



سرشناسه
عنوان و نام پدیدآور
مشخصات نشر
مشخصات ظاهری
شابک
وضعیت فهرست نویسی
یادداشت
موضوع
شناسه افزوده
شناسه افزوده
شناسه افزوده
شناسه افزوده
رده بندی کنگره
رده بندی دیویی
شماره کتابشناسی ملی
اطلاعات رکورد کتابشناسی

شجاع‌صفت، فاطمه، ۱۳۶۶- / مهدی عراقی، محمد طه، ۱۳۶۹ / داودی، فرزین، ۱۳۷۲
 لارنگولوژی ۲: کتاب جامع آمادگی آزمون ارتقاء و بورد ۱۴۰۳ / ترجمه و تلخیص فاطمه شجاع‌صفت.
 تهران: کاردیا، ۱۴۰۳.
 ۲۳۴ ص: مصور (بخشی رنگی).
 ۴۹۰۰۰۰۰ ریال 978-622-622-81-8-8

فیپا
 کتاب حاضر برگرفته از کتاب " Cummings otolaryngology : head and neck surgery, 7th. ed, 2020 به ویراستاری پل دلبیو فلینت ... [و دیگران] است.
 گوش و حلق و بینی -- بیماری‌ها * Diseases -- Otolaryngology
 گوش و حلق و بینی -- بیماری‌ها -- آزمون‌ها و تمرین‌ها
 Otolaryngology -- * Diseases -- Examinations, questions, etc.
 گوش و حلق و بینی -- جراحی
 Otolaryngology, Operative
 گوش و حلق و بینی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها
 Otolaryngology, Operative-- Examinations, questions, etc
 فلینت، پل دلبیو.
 Flint, Paul W.
 کامینگز، چارلز ویلیام، ۱۹۳۵ - م.
 Cummings, Charles W. (Charles William)
 RF۴۶
 ۵۱/۶۱۷
 ۹۱۷۷۸۶۸
 فیپا

عنوان کتاب: لارنگولوژی ۲	چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت‌یار
خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورد تخصصی گوش، حلق و بینی و جراحی سر و گردن با پاسخ تشریحی بر اساس	نوبت چاپ: اول ۱۴۰۳
" Cummings Otolaryngology - Head And Neck Surgery, 7th. Ed, C2020"	تیراژ: ۱۰۰ جلد
پاسخگویی به سوالات سال ۱۴۰۲:	شابک: ۸-۸۱-۶۲۲-۶۲۲-۹۷۸
دکتر فرزین داودی - دکتر محمد طه مهدی عراقی	بهاء: ۴۹۰۰۰۰ تومان
ترجمه و تلخیص: دکتر فاطمه شجاع‌صفت.	
ناشر: انتشارات کاردیا	
صفحه آرا: منیرالسادات حسینی - رزیدنت‌یار	
طراح و گرافیسیت: رزیدنت‌یار	

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

هر گونه کپی‌برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

لارنگولوژی ۲

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



۱۱.....	فصل ۶۲ – Medialization Thyroplasty
۲۱.....	سوالات و پاسخنامه فصل ۶۲
۳۷.....	فصل ۶۳ – Arytenoid Adduction and Abduction
۴۱.....	سوالات و پاسخنامه فصل ۶۳
۴۹.....	فصل ۶۴ – Laryngeal Reinnervation
۵۵.....	سوالات و پاسخنامه فصل ۶۴
۶۷.....	فصل ۶۵ – Chronic Aspiration
۷۹.....	سوالات و پاسخنامه فصل ۶۵
۹۵.....	فصل ۶۶ – Laryngeal and Esophageal Trauma
۱۱۱.....	سوالات و پاسخنامه فصل ۶۶
۱۳۱.....	فصل ۶۷ – Surgical Management of Upper Airway Stenosis
۱۴۳.....	سوالات و پاسخنامه فصل ۶۷
۱۵۷.....	فصل ۶۸ – Diseases of the Esophagus
۱۸۹.....	سوالات و پاسخنامه فصل ۶۸
۲۰۳.....	فصل ۶۹ – Transnasal Esophagoscopy
۲۰۷.....	سوالات و پاسخنامه فصل ۶۹
۲۰۹.....	فصل ۷۰ – Zenker Diverticulum
۲۱۷.....	سوالات و پاسخنامه فصل ۷۰
۲۲۳.....	فصل ۷۱ – Tracheobronchial Endoscopy
۲۳۱.....	سوالات و پاسخنامه فصل ۷۱

- در این روش، برش پاراساژیتال عمودی در قدام غضروف تیروئید زده شده و گرفت از دنده اتولوگ، بین آلائی تیروئید و پریکندر داخلی آن قرار داده می‌شود.
- انواع تیروپلاستی:
 - تیپ ۱: جابه جایی به مدیال
 - تیپ ۲: جابه جایی به لترال (برای فلج دو طرفه)
 - تیپ ۳: کوتاه یا شل کردن
 - تیپ ۴: بلند یا سفت کردن
- در این فصل، در مورد تیروپلاستی تیپ ۱ صحبت خواهد شد.

برخورد با نارسایی گлот مرتبط با اختلال عملکرد یک طرفه TVC یا نقص بافت نرم:

- پروسیجرهای قابل انجام:
 - تزریق TVC
 - مدیالیزاسیون تیروپلاستی
 - آریتنوئید اداکشن
 - اداکشن آریتنوئیدوپکسی
 - پروسه reinnervation
- انتخاب روش مناسب بستگی دارد به :
 - طول مدت علائم
 - شدت اختلال
 - وجود نقص آناتومیک
 - پتانسیل بهبود
- ارزیابی و انتخاب بیمار:



- موثرترین روش‌های ارزیابی قبل و بعد از تیروپلاستی: ویدئواستروبو اسکوپ
 - EMG در پروگنوز، زمان مداخله و انتخاب روش درمانی مناسب کاربرد دارد.
 - **فلج TVC با پروگنوز خوب:**
 - ترومای بلانت
 - انتوباسیون
 - ایدیوپاتیک
 - ویرال (رمزی هانت)
 - **فلج TVC با پروگنوز بد:**
 - قطع کامل حین جراحی
 - تهاجم تومورال
 - آنوریسم توراسیک
 - اختلال پیشرونده نورولوژیک
 - تعیین کننده‌های پروسیجر و زمان مداخله:
 - شدت اسپیراسیون
 - شدت دیسفونی
 - EMG
 - در اختلال high vagal، بر خلاف آسیب RLN: TVCها لترالیزه شده، دچار bowing واضح و تغییرات آتروفیک می‌شوند.
 - برای افتراق فلج عصب و انکیلوز یا وب، که باعث بی‌حرکتی تار صوتی می‌شوند: لمس مفصل کریکوآریتنوئید حین لارنگوسکوپ مستقیم
- مدیالیزاسیون TVC با تزریق:**
- روش استاندارد بازتوانی لارنکس
 - وقتی آریتنوئید فیکس نباشد و بافت کافی از TVC برای قرارگیری سوزن وجود داشته باشد، قابل انجام است.

آریتنوئید اداکشن:

- تقلید فعالیت عضله LCA (لترال کریکوآریتنوئید)، برای نزدیک کردن TVC به خط وسط
- بهبود صدا و بلع در فلج یک طرفه TVC
- در بعضی فلج‌های یک طرفه، آریتنوئید به داخل راه هوایی پرولاپس کرده و بهترین کار، ترکیبی از آریتنوئید اداکشن و اداکشن است.
- در کل یک سوچور در پروسس عضلانی آریتنوئید، در محل منشا LCA زده شده که به قدام تا فضای پاراگلوت پیش رفته و به آلائی تحتانی تیروئید فیکس می‌شود.
- در اثر این کشش قدامی، آریتنوئید به قدام و مدیال، وکال پروسس به مدیال و پروسس عضلانی به قدام حرکت می‌کنند.
- این پروسه می‌تواند همراه با تیروپلاستی تیپ ۱ انجام شود، که اثرش از هریک به تنهایی بیشتر است.
- یک روش خط اول برای فلج‌های یک طرفه نیست و پروسه‌هایی مثل لارنگوپلاستی با تزریق یا مدیالیزاسیون لارنگوپلاستی آثار مشابهی دارند، اما آریتنوئید اداکشن ریسک بالاتری دارد. بنابراین فقط وقتی وکال پروسس به لترال جابه جا شده و روش‌های فوق ناکارآمد هستند، کاربرد دارد.
- **مواردی که آریتنوئید اداکشن در آن موفق‌تر از تیروپلاستی است:**
 - بستن گپ خلفی
 - اصلاح گپ ورتیکال (اختلاف سطح TVCها): در سمت فلج ممکنه TVC بالاتر یا پایین‌تر از سطح گلو تیک قرار بگیرد.
 - اصلاح طول TVC: طول TVC فلج در دم کوتاه‌تر از سمت سالم و در حین تکلم تقریباً برابر با سمت سالم است. آریتنوئید اداکشن موفق، معمولاً طول ظاهری TVC را افزایش می‌دهد.
 - آریتنوئید اداکشن معمولاً گپ قدامی را بهتر نمی‌کند یا حتی بدتر می‌کند.
 - **در مورد sagging قدامی آریتنوئید، دو راه حل داریم:**
 - سوچور آریتنوئید اداکشن و کشیدن وکال پروسس به خلف و پایین



- اداکشن آریتنوئیدوپکسی: آریتنوئید را به خلف کریکوئید فیکس می‌کند.
- موارد نتیجه نامطلوب آریتنوئید اداکشن:
 - فلج طولانی مدت (چون در این موارد، فیبروز بافت نرم باعث ایجاد گپ ورتیکال می‌شود)
 - فلج ناشی از ضایعات CNS
- تکنیک جراحی:
 - آنستزی لوکال ارجح است، چون حین عمل تغییر صدا قابل ارزیابی است.
 - درجه مناسب اداکشن انجام شده را می‌توان با لارنگوسکوپ فلکسیبل اندونازال تخمین زد و ارزیابی کرد که آیا نیاز به تیروپلاستی هم دارد یا نه.
 - سدیشن فقط هنگام تزریق آنستزی لوکال لازم است.
 - برای حداقل کردن سرفه حین دایسکشن اینترالارنکس، بلوک SLN همان طرف باید انجام شود.
- اندیکاسیون GA:
 - عدم همکاری بیمار
 - اضطراب شدید بیمار
 - احتمال دایسکشن مشکل (بیمار خیلی چاق یا اسکار شدید)
 - بیماری که تراک دارد.
- زمانی که عمل تحت GA انجام شود، ارزیابی حین عمل با لارنگوسکوپی مستقیم است.
- برش پوست افقی و در بوردر تحتانی غضروف تیروئید، از SCM همان طرف تا ۱ سانتی‌متر گذشته از خط وسط، زده می‌شود.
- خوب است که یک پنجره تیروپلاستی ایجاد کنیم.
- بهتره از لترال عضلات استرپ دایسکت کنیم و لارنکس را به سمت مقابل بچرخانیم، که باعث می‌شود لارنکس از شیت کاروتید دورتر و خطر آسیب کمتر شود.
- دایسکشن باید به سمت خلف تا عضله کانستریکتور تحتانی و به بالا تا محل کورنه فوقانی تیروئید ادامه یابد.
- سپس یک هوک روی کورنه فوقانی تیروئید قرار می‌گیرد، تا لارنکس به دور از فیلد کشیده شود و بعد دایسکشن تا سطح کریکوئید و به طور مدیال به غده تیروئید ادامه می‌یابد.
- سپس عضله کانستریکتور تحتانی از لبه خلفی غضروف تیروئید قطع شده، از پایین عضله کریکوفارنکس اکسپوز شده و یک قطعه ۲-۱ سانتی‌از عضله اکسایز می‌شود.

• آسپیراسیون: عبور موادی مثل بزاق، غذا یا ریفلاکس معده به پایین تر از سطح TVCها.

• **عوارض ریوی آسپیراسیون:**

- برونکواسپاسم
 - انسداد راه هوایی
 - تراکئیت
 - برونشیت
 - نومونی
 - آبسه ریه
 - سپسیس
 - مرگ
- در ۵۰٪ افراد سالم، در طول خواب آسپیراسیون دیده می‌شود.
 - شدت عوارض، به حجم و خصوصیات ماده آسپیره شده بستگی دارد.

اتیولوژی:

- **اغلب به علت اختلال فعالیت حرکتی یا حسی لارنکس است:**
- CVA خصوصا با درگیری ساقه مغز، که باعث نقص دو طرفه اعصاب کرانیال می‌شود.
- بیماری نورولوژیک دژنراتیو
- بیماری‌های عصبی عضلانی، عضلانی و اختلالات اعصاب محیطی خصوصا با درگیری اعصاب کرانیال
- تروما به سر، هیپوکسی، عفونت و توکسیسیتی دارویی
- اختلالات فارنکس و مری: نئوپلاسم، اختلال عملکرد پس از عمل یا رادیوتراپی، دیورتیکول زنکر، تنگی و GERD شدید



- در کودکان، اغلب با اختلالات شدید نورولوژیک ناشی از فلج مغزی، انسفالوپاتی آنوکسیک، عوارض تروما یا جراحی نورولوژیک، TEF، اختلال مادرزادی یا اکتسابی نورولوژیک مرتبط است.

علائم:

- اپیزودهای سرفه یا choking حین بلع
- در بعضی افراد، سرفه رخ نمی‌دهد.
- تب و علائم تنفسی، مثل سرفه پروداکتیو با خلط چرکی
- کاهش وزن، دیسفونی، درد، دیسفاژی و ایدینوفاژی
- اغلب بیمار بسیار ill است.

ارزیابی:

- معاینه اعصاب کرانیال
- معاینه لارنکس و هیپوفارنکس با آینه، فیبراپتیک یا حتی لارنگوسکوپی مستقیم
- تست عملکرد ریوی
- CXR
- فلوروسکوپی بلع: ارزیابی ماهیت آسپیراسیون، اختلال بلع و درجه آسپیراسیون
- FEES: قیمت و رادیاسیون کمتر از فلوروسکوپی
- سینتی گرافی: اطلاعات کمی از اندازه آسپیراسیون می‌دهد.
- MRI و CT، به ویژه در بیماران با بیماری نئوپلاستیک راه هوایی فوقانی یا قبل از جراحی به کار می‌روند.

درمان غیر جراحی:

- ابتدا باید آنتی‌بیوتیک مناسب، جهت عوارض عفونی تجویز شود.
- درمان اگرسیو ریه باید انجام شود.
- تغذیه از راه دهان قطع شده و راه دیگری برای تغذیه پیدا شود:

ارزیابی علائم:

• pyrosis = Heartburn

- بین ۳۰ دقیقه تا دو ساعت پس از خوردن غذا، رخ می‌دهد.
- اغلب پس از غذای چرب، الکل و قهوه
- آنتی‌اسید یا نوشیدن شیر آن را بهتر می‌کند.
- با دراز کشیدن یا خم شدن بدتر می‌شود.
- وجود ایزوله heart burn، قویا به نفع GERD است.

• دیسفاژی:

- اوروفارنژیال:

- اشکال در شروع بلع
- ایجاد سرفه، اغ زدن، choking و رگورژی‌تاسیون
- اغلب علت نوروموسکولار دارد.
- بیشتر با مایعات مشکل دارند تا جامدات.

▪ علل:

- CVA
- ALS
- پارکینسون
- میاستنی گراویس
- تاردیو دیس‌کینزی
- استئوفیت در گردن
- دیورتیکول زنکر



- تومور پست کریکوئید
- وبهای پست کریکوئید

- ازوفازیا:

- به جامدات: اختلال ساختاری مری
 - متناوب: رینگ مری
 - پیشرونده: تنگی یا بدخیمی
- به جامدات و مایعات: اختلال حرکتی مطرح است.
 - متناوب: اسپاسم مری
 - پیشرونده: آشالازی یا اسکرودرما

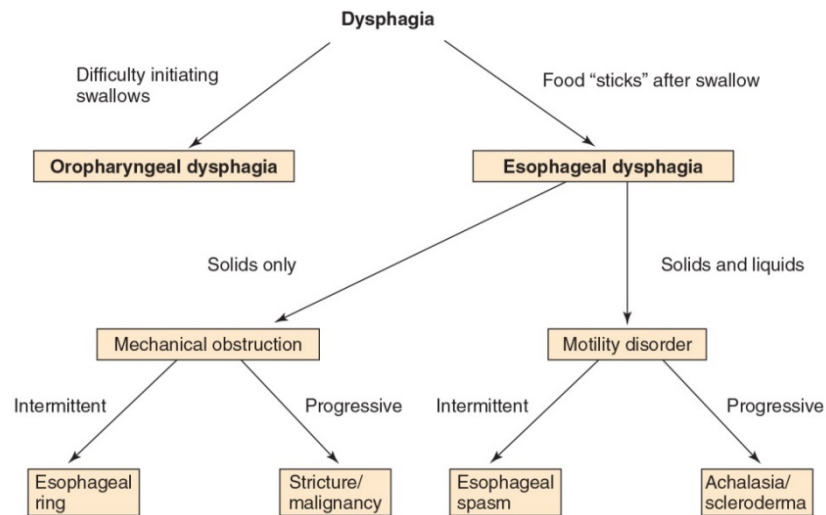


FIGURE 68-1. Algorithm for the evaluation of dysphagia.

- گلوبوس:
 - احساس توده در گلو
 - حرکت غذا مختل نیست. (دیسفاژی ندارند)
 - اغلب با بلع بهتر می شود.
- بررسی بلع اوروفارنژیال: ویدئوفلوروسکوپی یا باریوم سوالو مدیفیه (MBS)
 - بررسی درجه آسپیراسیون

• انواع دیورتیکول مری:

- کششی یا تراکشن: نتیجه کشش اکسترنال مری، ثانویه به پروسه‌های التهابی و نئوپلاستیک، مثل اتفاقی که پس از جراحی قدام ستون فقرات با پروتز می‌افتد.
- فشاری یا pulsion: نتیجه هرنیه شدن مخاط و زیر مخاط مری، از یک ناحیه ضعف عضلانی
- زنکر از نوع فشاری و یکی از شایع‌ترین دیورتیکول‌های علامت‌دار مری است.
- در مردها شایع‌تر است.
- اغلب دیورتیکول‌های مری، اکتسابی هستند و در دهه ۷ و ۸ بروز می‌کنند.

• نقاط ضعف عضلانی:

- مثلث Killian: بین عضله کانستریکتور تحتانی و کریکوفارنکس و محل ایجاد زنکر است.
- مثلث Killian Jamieson: بین فیبرهای مایل و عرضی عضله کریکوفارنکس است.
- مثلث Lamier: بین کریکوفارنکس و عضلات حلقوی فوقانی‌ترین قسمت مری قرار دارد.
- لترال فارنگوسل، می‌تواند بالا یا لترال به عضله کریکوفارنکس قرار بگیرد.

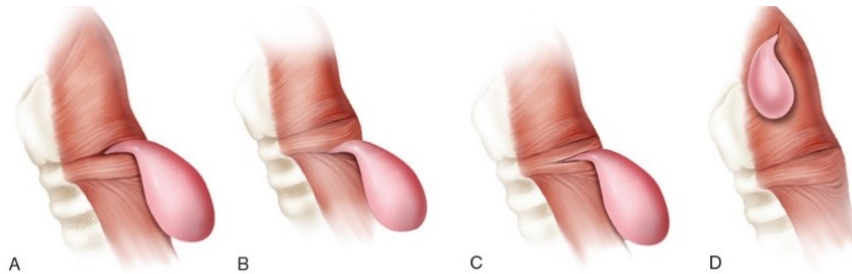


FIGURE 70-1. Types of esophageal diverticula. A, Killian triangle: region between the cricopharyngeal and inferior constrictor muscle. B, Laimer triangle: region between the cricopharyngeal and most superior esophageal circular muscle. C, Killian-Jamieson triangle: region between the oblique and transverse fibers of the cricopharyngeal muscle. D, Lateral pharyngocele: variable location above and lateral to the cricopharyngeus.



- نقش اصلی در ایجاد زنگر، به عهده عضله کریکوفارنکس است.
- زنگر اغلب تمایل دارد که به سمت چپ هرنیه شود، چون در سمت چپ کاروتید لترال تر است و چسبندگی کمتری به فاسیای پره ورتبرال دارد و مری گردنی هم مختصری به سمت چپ محدب است.

تظاهرات:

- بارزترین علامت: دیسفاژی پیشرونده (بیشتر از ۹۰٪ موارد)
- **علائم اختصاصی زنگر:**
 - رگورژیتاسیون حتی ساعت‌ها پس از غذا خوردن
 - آسپیراسیون
 - بلع صدادار
- **علائم کمتر شایع:**
 - آروغ زدن
 - تجمع موکوس در هیپوفارنکس
 - بوی بد دهان
 - Choking و سرفه
 - خشونت صدا
 - گلوبوس
 - کاهش وزن
 - نومونی راجعه
- هرچه دیورتیکول بزرگ‌تر باشد، علائم شدیدتر است.
- Boyce sign: تورم گردن که در لمس gurgle است و ندرتا دیده می‌شود.
- تایید تشخیص: باریوم سوالو، که سایز و پوزیشن ساک را هم مشخص می‌کند.