‌های عفونی سال ۱۴۰۱ ویژه آزمون ارتقاء و بورد تخصصی

۱۴۰۲ /... گردآوری و پاسخدهی به سوالات علیرضا ادبی مهر.

: مشخصات نشر ۱۴۰۱

: مشخصات ظاهري ۳۶۸ ص: جدول.

: شابک ۹۷۸-۶۲۲-۵۲۱-۶۱-۴ ۳۵۵.۰۰۰ ریال:

: وضعیت فهرست نویسی فيبا

يادداشت

: سوالات کتاب حاضر برگرفته از کتاب

"Harrison's principles of internal medicine, 21th.ed, 2022"

اثر جزوی لاسکالزو ... او دیگران آ و کتاب

"Mandell, Douglas, and Bennett's principles and practice of infectious diseases, 9th. ed, 2020"

اثر جان یوجین بنت، رافائل دالین، مارتین جی، بلیز است.

: بیماری‌های واگیر -- آزمون‌ها و تمرین‌ها

موضوع

Communicable diseases -- Examinations, questions, etc.

: پزشکی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها

Medicine -- Examinations, questions, etc.

: لاسکالزو، جوزف، -۱۹۵۱.

شناسه افزوده

: Loscalzo, Joseph, 1951-

شناسه افزوده

: بنت، جان یوجین، -۱۹۳۳.

شناسه افزوده

: Bennett, John Eugene

شناسه افزوده

: دالین، رافائل

شناسه افزوده

: Dolin, Raphael

شناسه افزوده

: بلیز، مارتین ج.

شناسه افزوده

: Blaser, Martin J.

شناسه افزوده

: ماندل، جرالد، -۱۹۳۶.

شناسه افزوده

: Mandell, Gerald L.

شناسه افزوده

: داگلاس، رابرت گوردون، -۱۹۳۴.

شناسه افزوده

: Douglas, Robert Gordon

شناسه افزوده

: ۱۱۱RC : رد پندی کنگره

رد پندی دیوبی

: ۹۰۷۶/۶۱۶ : شماره کتابشناسی ملی

: ۹۱۳۷۱۷۴ : اطلاعات رکورد

: فيبا کتابشناسی

تاریخ درخواست : ۰۳/۱۲/۱۴۰۱

تاریخ پاسخگویی :

کد پیگیری : ۹۱۳۶۳۳۰

مجموعه سوالات بورد و ارتقاء تخصصی بیماری‌های عفونی سال ۱۴۰۱ به همراه پاسخ‌های تشریحی
پاسخگویی به سوالات: دکتر علیرضا ادبی مهر
نوبت چاپ: اول ۱۴۰۱
ناشر: انتشارات کارдیا
تیراژ: ۱۰۰ نسخه
صفحة آر: رزیدنت یار - سپیده دبیری
شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۵۲۱۷-۶۱-۴
طراح و گرافیست: رزیدنت یار - مهراد فیضی
بهاء: ۳۵۵.۰۰۰ تومان

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 بورد و ارتقاء تخصصی

بیماری های عفونی ۱۴۰۱

ویژه آزمون ارتقاء و بورد تخصصی ۱۴۰۲

**Harrison's principles of internal medicine, 20th.ed, 2022;
Mandell, Douglas, and Bennett's principles and practice
of infectious diseases, 9th. ed, 2020.**

گردآوری و پاسخدهی به سوالات:

دکتر علیرضا ادبی مهر

متخصص عفونی

رتبه برتر بورد سال ۱۳۹۹

استادیار دانشگاه علوم پزشکی قم

سخن ناشر:

سپاس و ستایش شایستهٔ 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 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 پیشو در نظام کمک آموزشی پزشکی کشور به سبک نوین و مطابق با آخرين پیشرفتهای آموزشی در حیطه پزشکی با کادری مجبوب 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 محتوى بسیار غنی در مباحث بیماری‌های عفونی و گرم‌سیری 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 استادی 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:

در زمانه انفجار اطلاعات و گسترش روزانه مرزهای دانش و تغییرات سالانه خرد و یا حتی کلان و بنیادین کتب مرجع، یکی از میانبرهای دستیابی به مطالب اصلی و نکات کلیدی زیرشاخه های تخصصی پزشکی، بررسی سوالات آزمون های معابر آن زیرشاخه در قالب یک کتاب خلاصه است.

در همین راستا آزمون ارتقاء و بورد ۱۴۰۱ بر اساس جدیدترین ویرایش کتب مرجع شامل مندل ۲۰۲۰ و هاریسون ۲۰۲۲ و دستورالعمل های کشوری و مقالات روز دنیا با زبانی ساده و جواب هایی مختصر و مفید مورد پاسخگویی قرار گرفته و پیش روی علاقه مندان قرار دارد. امید که مورد پسند و استفاده قرار گیرد.

علیرضا ادبی مهر

زمستان ۱۴۰۱

تقدیم به پدر و مادر بزرگوار
و همسر عزیزم
که راهنما و پشتیبان اصلی من در تمام مراحل زندگی بوده اند...

فهرست

- مجموعه سوالات و پاسخنامه ارتقاء تخصصی بیماری های عفونی سال ۱۴۰۱ ۱۳
- مجموعه سوالات و پاسخنامه بورد تخصصی بیماریهای عفونی سال ۱۴۰۱ ۱۹۹



سؤالات و پاسخنامه

ارتقاء تخصصی سال ۱۴۰۱

بیماریهای عفونی

۱. بیمار آقایی ۲۷ ساله قصاب با شکایت تب و درد اندامها و خونریزی ادراری به درمانگاه مراجعه نموده است. در سابقه سه روز قبل جگر خام مصرف نموده است. در آزمایشات بیمار:

SGPT=190, SGOT=170,

INR=2.4, PLT=85000 پس از بستری کردن بیمار تا آماده شدن آزمایشات، درمان پیشنهادی علاوه بر اقدامات حمایتی کدام است؟

ب) ریباویرین

الف) رمدسیور

د) آسیکلولویر

ج) والاسیکلولویر

پاسخ: CCHF یک بیماری خونریزی دهنده تبدار حاد است، عامل آن ویروس CCHF بوده که بیشتر به وسیله کنه منتقل می شود. این بیماری مرگ و میر بالایی دارد. کنه مخزن و ناقل بیماری است، عفونت در انسان پس از گزش کنه آلوده یا له کردن آن روی پوست یا تماس با پوست، لشه حیوان، خون و ترشحات حیوان آلوده و یا تماس با خون و بافت‌های بیمار مبتلا ایجاد می شود. خطر انتقال در طی ذبح حیوان و یا یک دوره کوتاه پس از ذبح حیوان وجود دارد.

تظاهرات بالینی کلاسیک CCHF دارای چهار مرحله است:

۱. دوره کمون: معمولاً ۱-۳ روز و حداقل ۹ روز است.

۲. مرحله قبل از خون ریزی: متوسط ۳ روز سردد شدید، تب، لرز، درد عضلانی -بخصوص در پشت پاهای- گیجی درد و سفتی گردن ، درد چشم ترس از نور اتفاق می افتد. ممکن است حالت تهوع، استفراغ بدون ارتباط با غذا خوردن و گلودرد و التهاب ملتحمه در اوایل بیماری وجود داشته باشد که گاهی با اسهال و درد شکم و کاهش اشتها همراه می شود. تب معمولاً برای ۳ تا ۶ روز طول می کشد. تغییرات





قلبی عروقی شامل کاهش ضربان قلب و کاهش فشار خون می باشد. در این مرحله لکپنی و ترمبوسیتوپنی ایجاد می شود.

۳. مرحله خونریزی دهنده: مرحله کوتاهی است که به سرعت اتفاق می افتد و معمولاً در روز ۳ تا ۵ بیماری شروع می شود و ۱ تا ۱۰ روز (بطور متوسط ۴ روز) طول می کشد یا در این مرحله بیمار فوت می کند. خونریزی از اندازه پتشی تا اکیموز و هماتوم در مخاطها و پوست ممکن است ایجاد شود. خونریزی از لثه، بینی، استفراغ خونی، ملنا و خونریزی رحم، شکلات تنفسی، بزرگی طحال و کبد ممکن است دیده شود. وجود خون و پرتنین در ادرار شایع است.

۴. دوره نقاہت: بیماران از روز دهم وقتی ضایعات پوستی کم رنگ می شوند، بتدریج بهبودی پیدا میکنند. اغلب بیماران در هفته های ۳ تا ۶ بعد از شروع بیماری وقتی شاخصهای خونی و آزمایش ادرار طبیعی شد از بیمارستان مرخص می شوند. ویژگی یا مشخصه دوره نقاہت، طلونی بودن آن به همراه ضعف می باشد (Asthenia) که ممکن است برای یک ماه یا بیشتر باقی بماند.

تشخیص آزمایشگاهی: حدود ۶ روز پس از شروع بیماری ممکن است بتوان آنتی بادی IgM و IgG را در سرم به روش ELISA جدا نمود IgM تا چهار ماه قبل اندازه گیری است و مثبت بودن آن دلیل قطعی بودن تشخیص بیماری است IgG را تا ۵ سال می توان اندازه گیری نمود. تشخیص تؤمن اپیدمیولوژیکی - بالینی : در موارد شروع حاد- شروع ناگهانی علایم بالینی-به همراه سابقه مسافرت بیمار به مناطق روسایی یا تماس با دام یا لشه و ترشحات آن (مثلا در قصابی) یا گزش با کنه تشخیص بیماری مطرح می گردد.

درمان : بلافضله پس از تشخیص مورد محتمل، CCHF اقدامات درمانی بایستی صورت گیرد. درمان حمایتی : شامل اصلاح آب و الکترولیتها و درمان DIC می باشد.

بررسی علایم حیاتی و هماتوکریت: در صورت افت شدید هموگلوبین تزریق خون و در موارد ترومبوسیتوپنی شدید و نشانه های خونریزی فعال، تجویز پلاکت لازم است.

درمان ضد ویروسی : داروی انتخابی ضد ویروسی، ریباویرین می باشد. مکانیسم اثر ضد ویروسی ریباویرین ناشناخته است ولی مانع ساخته شدن mRNA ویروس می گردد. ریباویرین به دو شکل خوراکی و تزریقی داخل وریدی ساخته شده است . مدت درمان با ریباویرین ۱۰ روز است.





پاسخ: گزینه ب

(دستور العمل کشواری، تب خونریزی دهنده کریمه کنگو)

۲. جهت بروفلاکسی، از برینتوност در خونریزی، گوارش، فوکانه، در بیمار با سابقه سرسوز همراه با آست.

تمام مواد درست است، به جز:

- الف) سفتریاکسون
ب) نورفلوکساسین
ج) سیپروفلوکساسین
د) داکسی سیکلین

پاسخ: جهت پروفیلاکسی از پریتونیت در خونریزی گوارشی یا عروق واریسی مری در بیمار مبتلا به آسیت در زمینه سیروز آنتی بیوتیک آغازین انتخابی سفتیریاکسون بوده که در صورت قطع خونریزی می توان آن را به کوتیریموکسازول، سیپروفلوكساسین خوارکی تغییر داد.

TABLE 74.2 Prevention and Prophylaxis of Primary Peritonitis (Cirrhotic Patients With Ascites)

INDICATION	ANTIBIOTIC REGIMEN
Variceal or gastrointestinal bleeding	Ceftriaxone 1 g IV for 7 days, can be changed to oral TMP-SMX DS or ciprofloxacin 500 mg or norfloxacin 400 mg twice daily to complete the 7-day course, once bleeding has ceased and the patient is stable
Prior episode of primary peritonitis	Oral TMP-SMX DS, or ciprofloxacin 500 mg, or norfloxacin 400 mg once daily
Ascitic fluid protein <1 g/dL	Oral TMP-SMX DS, or ciprofloxacin 500 mg, or norfloxacin 400 mg once daily
Ascitic fluid protein <1.5 g/dL with impaired renal function ^a or liver failure ^b	Oral TMP-SMX DS, or ciprofloxacin 500 mg, or norfloxacin 400 mg once daily

aCreatinine >1.2 mg/dL, blood urea nitrogen >25 mg/dL or serum sodium <130 mEq/L.

bChild-Turcotte-Pugh score >9 and bilirubin >3 mg/dL. *TMP-SMX DS*, Trimethoprim-sulfamethoxazole double strength.





پاسخ: گزینه ۵

(مندل ۲۰۲۰ فصل ۷۴ ص ۱۰۱۶)

۳. در شروع فصل سرما در کدام یک از افراد زیر تجویز واکسن آنفلوانزا اولویت بالاتری دارد؟

الف) شیرخوار ۵ ماهه سالم

ب) خانم حامله در سه ماهه دوم بارداری

ج) مرد ۴۸ ساله که قرار است تحت عمل جراحی کاتاراکت قرار گیرد.

د) مرد ۲۵ ساله که یک سال قبل مبتلا به اندوکارдیت بوده است.

پاسخ: طبق نظر CDC بهتر است همه جمعیت بالای ۶ ماه تحت واکسیناسیون آنفلوانزا قرار گیرند اما در صورت محدودیت واکسن، باید گروه های پر خطر تحت واکسیناسیون قرار گیرند.

گروه های پر خطر شامل: افراد با سن زیر ۴ سال و بالای ۶۵ سال / کودکان و بالغین مبتلای بیماری مزمن تنفسی، قلبی، کبدی، خونی و متابولیک (دیابت) / نقص ایمنی (داروی مضعف ایمنی و HIV) / حاملگی / چاقی شدید ($BMI > 40$) / ساکنین مراکز بهزیستی و مراقبت / هر گونه اختلال دستگاه تنفسی (عملکردی یا ترشحی) / کودکانی که طولانی مدت آسپیرین مصرف می کنند و مستعد سندروم ری هستند.





TABLE 165.6 Groups at Higher Risk for Influenza Complications

Children and Adolescents at Higher Risk for Influenza Complications

Children younger than 4 years
 Children with chronic pulmonary (including asthma), cardiovascular (except hypertension), renal, hepatic, hematologic, or metabolic (including diabetes mellitus) disorders
 Children who are immunosuppressed, including children infected with human immunodeficiency virus and those taking immunosuppressive medications
 Children with a condition that can compromise respiratory function or handling of respiratory secretions that can increase the risk for hypertension (e.g., cognitive dysfunction, spinal cord injuries, seizure disorders, or other neuromuscular disorders)
 Children who are receiving long-term aspirin therapy and who therefore might be at risk for developing Reye syndrome
 Children who are residents of chronic-care facilities
 Those who will be pregnant during the influenza season

Adults at Higher Risk for Influenza-Related Complications

Persons aged 65 years or older
 Women who will be pregnant during the influenza season
 Persons with chronic pulmonary (including asthma), cardiovascular, renal, hepatic, hematologic, or metabolic disorders (including diabetes mellitus)
 Persons who have immunosuppression (including immunosuppression due to medication or human immunodeficiency virus infection)
 Persons with any condition that can compromise respiratory function or the handling of respiratory secretions or increase the risk of aspiration.
 Persons with obesity, defined as a body mass index greater than 40
 Residents of nursing homes and other chronic-care facilities to as a “herald wave,” sometimes predict the predominant strain in the next influenza season.⁵⁶

پاسخ: گزینه ب

(مندل ۲۰۲۰ فصل ۱۶۵ ص ۲۱۴۷)

۴. در فرد معتاد تزریقی که با تب و درد و تورم ران راست مراجعه نموده است و در معاينه تندرنس و اریتم در ناحیه ران با انتشار به کشاله ران دیده میشود، توده نبضدار در کشاله ران لمس میشود و کریپتاسیون ندارد. اولین اقدام تشخیصی کدام است؟





(ب) اسکن با کنتراست CT

الف) MRI

د) آنژیوگرافی

ج) Duplex ultrasound

پاسخ: بر خلاف ظاهر اصطلاح، عامل اصلی آنوریسم مایکوتیک (آنوریسم عفونی) عوامل باکتریال و در راس آن استاف اورئوس است. البته عوامل قارچی مانند کاندیدا به میزان کمتر و در مبتلایان نقص اینمی یافت می شوند. پیشتر شایعترین علت آنوریسم مایکوتیک آمبولی سپتیک در زمینه اندوکاردیت بود اما امروزه مهمترین ریسک فاکتور آن تزریق داخل وریدی در معتادین تزریقی (IDU) است. شایعترین محل درگیر هم شریان فمورال است.

تظاهرات بالینی شامل علایم سرشته مثل تب و ضعف و بی حالی و علایم موضعی شامل درد و تورم و تندرنس و اریتم و توده نیض داری که واجد بروی در سمع بوده می باشد.

سونوگرافی داپلکس که اقدامی غیر تهاجمی بوده و حساسیت و اختصاصیت بالایی به خصوص در تشخیص سودوآنوریسم دارد قدم اول در تشخیص می باشد. اما نهایتا تشخیص قطعی با آنژیوگرافی است.

پاسخ: گزینه ج

(مندل ۲۰۲۰ فصل ۳۱۲ ص ۳۷۳۵)

۵. بیمار خانم ۳۵ ساله مورد پیوند کلیه که به علت منژیت کریپتوکوکی از یک و نیم سال قبل تحت درمان قرار گرفته است. در حال حاضر کپسول فلوکونازول ۲۰۰ mg روزانه دریافت میکند. جهت قطع فلوکونازول کدام یک از موارد زیر ضرورت ندارد؟

الف) کشت منفی CSF

ب) گلوكز نرمال CSF

ج) آنتیژن منفی کریپتوکوک CSF

د) بدون علامت بودن حداقل به مدت ۶ تا ۱۲ ماه

پاسخ: کریپتوکوک مخمر (yeast) کپسولدار و پاتوژن نادر انسانی است که عمدتا در مبتلایان نقص اینمی (HIV، پیوند، بدخیمی) دیده می شود. از ریه وارد شده و تمایل شدید به CNS دارد.

ممکن است علایم حاد و در عرض چند روز اتفاق بیفتند اما اکثر بیماران با منژیت تحت حاد (سردرد، تب، فلنج اعصاب مغزی، لتارژی، کوما یا اختلال حافظه در عرض چندین هفته) مراجعه می کنند.





روش های اصلی تشخیص شامل اسمیر (رنگ آمیزی ایندیان اینک)، کشت و از همه مهمتر شناسایی آنتی، ژن، در، س م و csf هست.

درمان منزهیت کرپیتوکوکی در ۳ مرحله Suppressive /Consolidation /Induction می باشد.

کرایتریای قطع درمان در فرد پیوندی با بیمار مبتلا به ایدز متفاوت بوده و شامل موارد زیر است:

۱- کشت منفی CSF

۲- گلوکز نرمال CSF

۳- بدون علامت بودن حداقل به مدت ۶ تا ۱۲ ماه

پاسخ: گزینه ج

(٣١٥٩) مندٰ ٢٠٢٠ فصاً، ٢٦٢ ص.

۶. کارمند جنگلبانی با قب و لرز و سردرد و بی اشتهايی و توده دردناک زير بغل در بخش عفونی بستري ميباشد. در معاینه بیمار تب ۳۹ دارد و PR=65 و لنف آدنوپاتی دردناک در ناحیه آگزیيلاري راست دارد و پاپول قرمز رنگ دردناکی در ساعد دست راست جلب توجه ميکند که در روزهای بعد به اولسر نکروتیک تبدیل میشود. چه درمانی ارجح است؟

الف) داکسی ساپکلین
ب) سپیرو فلو کسائین

ج) استریتوماپسین د) پنیسیلین G

پاسخ: تولارمی (تب خرگوشی)

عامل آن باسیل گرم منفی فرانسیسلا تولرانسیس و ناقل آن کنه و خرگوش می باشد. طیف عالیم بالینی از بی علامت تا سپسیس حاد و مرگ سریع متغیر است. شش شکل کلاسیک دارد که شامل اولسرو گلاندولار، گلاندولار، اوکولو گلاندولار، فارنژیال، تیفوئیدال و پنومونیک می باشد. عالیم به صورت شروع ناگهانی تب و لرز، سرد رد، بی حالی بی اشتهاي و خستگی است. در حدود ۴۲ درصد موارد تناسب بین تب و نبض وجود ندارد.



تولارمی اولسروگلاندولار

معمولاً به علت تماس با حیوان یا گزش کنه است. علایم اولیه شامل بزرگی غدد لنفاوی و لنفادنوپاتی لوکالیزه دردناک است. ضایعه پوستی (که ممکن است وزیکولار باشد) معمولاً قبل یا همزمان با لنفادنوپاتی ایجاد می‌شود و به صورت یک پاپول قرمز رنگ دردناک که با هرپس سیمپلکس یا واریسلا اشتباه می‌شود تظاهر می‌یابد. پاپول در نهایت به اولسر دردناک نکروتیک با لبه‌های برجسته تبدیل می‌شود.

درمان: به جز منزیت، در سایر موارد آنتی بیوتیک ارجح استریپتومایسین است (البته در جدول ۲۲۷-

۲ در موارد خفیف از داکسی سیکلین و سیپروفلوکساسین نیز نام برده است).

