



سرشناسه	میرزاصادقی، آناهیتا، ۱۳۷۱-
عنوان و نام پدیدآور	OSCE جراحی عمومی
مشخصات نشر	تهران: کاردیا، ۱۴۰۲.
مشخصات ظاهری	۱۰۰ ص: مصور (رنگی)، جدول (رنگی)، نمودار (رنگی).
شابک	۹۷۸-۶۲۲-۸۲۴۳-۶۲-۷
وضعیت فهرست نویسی	۲۴۰۰۰۰۰ ریال
یادداشت	فیپا
موضوع	سوالات کتاب حاضر برگرفته از منابع مختلف است.
موضوع	جراحی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها Surgery -- Examinations, questions, etc
رده بندی کنگره	۲/۳۷RD
رده بندی دیویی	۰۰۷۶/۶۱۷
شماره کتابشناسی ملی	۸۳۰۲۵۱۲
اطلاعات رکورد کتابشناسی	فیپا

OSCE جراحی عمومی	چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت یار
ترجمه و تلخیص: دکتر آناهیتا میرزاصادقی	نوبت چاپ: اول ۱۴۰۲
صفحه آرا: منیرالسادات حسینی	تیراژ: ۱۵۰ نسخه
طراح و گرافیکست: رزیدنت یار	شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۸۲۴۳-۶۲-۷
	بهاء: ۲۴۰۰۰۰ تومان

آدرس: تهران میدان انقلاب - کارگرجنوبی - خیابان روانمهر - بن بست دولتشاهی پلاک ۱ واحد ۱۸
شماره تماس: ۰۲۱-۶۶۴۱۹۵۲۰ ، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۰۸ ، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۱۶ / www.residenttyar.com

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

OSCE

جراحی عمومی

ترجمه و تلخیص

دکتر آناهیتا میرزاصادقی

رتبه ۵ درصد مورد تخصصی ۱۴۰۲



۱۱.....	آزمون ۰۱ - جراحی عمومی
۱۳.....	آزمون ۰۲ - جراحی عمومی
۱۵.....	آزمون ۰۳ - جراحی عمومی
۱۷.....	آزمون ۰۴ - جراحی عمومی
۱۹.....	آزمون ۰۵ - جراحی عمومی
۲۱.....	آزمون ۰۶ - جراحی عمومی
۲۳.....	آزمون ۰۷ - جراحی عمومی
۲۵.....	آزمون ۰۸ - جراحی عمومی
۲۷.....	آزمون ۰۹ - جراحی عمومی
۲۹.....	آزمون ۱۰ - جراحی عمومی
۳۱.....	آزمون ۱۱ - جراحی عمومی
۳۳.....	آزمون ۱۲ - جراحی عمومی
۳۷.....	آزمون ۱۳ - جراحی عمومی
۳۹.....	آزمون ۱۴ - جراحی عمومی
۴۱.....	آزمون ۱۵ - جراحی عمومی
۴۵.....	آزمون ۱۶ - جراحی عمومی
۴۹.....	آزمون ۱۷ - جراحی عمومی
۵۳.....	آزمون ۱۸ - جراحی عمومی
۵۷.....	آزمون ۱۹ - جراحی عمومی
۶۱.....	آزمون ۲۰ - جراحی عمومی
۶۵.....	آزمون ۲۱ - جراحی عمومی
۶۷.....	آزمون ۲۲ - جراحی عمومی
۷۱.....	آزمون ۲۳ - جراحی عمومی

۷۵.....	آزمون ۲۴ - جراحی عمومی
۷۷.....	آزمون ۲۵ - جراحی عمومی
۷۹.....	آزمون ۲۶ - جراحی عمومی
۸۱.....	آزمون ۲۷ - جراحی عمومی
۸۵.....	آزمون ۲۸ - جراحی عمومی
۸۷.....	آزمون ۲۹ - جراحی عمومی
۹۱.....	آزمون ۳۰ - جراحی عمومی
۹۵.....	آزمون ۳۱ - جراحی عمومی
۹۷.....	آزمون ۳۲ - جراحی عمومی



مدت آزمون: ۲

آزمون ۰۱ - جراحی عمومی
مرکز طبی

جراحی

نوزاد تازه به دنیا آمده‌ای را در تصویر زیر مشاهده می‌کنید:



در مورد این بیمار مورد صحیح را مشخص کنید.

(بدون بازخورد امکان چند انتخاب)



مرگ	عدم انتخاب	نمره انتخاب	بازخورد	گزینه
	۰,۰۰	۲,۰۰		نیاز به مایع درمانی بیشتر از نوزادان عادی است.
	۰,۰۰	۵,۰۰ -		عمل جراحی تا کاهش ادم روده‌ها باید به تأخیر بیفتد.
	۰,۰۰	۱,۰۰		احتمال آنومالی‌های مادرزادی همراه ناشایع است.
	۰,۰۰	۲,۰۰		زایمان طبیعی در صورت تشخیص قبل از تولد بلامانع است.

تصویر فوق مؤید گاستروشنژی می‌باشد.
در گاستروشنژی بر خلاف امفالوسل، محتویات شکم توسط هیچ کیسه‌ای پوشیده نشده اند. سایز دیفکت جدار شکم کوچکتر از ۴ سانتی متر بوده و تقریباً همیشه در سمت راست ناف وجود دارد.
مایع درمانی شدید به میزان ۱۶۰ تا ۱۹۰ سی سی به ازای هر کیلوگرم وزن نوزاد، الزامی است.
جراحی گاستروشنژی به صورت اورژانسی طی ۲۴ تا ۴۸ ساعت اول انجام گیرد.
بر خلاف امفالوسل، وجود آنومالی همراه ناشایع است (تنها ۱۰٪ احتمال همراهی با آترزی روده‌ای وجود دارد)
انجام سزارین مزیتی بر NVD ندارد، همچنین زایمان زودرس تاثیری در کاهش ادم و ضخیم شدگی روده‌ها ندارد.

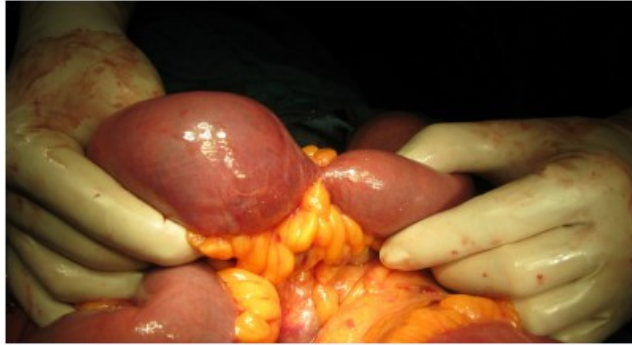


مدت آزمون: ۲

آزمون ۰۳ - جراحی عمومی
مرکز طبی

جراحی

خانم ۵۶ ساله بدون سابقه بیماری قبلی، با انسداد روده حاد، تحت عمل جراحی قرار گرفته است. تنها یافته پاتولوژیک حین عمل را که در ایلیوم می‌باشد، در تصویر ملاحظه می‌فرمایید. با توجه به نمای موجود، بهترین اقدام کدام است؟





مرگ	عدم انتخاب	نمره انتخاب	بازخورد	گزینه
	۰,۰۰	۰,۰۰		عدم دستکاری بیشتر و درمان دارویی
	۰,۰۰	۰,۰۰		بای پس قبل به بعد از ضایعه
	۰,۰۰	۰,۰۰		استریکچر و پلاستی
	۰,۰۰	۲,۰۰		رزکسیون سگمنتال و آناستوموز اولیه
	۰,۰۰	۰,۰۰		رزکسیون سگمنتال و استومی
	۰,۰۰	۵,۰۰		رزکسیون سگمنتال، آناستوموز اولیه و آپاندکتومی

تنگی مشاهده شده در ایلئوم به عنوان محل ترانزیشن و عامل انسداد، نیازمند ریزکشن است. با توجه به علائم بالینی و نمای مشهود در عکس، کنتراندیکاسیونی برای آناستوموز اولیه وجود ندارد.



مدت آزمون: ۲

آزمون ۰۶ - جراحی عمومی
مرکز طبی

جراحی

بیمار آقای ۵۰ ساله‌ای که به علت سقوط از ارتفاع ۶ متری به اورژانس آورده شده است. علائم حیاتی بیمار پایدار می‌باشد و از درد مختصر شکم و قفسه سینه شاکی است و در معاینه به جز تندرns مختصر پری آمبلیکال و پاراپلژی نکته مثبت دیگری ندارد. در آزمایشات انجام شده $HB=10$ و $WBC=17000$ داشته، بقیه آزمایشات در محدوده نرمال قرار دارند. در سی تی اسکن انجام شده، هماتوم اطراف آئورت توراسیک مشکوک به پارگی تروماتیک آئورت، شکستگی مهره‌های توراسیک با تحت فشار مستقیم قرار گرفتن نخاع و مایع و هوای آزاد در فضای صفاقی دارد. تصاویر سی تی اسکن مصدوم را ملاحظه می‌فرمایید.





بهترین تصمیم برای مصدوم کدام است؟

مرگ	عدم انتخاب	نمره انتخاب	بازخورد	گزینه
	۰,۰۰	۵,۰۰		ابتدا لاپاراتومی و سپس اعمال جراحی عروق و مهره‌ها
	۰,۰۰	۰,۰۰		ابتدا عمل عروق و سپس اعمال جراحی مهره‌ها و لاپاروتومی
	۰,۰۰	۰,۰۰		ابتدا عمل جراحی مهره‌ها سپس عروق و لاپاروتومی
	۰,۰۰	۰,۰۰		انجام همزمان هر ۳ عمل جراحی

بیمار مذکور مورد آسیب بلانت آئورت نزولی است که نیازمند اقدام فوری است. البته در نظر داشته باشید اقدامات جراحی برای کنترل خونریزی اینتراکرنیال و خونریزی داخل شکمی ارجحیت دارند. در مورد بیمار مذکور، با توجه به هموگلوبین ۱۰ و وجود مایع آزاد شکمی قدم اول بعد از احیا، لاپاراتومی خواهد بود. برای جلوگیری از پارگی آئورت، شروع درمان دارویی با آگونیست اختصاصی بتا ۱ (اسمولول) در اورژانس، با هدف حفظ فشار خون سیستولیک کمتر از ۱۰۰ و ضربان قلب کمتر از ۱۰۰، الزامی است.

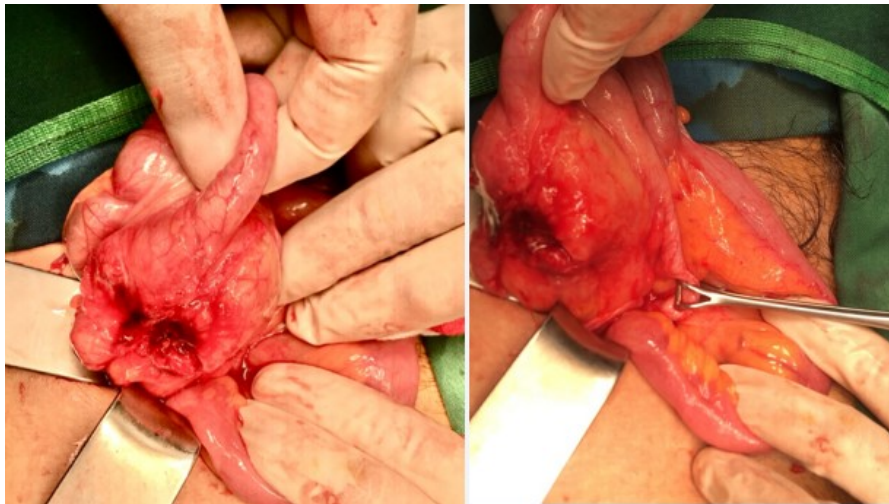


مدت آزمون: ۲

آزمون ۰۸ - جراحی عمومی
مرکز طبی

جراحی

مرد ۳۸ ساله به علت درد RLQ با تشخیص آپاندیسیت تحت عمل جراحی قرار می‌گیرد. در حین عمل آپاندیس ظاهراً نرمال ولی توده‌ای در سکوم به دست می‌خورد. توده اولسره یا پرفوره نمی‌باشد. در بررسی شکم لنفادنوپاتی یا توده خاص دیگری لمس نمی‌شود.





بهترین اقدام کدام است؟

مرگ	عدم انتخاب	نمره انتخاب	بازخورد	گزینه
	۰,۰۰	۰,۰۰		عدم انجام کار بیشتر و بستن شکم
	۰,۰۰	۰,۰۰		کولونوسکوپی حین عمل
	۰,۰۰	۰,۰۰		بیوپسی از ضایعه و frozen section
	۰,۰۰	۰,۰۰		آپاندکتومی و اتمام عمل
	۰,۰۰	۵,۰۰		Rt hemicolectomy
	۰,۰۰	۳,۰۰		Ileocectomy

بیمار به دنبال درد در RLQ با تشخیص آپاندیسیت تحت جراحی قرار گرفته است که حین عمل جراح با توده در سکوم روبه رو شده است. علاوه بر بدخیمی، دیورتیکولیت در سمت راست کولون نیز با تابلوی بالینی مشابه در بیمار جوان بروز می‌کند که ممکن است ثانویه به التهاب، نمای توده را نیز تقلید کند. در صورتیکه تشخیص دیورتیکولیت قطعی باشد، انجام ایلتوسککتومی به عنوان گزینه درمانی مطرح است. ولی با توجه به عدم امکان رد قطعی احتمال بدخیمی درمان ارجح برای کیس مذکور همی کولکتومی راست خواهد بود.



مدت آزمون: ۵

آزمون ۱۱ - جراحی عمومی
مرکز طبی



جراحی

آقای ۶۳ ساله از عدم تقارن پستان‌ها و تغییر شکل نیپل چپ همراه با سفتی زیر آن شکای است. وی در حال مصرف داروهای قلبی و ضد فشار خون است. در معاینه علاوه بر توده سفت پستان، زیر بغل غده لنفاوی لمس می‌شود. سونوگرافی نشان‌دهنده توده نان

هموژن در زیر نیپل چپ به همراه غدد لنفاوی مشکوک در آگریلا می‌باشد.

کدام اقدام باید انجام شود؟

مرگ	عدم انتخاب	نمره انتخاب	بازخورد	گزینه
	۰,۰۰	۵,۰۰ -	بیمار با بزرگتر شدن توده پس از ۲ هفته بازمی‌گردد.	به علت مصرف داروهای قلبی و ضد فشار خون بالا به بیمار اطمینان داده شود و پیگیری
	۰,۰۰	۳,۰۰ -	اندیکاسیون ندارد.	بیوپسی اکسیزیونال توده
	۰,۰۰	۳,۰۰ -	بیمار با بزرگتر شدن توده پس از ۲ هفته بازمی‌گردد.	برای بیمار مسکن و کورتیکواستروئید شروع کرده و ۴۵ روز بعد ویزیت مجدد
	۰,۰۰	۵,۰۰	انجام شد.	Core Needle Biopsy
	۰,۰۰	۰,۰۰	سلول کافی وجود نداشته است.	FNA
	۰,۰۰	۲,۰۰ -	اندیکاسیون ندارد.	ام آرای پستان



پاتولوژیست پاسخ Core Needle Biopsy را سرطان مهاجم داکتال اعلام می‌کند. عمل جراحی انتخابی کدام است؟

مرگ	عدم انتخاب	نمره انتخاب	بازخورد	گزینه
	۰,۰۰	۴,۰۰ -		Skin Sparing Mastectomy
	۰,۰۰	۱,۰۰ -		Simple Mastectomy + SLNB
	۰,۰۰	۴,۰۰ -		Breast Conserving Surgery and AND
	۰,۰۰	۵,۰۰		Modified Radical Mastectomy

گزارش پاتولوژیست از Modified Radical Mastectomy عبارت است از:

T=2.2 cm, N=3+9 گیرنده استروژن

متاستاز دوردست ندارد، اقدام بعدی؟

مرگ	عدم انتخاب	نمره انتخاب	بازخورد	گزینه
	۰,۰۰	۵,۰۰ -	بیمار با عود تومور ۴ ماه بعد بازمی‌گردد.	احتیاج به مداخله بیشتری نمی‌باشد.
	۰,۰۰	۲,۰۰	انجام شد.	شیمی درمانی
	۰,۰۰	۲,۰۰	انجام شد.	رادیوتراپی
	۰,۰۰	۲,۰۰	انجام شد.	تاموکسیفن

با توجه به سن بیمار، معاینه فیزیکی ذکر شده و نمای مشهود در عکس مبنی بر nipple asymmetry و retraction، احتمال بدخیمی برای بیمار بیشتر مطرح است. به عنوان قدم اول نیازمند تشخیص بافتی هستیم. علی‌رغم اینکه با انجام FNA امکان بررسی سیتولوژی فراهم می‌شود، CNBx بافت بیشتری برای بررسی ساختار بافتی و وجود یا عدم وجود بافت مهاجم در اختیار خواهد گذاشت. در صورتیکه توده قابل لمس نباشد می‌توان از نمونه‌گیری تحت‌گاید سونوگرافی کمک گرفت. در مورد کنسر برست در آقایان به نکات زیر توجه کنید: پیک شیوع برست کنسر در آقایان در دهه ششم زندگی است. درمان کنسر برست در آقایان به صورت جراحی است (به طور شایع MRM). در صورتیکه از نظر کلینیکال لنف نود منفی باشد، انجام SLNB توصیه می‌شود (در این مورد لنف نود کلینیکی ملموس است). رادیوتراپی ادجوانت برای بیمارانی که از نظر عود لوکوریونال، پرخطر در نظر گرفته میشوند، توصیه می‌شود. ۸۰٪ از این بیماران از نظر رسپتور هورمونی، مثبت هستند و درمان ادجوانت با تاموکسیفن توصیه می‌شود. در بیماران با توده اولیه بزرگ، لنف نود مثبت متعدد، و بیماران با توده locally advanced، کموتراپی سیستمیک نیز توصیه می‌شود.



مدت آزمون: ۵

آزمون ۱۵ - جراحی عمومی
مرکز طبی

PMP جراحی عمومی

مرد ۳۷ ساله با مشکل تپش قلب و تعریق و کاهش وزن نزد شما مراجعه می‌کند. در معاینه نبض ۹۵ در دقیقه و لرزش اندام و در سر و گردن اگزوفتالمی (تصویر) و تیرومگالی متوسط دارد. سایر معاینات و سابقه فامیلی مشکل ندارد. سونوگرافی بیمار نشان‌دهنده تیروئید بزرگ هموزن همراه با یک گره ۲ سانتی‌متری در خلف لوب راست می‌باشد. آزمایش کارکرد تیروئید، نشان‌دهنده پرکاری کنترل نشده تیروئید است.

برای این بیمار چه اقدامی (اقداماتی) باید انجام شود؟





مرگ	عدم انتخاب	نمره انتخاب	بازخورد	گزینه
	۰,۰۰	۲,۰۰ -	فعالاً اندیکاسیون ندارد.	تجویز استروئید با دوز بالا
	۰,۰۰	۰,۰۰	فعالاً اندیکاسیون ندارد.	تجویز یدوفولیک
	۰,۰۰	۴,۰۰	انجام شد.	تجویز متی مازول
	۰,۰۰	۰,۰۰	فعالاً اندیکاسیون ندارد.	اسکن هسته‌ای
	۰,۰۰	۲,۰۰ -	اندیکاسیون ندارد.	سی تی اسکن گردن با کنتراست
	۰,۰۰	۲,۰۰	انجام شد.	شروع پروپرانولول
	۰,۰۰	۴,۰۰ -	بیمار امتناع می‌کند.	FNA از گره تیروئید

بیمار ۲ ماه پس از مصرف متی مازول و کنترل هایپر تیروئیدی، FNA می‌شود که پاسخ آن خوش خیم بوده است. اسکن هسته‌ای نشان‌دهنده پرکاری منتشر تیروئید به همراه گره سرد در لوب راست می‌باشد. بهترین اقدام برای این بیمار کدام است؟

مرگ	عدم انتخاب	نمره انتخاب	بازخورد	گزینه
	۰,۰۰	۴,۰۰ -		ادامه درمان با متی مازول و بررسی مجدد یک سال بعد
	۰,۰۰	۳,۰۰ -		ارجاع جهت دریافت ید هسته‌ای با دوز درمانی
	۰,۰۰	۲,۰۰ -		لوبکتومی راست تیروئید به همراه ایسمکتومی
	۰,۰۰	۲,۰۰ -		تیروئیدکتومی ساب توتال دو طرفه
	۰,۰۰	۴,۰۰		تیروئیدکتومی توتال



مدت آزمون: ۵

آزمون ۲۳ - جراحی عمومی
 مرکز طبی

جراحی تروما

در حادثه تروریستی شاهچراغ، یکی از خادمان که گلوله به قدام توراکوابدومن راست و بازوی راست اصابت کرده، به اورژانس بیمارستان نمازی آورده شده است. علائم حیاتی بدو ورود در محدوده مرزی هستند و خونریزی فعال وجود ندارد. دفورمیتی بازوی راست مشخص است. برای مصدوم ۲ مسیر وریدی گذاشته می‌شود. راه هوایی برقرار است و مصدوم با اینکه آژیته است، فرامین را اجرا می‌کند. در FAST مایع آزاد در قفسه سینه راست و شکم وجود دارد. حین انجام کارها پالس رادیال دو طرف دیگر لمس نمی‌شود اما با انفوزیون سریع ۱ لیتر سالین نرمال، پالس بسیار ضعیف رادیال چپ بازمی‌گردد اما رادیال راست لمس نمی‌شود. اقدامات صحیح را در این مرحله مشخص فرمایید.

مرگ	عدم انتخاب	نمره انتخاب	بازخورد	گزینه
	۰,۰۰	۳,۰۰ -	اندیکاسیون ندارد.	انتوباسیون اروتراکئال
	۰,۰۰	۴,۰۰	۳۰۰ سی سی خون خارج می‌شود.	گذاشتن چست تیوب راست
	۰,۰۰	۱,۰۰ -	اندیکاسیون ندارد.	انفوزیون ۲ لیتر دیگر سالین نرمال
	۰,۰۰	۱,۰۰ -	اندیکاسیون ندارد.	انفوزیون ۴ واحد خون پیش از هر اقدام دیگر
	۰,۰۰	۲,۰۰ -	اندیکاسیون ندارد.	تکرار FAST
	۰,۰۰	۰,۰۰	اندیکاسیون ندارد.	انجام گرافی لگن
	۰,۰۰	۴,۰۰ -	اندیکاسیون ندارد.	انجام سی تی اسکن قفسه سینه و شکم و لگن با ماده حاجب وریدی



مرگ	عدم انتخاب	نمره انتخاب	بازخورد	گزینه
	۰,۰۰	۳,۰۰ -	اندیکاسیون ندارد.	سونوگرافی داپلر عروقی اندام فوقانی
	۰,۰۰	۴,۰۰ -	اندیکاسیون ندارد.	گرافی اندام فوقانی راست
	۰,۰۰	۵,۰۰	انجام شد.	انتقال اورژانس به اتاق عمل

مصدوم پس از گذاشتن چست تیوب، سریعاً به اتاق عمل منتقل شده و لاپاروتومی انجام می‌شود. در ابتدای گذاشتن چست تیوب ۳۰۰ سی سی خون خارج شده و تا نیم ساعت بعد ۱۰۰ سی سی به آن اضافه شده است. پس از پک اولیه و خارج کردن پک‌ها، یافته پارگی دیافراگم، آسیب عمیق کبد خونریزی دهنده و پارگی کولون عرضی در خم کبدی می‌باشد. با شروع ماسیو ترانسفیوژن در اتاق عمل، پیش از پایان دومین شیپمنت، علائم حیاتی فرد، به ثبات نسبی می‌رسد. بیهوشی اعلام می‌کند بیمار سرد است و تقاضای گرم کننده مخصوص برای بیمار می‌کند. اقدامات صحیح در این مرحله کدام است؟

مرگ	عدم انتخاب	نمره انتخاب	بازخورد	گزینه
	۰,۰۰	۴,۰۰ -	اندیکاسیون ندارد.	توراکتومی راست
	۰,۰۰	۲,۰۰	انجام شد.	ترمیم دیافراگم
	۰,۰۰	۵,۰۰ -	اندیکاسیون ندارد.	ترمیم اولیه کولون
	۰,۰۰	۲,۰۰ -	اندیکاسیون ندارد.	کولوستومی
	۰,۰۰	۴,۰۰	انجام شد.	بستن دو سر آسیب دیده کولون
	۰,۰۰	۴,۰۰	انجام شد.	پک کبد
	۰,۰۰	۲,۰۰ -	اندیکاسیون ندارد.	ترمیم آسیب کبدی
	۰,۰۰	۴,۰۰ -	اندیکاسیون ندارد.	ERCP حین عمل



مدت آزمون: ۵

آزمون ۲۴ - جراحی عمومی
مرکز طبی

جراحی

خانم ۳۸ ساله که ۳ روز قبل تحت عمل کله سیستکتومی لاپاروسکوپیک قرار گرفته از درن ترشحات صفراوی روزانه ۳۵۰ سی سی دارد. بیمار تب یا شکایت دیگری نداشته و در معاینه تندر نس مختصر در ربع فوقانی راست شکم و محل پورت‌ها وجود دارد. در سونوگرافی انجام شده مایع مختصر زیر کبد رؤیت شد. با اقدامات حمایتی بیمار هیدراته شده:
WBC=15000, PMN=75%, UREA=40, CREAT=1.7, HCT=38%
بهترین اقدامات را مشخص فرمایید.

مرگ	عدم انتخاب	نمره انتخاب	بازخورد	گزینه
	۰,۰۰	۳,۰۰	انجام شد.	تجویز آنتی‌بیوتیک وریدی
	۰,۰۰	۲,۰۰ -	اندیکاسیون ندارد.	سونوگرافی اندوسکوپیک EUS
	۰,۰۰	۰,۰۰	در این مرحله اندیکاسیون ندارد.	ERCP
	۰,۰۰	۲,۰۰ -	اندیکاسیون ندارد.	PTC & DRAINAGE
	۰,۰۰	۲,۰۰	خروج صفرا از بخش میانی مجرای صفراوی مشترک، محل درن مناسب است.	MRCP
	۰,۰۰	۳,۰۰	مختصر مایع زیر کبد دارد. محل درن مناسب است.	سی تی اسکن با ماده حاجب خوراکی و تزریقی
	۰,۰۰	۱,۰۰ -	اندیکاسیون ندارد.	لاپاروسکوپی تشخیصی
	۰,۰۰	۲,۰۰ -	در این مرحله اندیکاسیون ندارد.	لاپاراتومی



در سی تی اسکن مختصر مایع زیر کبد بدون کالکشن و محل مناسب درن گزارش می‌شود. بیمار به مدت دو هفته تحت نظر گرفته شد. ترشحات درن به همان میزان کماکان ادامه دارد.

قدم بعدی کدام است؟

مرگ	عدم انتخاب	نمره انتخاب	بازخورد	گزینه
	۰,۰۰	۳,۰۰ -	اندیکاسیون ندارد.	قرار دادن درن ترانس هپاتیک پرکوتانه
	۰,۰۰	۵,۰۰	انجام شد.	انجام ERCP به همراه اسفنکترتومی و استنت
	۰,۰۰	۳,۰۰ -	اندیکاسیون ندارد.	لاپاراتومی و یافتن محل ضایعه و ترمیم روی T-Tube
	۰,۰۰	۲,۰۰ -	اندیکاسیون ندارد.	لاپاراتومی ترمیم کلدوکوکلدوکوستومی انتها به انتها
	۰,۰۰	۲,۰۰ -	اندیکاسیون ندارد.	آناستوموز سگمان چپ کبد به ژژنوم
	۰,۰۰	۳,۰۰ -	اندیکاسیون ندارد.	هپاتیکوژژنوستومی R-E-Y

در مواردی که آسیب مجاری صفراوی پس از عمل تشخیص داده شود، ابتدا با کمک تصویربرداری (سی تی اسکن و MRCP) نوع و شدت آسیب بررسی شده، سپس با کمک ERCP و Stenting مدیریت می‌شود. در حضور لیک وسیع و شکست اقدامات اندوسکوپی و یا در حضور علائم پریتونیت، بیمار کاندید جراحی می‌شود. ولی به طور کلی در صورتیکه لیک با تاخیر تشخیص داده شده باشد، به دلیل التهاب فاز حاد، امکان بازسازی فوری وجود نداشته و جراحی به ۶ تا ۸ هفته بعد موکول خواهد شد. در صورتی که میزان آسیب فراتر از ظرفیت تخصصی آن مرکز باشد، پس از شروع آنتی بیوتیک و تعبیه درن در محل بستر کیسه صفرا (اگر از قبل تعبیه نشده باشد)، بیمار به مرکز مراقبت‌های سطح سوم ارجاع داده می‌شود. در صورتیکه قطع کامل مجاری منجر به انسداد کامل شده باشد، با هدف دکامپرسن مجاری صفراوی، درناژ ترانس هپاتیک پرکوتانوس انجام خواهد گرفت.



مدت آزمون: ۵

آزمون ۲۷ - جراحی عمومی
 مرکز طبی



جراحی

آقای مطابق شکل مورد اصابت جسم
 نوک تیز قرار گرفته است، علائم حیاتی
 پایدار است.

مناسب‌ترین اقدام کدام است؟

مرگ	عدم انتخاب	نمره انتخاب	بازخورد	گزینه
	۰,۰۰	۵,۰۰ -	کنتراندیکه است.	خروج جسم در اورژانس و پانسمان محل
	۰,۰۰	۱,۰۰ -	بهترین انتخاب نمی‌باشد.	خروج جسم در اتاق عمل و پانسمان محل
	۰,۰۰	۲,۰۰	۲۰۰ سی سی خون خارج می‌شود.	تعبیه چست تیوب
	۰,۰۰	۱,۰۰	پارانشیم ریه مختصر آسیب دیده و تیراز دیافراگم رد شده است.	توراکوسکوپی



مرگ	عدم انتخاب	نمره انتخاب	بازخورد	گزینه
	۰,۰۰	۲,۰۰	پارانشیم ریه مختصر آسیب دیده و تیر از دیافراگم رد شده است.	توراکوتومی آنترولترال
	۰,۰۰	۴,۰۰	پارگی دیافراگم و آسیب دیواره قدامی و معده	لاپاروتومی
	۰,۰۰	۲,۰۰	لاپاراسکوپی انجام شد جسم برنده از معده عبور کرده.	لاپاراسکوپی

مصدوم به اتاق عمل منتقل شده و پس از لاپاروتومی، نیزه که پس از نفوذ به توراکس وارد شکم شده بود، خارج می‌شود. یافته عمل پارگی دیافراگم و جدار قدامی و خلفی معده نیز آسیب دیده است. هماتوم کوچک بدون گسترش در خلف صفاق نیز دیده می‌شود. از چست تیوب تنها ۲۰۰ سی سی در بدو تعبیه، خون خارج شده است. علائم حیاتی مصدوم باثبات است. اقدام بعدی کدام است؟

مرگ	عدم انتخاب	نمره انتخاب	بازخورد	گزینه
	۰,۰۰	۳,۰۰ -		توراکوتومی آنترولترال
	۰,۰۰	۴,۰۰ -		توراکوتومی پوسترولترال
	۰,۰۰	۴,۰۰		ترمیم کامل معده و دیافراگم
	۰,۰۰	۳,۰۰ -		بستن سریع معده در یک لایه و قرار دادن پک
	۰,۰۰	۲,۰۰ -		گاستروستومی
	۰,۰۰	۲,۰۰		اکسیلور خلف صفاق



مدت آزمون: ۵

آزمون ۳۰ - جراحی عمومی
مرکز طبی

جراحی

خانم ۷۰ ساله با سابقه دیسپپسی و استفراغ‌های مکرر که در عرض ۶ ماه اخیر بیشتر شده به شما مراجعه می‌کند. کاهش وزن نیز داشته است. بیمار یک سال قبل به همکاران گوارش مراجعه داشته که در آندوسکوپی هرنی هیاتال ۱۵ mm و گاستریت گزارش شده و درمان امپرازول دریافت کرده است. استفراغ‌های بیمار در چند روز اخیر خیلی بیشتر شده و قادر به تحمل تغذیه نبوده است. درد اپیگاستر بیمار ثابت بوده و احساس دیستانسیون معده دارد. بیمار دهیدراته به نظر می‌رسد. بیمار بستری شده و اقدامات اولیه انجام می‌شود. بیمار دهیدراته شده، ادرار به اندازه ۱۰۰ سی سی در ساعت برقرار می‌شود. درد اپیگاستر کمتر شده است. NG tube ترشحات قابل توجه نداشته است. آزمایشات بعد از احیا قابل قبول است.

قدم (قدم‌های) بعدی کدام است؟

گزینه	بازخورد	نمره انتخاب	عدم انتخاب	مرگ
سونوگرافی شکم و لگن	اطلاعات زیادی نمی‌دهد.	۰,۰۰	۰,۰۰	
سی تی اسکن شکم با کنتراست	هرنی پارا ازوفاژیال + ولولوس پارشیل معده	۳,۰۰	۰,۰۰	
اندوسونوگرافی	اندیکاسیون ندارد.	۲,۰۰ -	۰,۰۰	
آندوسکوپی upper GI	زخم دیستال مری، مواد غذایی فراوان در معده به صورتی که رسیدن به پیلور و دئودنوم مقدور نبوده است.	۲,۰۰	۰,۰۰	



مرگ	عدم انتخاب	نمره انتخاب	بازخورد	گزینه
	۰,۰۰	۳,۰۰ -	در این مرحله اندیکاسیون ندارد.	لاپاراتومی اورژانس
	۰,۰۰	۲,۰۰ -	اندیکاسیون ندارد.	لاپاروسکوپی تشخیصی
	۰,۰۰	۱,۰۰ -	اندیکاسیون ندارد.	مانومتري مری

در روز دوم اندوسکوپی فوقانی انجام می‌شود که زخم دیستال مری، مواد غذایی فراوان در معده به صورتی که رسیدن به پیلور و دئودنوم مقدور نبوده است. سی تی اسکن انجام شده، نشان‌دهنده هرنی پارا ازوفاژیال می‌باشد. در روز سوم بستری بیمار دچار تشدید درد شکم شده در معاینه حساسیت اپیگاستر دارد. بیمار به اتاق عمل منتقل می‌شود و لاپاراتومی به عمل می‌آید. یافته‌های حین عمل: فوندوس و تنه معده ۱۸۰ درجه چرخیده و از سوراخ کنار هیاتوس دیافراگم به حفره قفسه سینه رفته و گیر کرده است. معده viable است.

اقدام مناسب بعدی کدام است؟

مرگ	عدم انتخاب	نمره انتخاب	بازخورد	گزینه
	۰,۰۰	۳,۰۰ -	اندیکاسیون ندارد.	توراکتومی + آزادسازی معده + ترمیم دفکت دیافراگم + فوندوپلیکاسیون پارشیال
	۰,۰۰	۴,۰۰	انجام می‌شود.	گشاد کردن سوراخ دیافراگم و آزادسازی معده و برگرداندن به حفره شکم + ترمیم دفکت دیافراگم (پارا ازوفاژیال) + گاستروپکسی
	۰,۰۰	۴,۰۰ -	اندیکاسیون ندارد.	آزادسازی معده + گاسترکتومی + ازوفاگوژنوستومی + ترمیم دفکت دیافراگم



مدت آزمون: ۷

آزمون ۳۲ - جراحی عمومی
 مرکز طبی

آقای ۷۰ ساله دیابتی (تحت کنترل با متفورمین) و فشار خون کنترل شده با آزمایشات قبل از عمل طبیعی تحت عمل جراحی توتال گاسترکتومی قرار می‌گیرد. در حین عمل جراحی حدود ۲۵۰ میلی‌لیتر خونریزی داشته است و از نظر همودینامیک پایدار بوده است. بیمار طبق نظر متخصص بیهوشی پس از جراحی با علائم حیاتی پایدار و اینتوبه به بخش مراقبت‌های ویژه منتقل می‌شود. وزن بیمار ۶۰ kg است.

دستورات پس از عمل به صورت زیر نوشته شده است. هر کدام درست است انتخاب کنید.

(محدودیت انتخاب ندارد، انتخاب اشتباه نمره منفی دارد.)

۱,۰۰ -	Ventilator Setting: Spontaneous Ventilation, FiO ₂ =60%
۱,۰۰	Ventilator Setting: SIMV with Tidal Volume of 600 cc/min, FiO ₂ =100%
۱,۰۰	IV-Fluid: Normal Saline 1500 cc + Half Saline 1500 cc/24h
۱,۰۰ -	IV-Fluid: 1/3-2/3 Solution 3000 cc/24h
۱,۰۰ -	KCl 10 cc/lit IV Fluid
۱,۰۰	Chart Intake Output
۱,۰۰	Amp Fentanyl + Midazolam
۱,۰۰ -	Ceftriaxone 1 gr IV stat/BD + Metronidazole 500 mg IV stat/TDS تا ۲۴ ساعت
۱,۰۰	Amp Keflin 2 gr IV stat/TDS تا ۲۴ ساعت
۱,۰۰	Amp Heparin 5000 U SC TDS
۰,۰۰	Amp Pantoprazole 40 mg BD
۱,۰۰ -	Infusion of 2 U Packed Cell if Hb=12
۱,۰۰	CBC, BUN, Creat., Na, K stat/daily
۱,۰۰ -	PT, PTT, INR stat/daily
۰,۰۰	Amp Vit C 1/daily
۱,۰۰ -	Amp Vit B-Complex 1/daily
۰,۰۰	Amp Vit A 1/daily
۱,۰۰	If systolic BP=140/90 TNG in fusion
۰,۰۰	Cardiology Consult
۱,۰۰	Regular Insulin if BS=200 mg/dL according to protocol



بیمارانی که تحت توتال گاسترکتومی قرار گرفته یا مبتلا به آنمی پرنیشز هستند، با توجه به نداشتن فاکتور داخلی برای جذب ویتامین B12، لازم است تحت درمان با مکمل آن از مسیر خارج روده ای، به صورت ماهانه قرار بگیرند.

در جراحی‌های ناحیه گاسترودئودنال بدون عارضه و روده باریک غیرانسدادی، نیاز به تجویز مترونیدازول نیست.

در بیماران بستری بدون علامت با همودینامیک پایدار، تزریق خون برای هموگلوبین ۷ یا کمتر انجام می‌گیرد.

بیماران قلبی عروقی با هموگلوبین ۸ یا کمتر، حتی اگر بدون علامت باشند، کاندید تزریق خون خواهند بود.