



سرشناسه

عنوان و نام پدیدآور

مشخصات نشر

مشخصات ظاهری

شابک

وضعیت فهرست نویسی

یادداشت

یادداشت

موضوع

شناسه افزوده

شناسه افزوده

شناسه افزوده

شناسه افزوده

رده بندی کنگره

رده بندی دیویی

شماره کتابشناسی ملی

اطلاعات رکورد کتابشناسی

شجاع صفت، فاطمه، ۱۳۶۶- / مهدی عراقی، محمد طه، ۱۳۶۹ / داودی، فرزین، ۱۳۷۲

مباحث عمومی ۱: کتاب جامع آمادگی آزمون ارتقاء و بوردا ۱۴۰۳ / ترجمه و تلخیص فاطمه شجاع صفت.

تهران: کاردیا، ۱۴۰۲.

۱۳۴ ص: مصور، جدول، نمودار.

۹۷۸-۶۲۲-۸۲۴۳-۶۰-۳-۰۳ ریال: ۲۷۴۰۰۰۰

قیپا

کتاب حاضر ترجمه و تلخیص بخشهایی از کتاب

"Cummings otolaryngology : head and neck surgery, 7th. ed, c2020"

به ویراستاری پل دلبلیو فلینت ... او دیگران است.

عنوان دیگر: مباحث عمومی ۱: خلاصه درس به همراه مجموعه سؤالات آزمون ارتقاء و بوردا گوش، حلق و

بینی و جراحی سر و گردن با پاسخ تشریحی بر اساس ...

گوش و حلق و بینی -- جراحی

Otolaryngology, Operative

گوش و حلق و بینی -- جراحی -- آزمونها و تمرینها

Otolaryngology, Operative-- Examinations, questions, etc

سر -- جراحی

Head -- Surgery

سر -- جراحی -- آزمونها و تمرینها

Head -- Surgery -- Examinations, questions, etc.

گردن -- جراحی

Neck -- Surgery

گردن -- جراحی -- آزمونها و تمرینها

Neck -- Surgery -- Examinations, questions, etc.

فلینت، پل دلبلیو.

Flint, Paul W.

کامینگز، چارلز ویلیام، ۱۹۳۵ - م.

Cummings, Charles W. (Charles William)

۵۱RF

۵۱/۶۱۷

۹۱۶۱۳۰۱

قیپا

چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت یار

نوبت چاپ: اول ۱۴۰۲

تیراژ: ۱۰۰ جلد

شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۸۲۴۳-۶۰-۳-۰۳

بهاء: ۲۷۴,۰۰۰ تومان

عنوان کتاب: مباحث عمومی ۱

خلاصه درس به همراه مجموعه سؤالات آزمون ارتقاء و بوردا گوش، حلق و بینی و جراحی سر و گردن با

پاسخ تشریحی بر اساس

" Cummings otolaryngology - head and neck surgery 2020, 7th, ed, c 2020"

ترجمه و تلخیص: دکتر فاطمه شجاع صفت.

پاسخگوئی به سوالات سال ۱۴۰۲: دکتر فرزین داودی - دکتر محمد طه مهدی عراقی

ناشر: انتشارات کاردیا

صفحه آرا: رزیدنت یار - منیرالسادات حسینی

طراح و گرافیست: رزیدنت یار

آدرس: تهران میدان انقلاب - کارگرجنوبی - خیابان روانمهر - بن بست دولتشاهی پلاک ۱ واحد ۱۸

شماره تماس: ۰۲۱-۶۶۴۱۹۵۲۰، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۰۸، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۱۶ / [www.residenttvar.com](http://www.residenttvar.com)

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

# مباحث عمومی ۱

کتاب جامع آمادگی آزمون ارتقاء و بورد ۱۴۰۳

CUMMINGS OTOLARYNGOLOGY  
HEAD AND NECK SURGERY,  
SEVENTH EDITION , 2020

## ترجمه و تلخیص

دکتر فاطمه شجاع صفت

دارای بورد تخصصی

گوش، حلق و بینی و جراحی سر و گردن

از دانشگاه علوم پزشکی تهران

## پاسنکوئی به سوالات سال ۱۴۰۲

دکتر فرزین داودی

رتبه دوم بورد تخصصی سال ۱۴۰۲ کشور

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

دکتر محمد طه مهدی عراقی

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه



## فهرست مطالب

۱۱.....	Anesthesia and Management of the Difficult Airway	فصل ۵
۱۹.....	سوالات و پاسخنامه فصل ۵	
۲۹.....	Surgical Management of the Difficult Adult Airway	فصل ۶
۳۵.....	سوالات و پاسخنامه فصل ۶	
۴۳.....	Tracheostomy	فصل ۷
۴۹.....	سوالات و پاسخنامه فصل ۷	
۵۵.....	Overview of Diagnostic Imaging of the Head and Neck	فصل ۸
۷۳.....	سوالات و پاسخنامه فصل ۸	
۷۹.....	Deep Neck and Odontogenic Infections	فصل ۹
۹۳.....	سوالات و پاسخنامه فصل ۹	
۱۱۱.....	Laryngeal and Tracheal Manifestations of Systemic Disease	فصل ۱۱
۱۱۹.....	سوالات و پاسخنامه فصل ۱۱	



- مراحل بیهوشی معمول:
  - (۱) مانیتورینگ و ۳ دقیقه پره اکسیژناسیون
  - (۲) اینداکشن
  - (۳) ونتیلاسیون با ماسک با فشار مثبت، که به محض افت هوشیاری شروع می‌شود.
  - (۴) تجویز شل کننده
- در موارد (RSI (rapid sequence induction)، مرحله سوم حذف شده و بلافاصله بعد از اینداکشن، شل کننده می‌زنیم.
- خطرناک‌ترین حالت در RSI زمانی است که بیمار شل شده، اما نتوانیم اینتوبه یا ونتیله کنیم.
- اندیکاسیون RSI:
  - عدم NPO کافی
  - بیمار اورژانسی با معده پر
  - سابقه GER شدید
- اسپیراسیون: شایع‌ترین و علت اصلی آسیب مغزی ناشی از بیهوشی
- داروهایی که تجویز آن‌ها قبل از عمل، ریسک اسپیراسیون را کمتر می‌کند:
  - آنتی‌اسید (سدیم سیترات 30cc)
  - آنتی‌کولینرژیک (آتروپین یا گلیکوپیرولات)
  - متوکلوپرامید (افزایش تخلیه معده و افزایش تون LES)
  - H2 بلاکر (رانیتیدین یا سایمتیدین)
- هلیوکس: در کروپ شدید کاربرد دارد.
- NO در بیمار با دیسترس مناسب نیست.



• اجزاء سیستم Cormack and Lehane برای پیش بینی راه هوایی دشوار:

- گлот
- خلف آریتنوئید
- اپی گлот

• مفیدترین راه پیش بینی احتمال راه هوایی دشوار: ارزیابی مالمپاتی و فاصله تیرومنتال

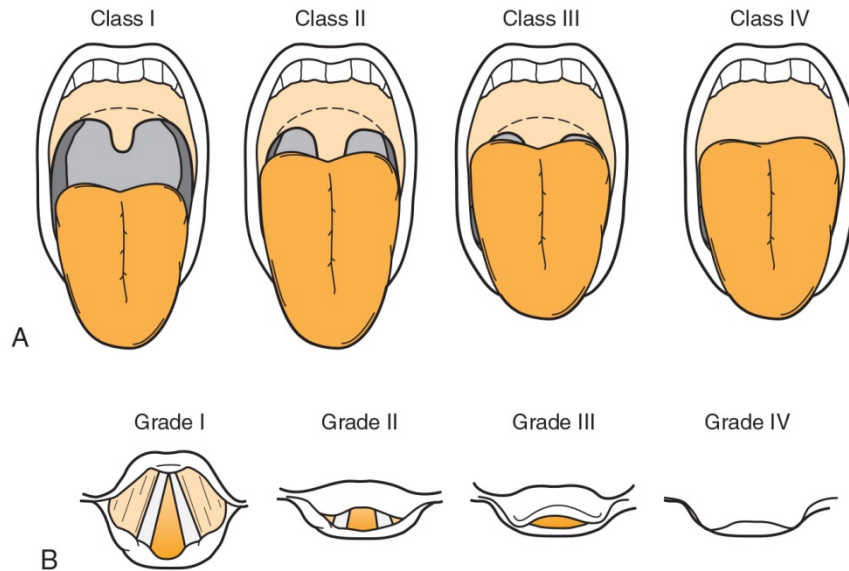


FIGURE 5-2. Mallampati, Cormack, and Lehane oral (A) and laryngoscopic (B) views.

داروهای وریدی اینداکشن:

- پروپوفول:
  - شایع ترین
  - محلول در چربی
  - برونکودیلاتور (مناسب در بیمار آسمی و در برونکوسکوپی)
  - ضد تهوع است.
  - باعث افت فشار خون و پرش های میوکلونیک می شود.
  - تزریق دردناک دارد.
  - آپنه مرکزی می تواند بدهد.

- در راه هوایی دشوار ، LMA می تواند به عنوان یک روش موقت برای فاصله زمانی تا بیدار کردن بیمار ، یا تا انجام روش اصلی ، به کار رود.
- می توان با عبور دادن لوله انتوباسیون از LMA بیمار را اینتوبه کرد و بعد از فیکس کردن لوله تراشه ، LMA را خارج کرد .

### FOB:

- FOB برای چک کردن پوزیشن لوله تراشه نسبت به کارینا، به اندازه CXR حساسیت دارد.
- موارد استفاده FOB:
- در راه هوایی دشوار ، LMA می تواند به عنوان یک روش موقت برای فاصله زمانی تا بیدار کردن بیمار ، یا تا انجام روش اصلی ، به کار رود.
- می توان با عبور دادن لوله انتوباسیون از LMA بیمار را اینتوبه کرد و بعد از فیکس کردن لوله تراشه ، LMA را خارج کرد .
- لودویگ
- RA (آرتريت روماتوئيد)
- تروما
- ناپایداری ستون فقرات گردنی
- آسیب نسج نرم گردن
- آکرومگالی
- پیرابین
- افراد چاق
- توده سوپراگلوت
- ادم سوپراگلوت



- سابقه Difficult mask ventilation
- سابقه آسپیراسیون
- سابقه انتوباسیون مشکل
- تریسموس

• **کنتراندیکاسیون‌های FOB:**

- تنگی فیکس در همه لول‌ها، که اجازه عبور ETT را بدون دیلاتاسیون ندهد.
- سوپراگلوتیت
- عدم همکاری بیمار
- خونریزی فعال

:Awake FOI

**Box 6.1**

**Indications for Fiberoptic Intubation**

- I. Difficult intubation
  - A. Known or anticipated
  - B. Unanticipated failed intubation
- II. Compromised airway
  - A. Upper airway
  - B. Lower airway (tracheal compression)
- III. Intubation of the conscious patient preferred
  - A. High risk of aspiration
  - B. Movement of neck not desirable
  - C. Known difficult mask ventilation
  - D. Morbid obesity
  - E. Self-positioning
- IV. High risk of dental damage

From Ovassapian A, Wheeler M: Fiberoptic endoscopy-aided techniques. In Hagberg C, editor: *Benumof and Hagberg's airway management*, St Louis, 1996, Mosby, pp. 282-319.

- بیمار باید در دم عمیق و near upright باشد.
- داروهای مورد استفاده:



## تراکئوستومی باز:

- انتوباسیون بیشتر از ۲۱ روز، باید به تراک تبدیل شود.
- اگر گردن در حالت اکستند باشد، ۵۰٪ پروگزیمال تراشه به داخل گردن می‌آید.
- لندهمارک‌های تراکئوستومی: غضروف کریکوئید، تیروئید و هیوئید
- اگر شرایط اورژانس است یا لندهمارک‌ها مشخص نیستند، بهتره برش عمودی باشد تا جراح به ساختارهای عروقی برنخورد.
- برش عمودی را از قسمت تحتانی کریکوئید تا ۲-۳ سانتی‌متر به پایین ادامه می‌دهیم.
- اما برش افقی از لحاظ زیبایی مطلوب‌تر است و در فاصله ۲ سانتی‌متر زیر کریکوئید زده می‌شود.
- سپس لایه سطحی فاسیای عمقی را برش عمودی می‌دهیم.
- بعد از رسیدن به تراشه بین رینگ ۲ و ۳ یا بین ۳ و ۴ برش تراشه را می‌دهیم.
- برش تراشه می‌تواند افقی، عمودی یا H شکل باشد، اما ارجح برش افقی با پایه تحتانی به شکل U معکوس (فلپ Bjork) است.

## تراکئوستومی پرکوتانئوس:

- روش اورژانس نیست و در موارد الکتیو و فقط برای صرفه جویی در زمان و محدود کردن نقل و انتقال بیماران است.
- **کنترل اندیکاسیون‌ها:**
  - کودکان چون تراشه موبایل و قابل فشردن دارند. (مطلق)
  - توده خط وسط گردن که لندهمارک‌ها محو شده باشند.
  - اختلالات عمده انعقادی
  - $PEP > 10$  و  $FiO_2 > 70\%$
  - آسیب ستون فقرات گردنی



- در این تکنیک با گاید وایر از بین رینگ ۱ و ۲ یا بین ۲ و ۳ وارد تراشه شده، با یک دیپلاتور محل را گشاد می‌کنیم و از روی آن لوله تراک را رد می‌کنیم.
- می‌توان این کار را با گاید برونکوسکوپ انجام داد.

### لوله تراکئوستومی:

- تعیین‌کننده جریان هوا از لوله: ID (قطر داخلی)
- باید کوچک‌ترین قطر داخلی که نیاز بیمار را تامین می‌کند، انتخاب کنیم.
- در گردن چاق یا توده‌ای که تراشه را به خلف هل داده: لوله با طول پروگزیمال یا افقی زیاد
- برای عبور از ناحیه تنگی یا مالاسی دیستال به استوما: لوله با طول دیستال زیاد
- اگر نیاز به ونتیلاتور باشد: لوله کاف‌دار
- لوله‌های TTS: با حجم پایین و فشار بالا برای بیمارانی که فقط نیاز به فشار مثبت متناوب دارند کاربرد دارند.
- کاف را باید با مایع استریل پرکرد، چون هوا جذب می‌شود.
- در تراک پرکوتانئوس:
  - مسیر باز شده باریک‌تر است.
  - عوارض بیشتر اما احتمال عفونت کمتر است.
  - سریع‌تر انجام می‌شود.
  - بعد از ۱۰ روز می‌توان لوله را تعویض کرد.
- در تراک open:
  - بیشتر زمان می‌برد.
  - مسیر گشادتری فراهم می‌کند.
  - احتمال عفونت بیشتر است.
  - زمان تعویض لوله روز ۳-۵ است.

## فصل ۸

### Section 8

# Overview of Diagnostic Imaging of the Head and Neck

مدالیت‌های در دسترس:

• رادیوگرافی مرسوم:

- در سر و گردن با CT جایگزین شده است.
- نمای لترال و AP گردن ندرتاً و فقط در موارد اورژانس جسم خارجی یا عفونت گردن کاربرد دارند.

• CT:

- آب: ۰ هانسفیلد
- چربی: ۸۰- تا ۱۰۰ هانسفیلد
- استخوان: ۱۰۰ تا ۴۰۰ هانسفیلد

TABLE 8.1

Estimated Effective Dose Equivalent of Common Examinations

Examination	Effective Dose Equivalent
Chest radiographs	20 mrem
CT, abdomen	1,000 mrem
CT, chest	1,000 mrem
CT, brain	120 mrem
CT, sinus	70-130 mrem

CT, Computed tomography.

From Nationwide Evaluation of X-Ray Trends (NEXT): *Survey of computed tomography*. 2000, Food and Drug Administration, Center for Devices and Radiological Health. CRCPD Publication E-07-2.

- مایع: ۰ تا ۳۰ هانسفیلد
- یک گری: میزان اشعه‌ای که یک ژول انرژی را در یک کیلوگرم نسج ذخیره می‌کند.



• MRI:

- اشکال آن آرتیفکت هست، مثل آرتیفکت شیفت کمیکال که باعث می شود جاهایی که چربی مماس با ساختارهای حاوی آب است ظاهر کپسول کاذب بگیرد، یا ساختارهای باریک مثل عصب اپتیک را محو می کند. این آرتیفکت در T1 قابل توجه تر است.
- احتمال آرتیفکت حرکت هم بالاست.

- T1:

- سکانس اصلی در سر و گردن، کنتراست عالی بافت نرم، آناتومی خوب، آرتیفکت حرکتی حداقل
- چربی به عنوان کنتراست طبیعی عمل می کند.
- هوا، جریان خون سریع، استخوان، مخاط بینی، مایع مثل ویتره و CSF: سیاه (low)
- استخوان کورتیکال: تیره
- مغز استخوان (چربی): سفید (روشن)

- T2:

- برای های لایت شدن ضایعات پاتولوژیک خوب است.
- مخاط بینی، ویتره و CSF: سفید
- چربی و عضله: سیاه
- چربی هیچ سیگنالی ندارد.
- استخوان، جریان خون سریع، کلسیم، هموسیدرین و هوا: سیاه
- ترشحات سینوزیت: سفید
- Fast spin echo (FSE): سریع تر، چربی سفید و CSF ایزو است.

## اتیولوژی:

- شایع ترین علت DNI (عفونت عمقی گردن) در بالغین: عفونت دندانی
- شایع ترین علت DNI در اطفال: عفونت اوروفارنژیال (تونسیلیت یا فارنژیت)

## میکروبیولوژی:

- اغلب ترکیب هوازی و بی هوازی است.
- **شایع ترین عوامل:**
  - استرپ و پیریدنس
  - پرهوتلا
  - استاف
  - پیتواسترپ
- MRSA در اطفال شایع تر، و اغلب در کمپارتمان لترال گردن است.
- در اطفال رینوسینوزیت حاد، دلیل شایعی برای لنفادنیت رتروفارنژیال است.
- اکتینومایکوز اغلب در زاویه فک است.

## آناتومی:

- **فضای ماگزیلاری:**
  - **آبسه کانین:**
    - به دنبال عفونت آپیکال ریشه دندان کانین ماگزیلاری
    - ریشه باید به قدری بلند باشد، که آپکس بالاتر از محل اتصال فوقانی عضله لواتور انگولی اوریس باشد.
    - آبسه بین سطح قدامی ماگزیلا و عضله لواتور لبی سوپریور ایجاد می شود.
    - تورم لترال به بینی است و زاویه نازولبیبال را از بین می برد.



▪ درناژ اینترا اورال کافی است.

- آبنه بوکال:

▪ زیر قوس زایگوما و بالای بوردر تحتانی مندیبل است.

▪ عفونت از دندان های مولار ماگزیلاری است.

▪ تریسموس و تغییر شدید در ظاهر صورت می دهد.

• فضای مندیبولار:

- سابمنتال:

▪ بین بطن های قدامی دیگاستر و عضله میلوهیوئید و پوست

▪ منشا از دندان های اینسیزور مندیبل

▪ آبنه ایزوله سابمنتال نادر است.

- سابلینگوال:

▪ باید محل آپکس دندان بالای اتصال عضله میلوهیوئید باشد. (پره مولار و مولار اول و دوم)

▪ آبنه بین مخاط اورال و عضله میلو است.

▪ تورم اغلب در کف دهان است و تورم خارج دهان نادر است.

- ساب مندیبولار:

▪ باید محل آپکس دندان اینفریور به اتصال عضله میلو باشد. (مولار دوم و سوم)

▪ آبنه بین عضله میلو و پوست است.

▪ به راحتی به فضاهای ثانویه منتشر می شود.

• فضاهای مندیبولار ثانویه:

- ماستریک

- پتریگومندیبولار

- تمپورال

• آنژین لودویگ:

- اگر هر سه فضاهای اولیه درگیر شوند.

- درگیری در سوپریور هیوئید است.

- سلولیت گانگرنه است.

- اغلب تموج زیادی ندارد، اما تریسموس، درولینگ و ناتوانی در بلع شایع است.

## بیماری وگنر (granulomatosis with polyangeitis):

- محل‌های شایع درگیری: ساب‌گلوٹ و تراشه
- C-ANCA و P-ANCA مثبت
- فاز دمی و بازدمی صاف در PFT
- در معاینه تنگی ساب‌گلوٹ با کراست‌های زرد دارد.

### • علائم:

- هورس نس
- سرفه
- هموپتیزی
- دیس‌پنه
- استریدور
- ویز

### • درمان:

- خط اول: استروئید + سیکلوفسفامید
- درمان نگهدارنده: متوترکسات یا آزاتیوپرین
- انسداد حاد راه هوایی: تراک

### - برای تنگی راه هوایی:

- اساس درمان: دیلاتاسیون و استروئید داخل ضایعه



▪ دیلاتاسیون و تزریق میتومایسین C

▪ لیزر CO2

- در تنگی بالغ و بیماری غیرفعال: رزکشن و آناستوموز مجدد

**پلی‌کندریت راجعه:**

- ممکنه اتوایمیون باشد.
- شایع‌ترین یافته: کندریت دوطرفه اوریکل
- درگیری راه هوایی شایع نیست، اما جدی است.
- مکانیسم‌های ایجاد دیسترس:
  - کلاپس راه هوایی سنترال، در اثر تخریب و فیروز غضروف‌ها در بازدم (ارزیابی با فلوروسکوپی)
  - باریک شدن محیطی راه هوایی در اثر التهاب و فیروز سیکاتریسیل
  - گرافی ساده: آرتروپاتی غیرتخریبی
  - CT:
    - تنگی ساب‌گلوٹ
    - افزایش ضخامت smooth و افزایش attenuation دیواره تراکتوبرونکیال و باریک شدن لومن (شایع‌ترین یافته CT)
    - کلسیفیکاسیون dense
    - ضخیم شدن غضروف تراشه
    - برونشکتازی
  - MRI: التهاب بافت نرم در T2 هیپر است و با کنتراست انهناس می‌شود.
  - اولین یافته پاتولوژی: فقدان ماتریکس موکوپلی ساکارید
- درمان:
  - استروئید با دوز بالا
  - نگهدارنده: MTX (متوترکسات) یا استروئید با دوز پایین
  - راجعه: آزاتیوپرین، سیکلوفسفامید، سیکلوسپورین، داپسون یا اینفلیکسیماب