



سرشناسه	: مهريار، حميدرضا، ۱۳۵۸/ چوبي انزلي، بابک، ۱۳۶۰ / رسولي، مريم، ۱۳۵۷ جوانبخت، آنا، ۱۳۶۴
عنوان و نام پديدآور	: مجموعه سوالات ارتقاء و بورد تخصصي طب اورژانس ۱۴۰۲ گردآوری و پاسخگويي به سوالات: حميدرضا مهريار - بابک چوبي انزلي مريم رسولي - آنا جوانبخت
مشخصات نشر	: تهران: کارديا، ۱۴۰۳
مشخصات ظاهري	: ۳۹۸ ص.: مصور (بخشي رنگي)، جدول (بخشي رنگي)، نمودار (بخشي رنگي)
شابک	: ۸۶۱۰۰۰۰ ريال 978-622-8243-97-9
وضعيت فهرست نويسي	: فييا
موضوع	: طب اورژانس - اطفال
رده بندي کنگره	: RC۸۱۵
رده بندي ديويي	: ۶۱۷/۵۲۲
شماره کتابشناسي ملي	: ۸۳۰۱۷۳۰
اطلاعات رکورد کتابشناسي	: فييا

مجموعه سوالات ارتقاء و بورد تخصصي طب اورژانس ۱۴۰۲ گردآوری و پاسخگويي به سوالات: دکتر حميدرضا مهريار دکتر بابک چوبي انزلي - دکتر مريم رسولي - دکتر آنا جوانبخت ناشر: انتشارات کارديا صفحه آرا: منيرالسادات حسيني طراح و گرافيست: رزيدنت يار - مهرداد فيضي	چاپ و ليتوگرافي: رزيدنت يار نوبت چاپ: اول ۱۴۰۳ تيراژ: ۱۰۰ نسخه شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۸۲۴۳-۹۷-۹ بهاء: ۸۶۱۰۰۰ تومان
---	---

آدرس: تهران ميدان انقلاب - کارگر جنوبي - خيابان روانمهر - بن بست دولتشاهي پلاک ۱ واحد ۱۸
شماره تماس: ۶۶۴۱۹۵۲۰ - ۰۲۱

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

مجموعه سوالات ارتقاء و مورد تخصصی طب اورژانس ۱۴۰۲

ویژه آزمون ارتقاء و مورد تخصصی ۱۴۰۳
متخصصان و دستیاران محترم

گردآوری و پاسخدهی به سوالات:

دکتر حمیدرضا مهریار

دانشیار طب اورژانس دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

دکتر بابک چوبی انزلی

دانشیار طب اورژانس دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

دکتر مریم رسولی

استادیار طب اورژانس دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

دکتر آنا جوانبخت

استادیار طب اورژانس دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

فہرست

سوالات و پاسخنامہ ارتقاء تخصصی طب اورژانس ۱۴۰۲ ۹

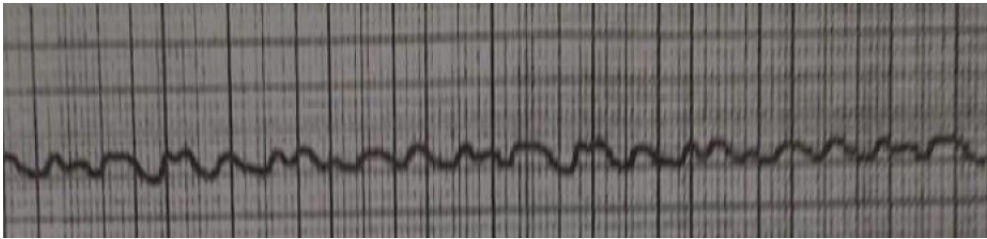
سوالات و پاسخنامہ بورڈ تخصصی طب اورژانس ۱۴۰۲ ۱۹۳



✓ **سؤالات و پاسخنامه** ?

ارتقاء تخصصی ۱۴۰۲

۱- مرد چاقی به دلیل ایست قلبی ریوی در اتاق احیای اورژانس در حال احیا می باشد. مانیتورینگ قلبی بیمار را مشاهده می کنید:



دو بار DC شوک با ۲۰۰ ژول داده شده ولی ریتم کنترل نشده است. ماساژ قلبی و ونتیلاسیون با ماسک در جریان است و دو بار تلاش برای برقراری راه وریدی محیطی موفق نبوده است. مناسب ترین راه بعدی برای برقراری جهت تزریق داروهای احیا کدام است؟

الف) داخل تراشه

ب) ورید فمورال

ج) داخل استخوانی

د) ورید ژوگولار داخلی

پاسخ: ج

بر اساس گایدلاین AHA 2020، ارائه دهندگان خدمات درمانی ابتدا سعی در تعبیه IV line برای تزریق دارو نمایند، اگر تلاش برای دستیابی به IV line ناموفق باشد یا عملی نباشد ممکن است دسترسی IO (داخل استخوانی) در نظر گرفته شود.

۲- پرسنل پیش بیمارستانی در منزل بر بالین خانم ۳۰ ساله‌ای با سابقه مصرف متادون خوراکی حاضر شده‌اند که دچار افت هوشیاری شده است. در بررسی اولیه بیمار سیانوتیک است، تنفس و نبض ندارد. CPR را بلافاصله شروع می‌کنند. اقدام مناسب بعدی کدام است؟

الف) لوله‌گذاری داخل تراشه

ب) اتصال دستگاه AED به بیمار

ج) تجویز اپی نفرین داخل تراشه

د) برقراری رگ محیطی و تجویز نالوکسان

پاسخ: ب

بر اساس گایدلاین AHA 2020، Figure 6، پاسخ سؤال: گزینه ب می‌باشد. پ

شکل ۶

سؤالات و پاسخنامه

بورد تخصصی ۱۴۰۲

۱- آقای ۳۴ ساله به دلیل درد شکم، استفراغ و عدم دفع گاز و مدفوع به اورژانس مراجعه کرده است. برای بیمار لوله نازوگاستریک تعبیه می‌شود. مناسب‌ترین اقدام جهت تأیید قطعی محل لوله کدام است؟

(ب) تزریق هوا داخل لوله و سمع

(الف) تزریق آب مقطر داخل لوله

(د) توانایی صحبت کردن بیمار

(ج) انجام رادیوگرافی قفسه سینه

پاسخ: ج

قطعی ترین روش تایید محل لوله‌ی نازوگاستریک، ارزیابی رادیوگرافیک است. سونوگرافی نیز بسیار reliable می‌باشد. البته انجام روتین رادیوگرافی برای تایید محل لوله روش استاندارد نیست و بیشتر در بیماران با کاهش سطح هوشیاری مفید است. زیرا بیماران هوشیار و دارای همکاری مناسب، ورود لوله به نای و ریه‌ها را حس می‌کنند و به شدت علامت دار می‌شوند. یک روش سریع، ساده اما نه چندان قابل اعتماد، تزریق هوا به داخل لوله و سمع ناحیه‌ی معده برای صدای ناشی از جریان هوا می‌باشد. نیاز به فشار زیاد برای تزریق هوا یا شنیده نشدن صدا نشانه‌ی محل نادرست یا بسته شدن لوله است. اگر بیمار بلافاصله پس از تزریق هوا دچار آروغ شد احتمال جاگذاری لوله در ازوفاجوس مطرح است. سمع لوله‌ی داخل ریه‌ی چپ یا روده‌ی باریک بسیار شبیه لوله‌ی با جاگذاری مناسب داخل معده می‌باشد، تا جاییکه جاگذاری نادرست آنها قابل تشخیص نیست.

آسپیراسیون محتویات معده بخصوص در صورت بررسی PH قابل اعتمادتر است. اگر PH کمتر از ۴ باشد با احتمال ۹۵٪ لوله داخل معده می‌باشد. در ۴٪ موارد با وجود تعبیه‌ی صحیح لوله در معده، PH

بیشتر از ۵/۵ است که دلایل آن عبارتند از: رفلکس دئودنال، آنتی اسیدها، مهارکننده‌های H₂،
instillation اخیر داروها.

اگر بیمار هوشیار و دارای همکاری قادر به صحبت نباشد جاگذاری در سیستم تنفسی مطرح است.
(هجز بخش هفتم، پروسیجرهای دستگاه گوارش، فصل ۴۰، تعبیه‌ی لوله‌ی نازوگاستریک، صفحات
۸۳۲-۸۳۳)

۲- بیماری به دلیل برادی کاردی و با تشخیص بلوک کامل AV در اتاق احیا تحت نظر می‌باشد. با
توجه به علائم حیاتی تصمیم به تعبیه پیس میکر از مسیر وریدی گرفته می‌شود و به علت عدم
دسترسی به فلوروسکوپ، از هدایت سیم پیس میکر با الکتروکاردیوگرام استفاده می‌شود. در
حین داخل بردن سیم پیس میکر اگر موج P و کمپلکس QRS هر دو منفی باشد، محتمل‌ترین
محل قرارگیری نوک الکتروود کدام است؟

(ب) ابتدای دهلیز راست

(الف) ورید وناکاوا فوقانی

(د) تماس با دیواره بطن راست

(ج) ورود به بطن راست

پاسخ: الف

استفاده از ECG برای هدایت تعبیه‌ی کاتتر پیس براساس ۲ مفهوم می‌باشد. اول اینکه ساین امواج P و
QRS بر اساس اینکه وارد کدام ساختار شده اند، متفاوت است. مثلاً زمانیکه نوک کاتتر داخل دهلیز
می‌شود، امواج P بزرگ که از کمپلکس QRS نیز بزرگترند مشاهده می‌شوند. دوم اینکه اگر
دپولاریزاسیون از نوک کاتتر دور شود مجموع نیروهای الکتریک منفی می‌شود و اگر دپولاریزاسیون به
سمت نوک کاتتر حرکت کند، مثبت خواهد شد. بنابراین اگر نوک کاتتر بالای دهلیز باشد، امواج P و
QRS هر دو منفی می‌شوند. با پیشروی کاتتر به نواحی اینفریور دهلیز، موج P ایزوالکتریک (بای فازیک)
می‌شود و در نهایت با رسیدن دپولاریزاسیون دهلیز به نوک کاتتر، مثبت می‌شود. با قرارگیری در ورید
ساب کلاوین چپ یا قسمت میانی (وسط) SVC، موج شبیه لید aVR ثبت می‌شود. در نواحی بسیار
بالایی دهلیز هر دو موج P و QRS منفی می‌شوند. در مرکز دهلیز موج P بای فازیک و بزرگتر می‌شود و
در نواحی تحتانی کوچکتر و upright خواهد بود. موج QRS نیز تقریباً نرمال می‌باشد. با برخورد به
دیواره‌ی دهلیز راست الگوی آسیب به صورت قطعه‌ی P-Ta ایجاد می‌شود. با گذشتن از دریچه‌ی تری
کاسپید موج P کوچکتر و موج QRS بزرگتر می‌شود. تعبیه‌ی کاتتر در IVC با تغییر مورفولوژی موج P