



|                         |   |
|-------------------------|---|
| سرشناسه                 | ایمانی، هدی، ۱۳۶۸ -   |
| عنوان و نام پدیدآور     | آسکی در رشته داخلی (بیماری‌های گوارش و کبد بالغین) گردآوری و ترجمه: دکتر هدی ایمانی |
| مشخصات نشر              | تهران: کاردیا، ۱۴۰۳.  |
| مشخصات ظاهری            | ۳۳۲ ص.  |
| شابک                    | ۹۷۸-۶۲۲-۴۰۴-۰۱۴-۵-۵ ریال ۷۳۰۰۰۰۰  |
| وضعیت فهرست نویسی       | فیبا  |
| یادداشت                 | آسکی داخلی -- بیماری‌های گوارش و کبد بالغین   |
| موضوع                   | بیماری‌های گوارش و کبد بالغین -- آزمون‌ها و تمرین‌ها                                |
| رده بندی کنگره          | ۲/RD۳۷  |
| رده بندی دیویی          | ۰۰۷۶/۶۱۷  |
| شماره کتابشناسی ملی     | ۹۵۶۷۶۹۹   |
| اطلاعات رکورد کتابشناسی | فیبا  |

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
| آسکی در رشته داخلی (بیماری‌های گوارش و کبد بالغین) | چاپ و لیتوگرافی: <b>رزیدنت یار</b> |
| گردآوری و ترجمه: دکتر هدی ایمانی                   | نوبت چاپ: اول ۱۴۰۳                 |
| ناشر: انتشارات کاردیا                              | تیراژ: ۲۰ نسخه                     |
| صفحه آرا: <b>رزیدنت یار - منیره امیری مقدم</b>     | شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۴۰۴-۰۱۴-۵-۵          |
| طراح و گرافیسیت: <b>رزیدنت یار - مهرداد فیضی</b>   | بهاء: ۷۳۰,۰۰۰ تومان                |

آدرس: تهران میدان انقلاب - کارگرجنوبی - خیابان روانمهر - بن بست دولتشاهی پلاک ۱ واحد ۱۸  
شماره تماس: ۶۶۴۱۹۵۲۰ - ۰۲۱ - ۸۸۹۴۵۲۰۸ - ۰۲۱ - ۸۸۹۴۵۲۱۶ - ۰۲۱ / [www.residenttvar.com](http://www.residenttvar.com)

هر گونه کپی‌برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

# آسکی در رشته داخلی (بیماری‌های گوارش و کبد بالغین)

گردآوری و ترجمه

دکتر هدی ایمانی

متخصص بیماری‌های داخلی

رتبه مورد تخصصی بیماری‌های داخلی ۱۴۰۱ کشوری

دستیار فوق تخصصی بیماری‌های گوارش و کبد بالغین دانشگاه اصفهان



## فهرست مطالب

|   |     |
|---|-----|
| فصل ۱: جداول.....   | ۱۱  |
| فصل ۲: الگوریتم‌ها.....   | ۷۱  |
| فصل ۳: تصاویر.....  | ۱۰۵ |
| فصل ۴: نمونه سوالات آزمون‌های سال‌های گذشته.....                | ۱۸۱ |
| فصل ۵: آزمونک‌ها.....   | ۲۷۳ |
| فصل ۶: سوالات متفرقه آسکی آزمون‌های فوق تخصصی سال‌های اخیر..... | ۳۲۳ |



#### جدول ۱-۳۲۲: پروفیلاکسی با آنتی‌بیوتیک برای اقدامات آندوسکوپی

موارد زیر نیاز به پروفیلاکسی با آنتی‌بیوتیک دارند:

- ۱) در شرایط انسداد مجرای صفراوی بدون کلانژیت که نیازمند انجام ERCP است و انتظار می‌رود تخلیه صفراوی ناکامل باشد (مانند کلانژیت اسکروزان، تنگی هیلار)، پروفیلاکسی آنتی‌بیوتیک جهت جلوگیری از کلانژیت توصیه می‌شود و تا مدتی پس از انجام پروسیجر نیز ادامه می‌یابد.
- ۲) تجمع مایع استریل در پانکراس (مانند کیست کاذب یا نکروز) که با مجرای پانکراس مرتبط است. در این شرایط قبل از انجام ERCP، به منظور پیشگیری از عفونت کیست، آنتی‌بیوتیک تجویز می‌شود و تا مدتی پس از انجام پروسیجر نیز ادامه می‌یابد.
- ۳) جهت درناژ تمام جداری مایع استریل تجمع یافته در پانکراس، به منظور پیشگیری از عفونت کیست، تجویز آنتی‌بیوتیک توصیه می‌شود.
- ۴) پیش از انجام EUS-FNA برای ضایعات کیستیک موجود در طول مجرای گوارش (شامل مدیاستن و پانکراس) جهت پیشگیری از عفونت کیست تجویز آنتی‌بیوتیک توصیه می‌شود.
- ۵) برای تمام بیمارانی که نیازمند تعبیه لوله تغذیه از راه پوست توسط آندوسکوپی (PEG) هستند، به منظور جلوگیری از عفونت ناحیه اطراف سوراخ پوستی، مصرف آنتی‌بیوتیک توصیه می‌شود.
- ۶) در بیماران سیروتیک که با خونریزی حاد گوارشی مراجعه کرده‌اند، پیش از انجام هرگونه مداخله آندوسکوپی، آنتی‌بیوتیک جهت پیشگیری از عوارض عفونی و کاهش مرگ و میر، در زمان پذیرش بیمار توصیه می‌شود.
- ۷) برای بیماران نیازمند آندوسکوپی دستگاه گوارش تحتانی که تحت انجام دیالیز صفاقی مداوم هستند، آنتی‌بیوتیک برای جلوگیری از پریتونیت باکتریال توصیه می‌شود.



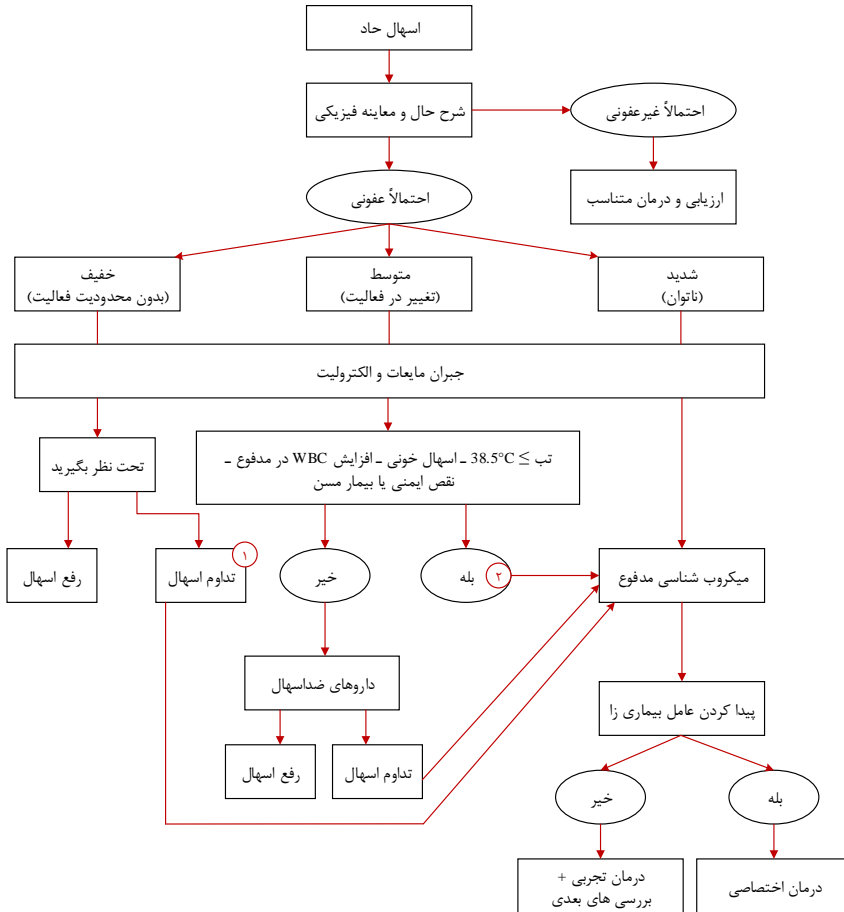
**TABLE 322-1 Antibiotic Prophylaxis for Endoscopic Procedures**

| <b>PATIENT CONDITION</b>  | <b>PROCEDURE CONTEMPLATED</b>  | <b>GOAL OF PROPHYLAXIS</b>  | <b>PERIPROCEDURAL ANTIBIOTIC PROPHYLAXIS</b>          |
|---|--|---|---|
| All cardiac conditions  | Any endoscopic procedure   | Prevention of infective endocarditis                              | Not indicated   |
| Bile duct obstruction in the absence of cholangitis   | ERCP with complete drainage  | Prevention of cholangitis   | Not recommended                                       |
| Bile duct obstruction in the absence of cholangitis   | ERCP with anticipated incomplete drainage (e.g., sclerosing cholangitis, hilar strictures) | Prevention of cholangitis   | Recommended; continue antibiotics after the procedure |
| Sterile pancreatic fluid collection (e.g., pseudocyst, necrosis), which communicates with pancreatic duct | ERCP   | Prevention of cyst infection                                      | Recommended; continue antibiotics after the procedure |
| Sterile pancreatic fluid collection   | Transmural drainage  | Prevention of cyst infection                                      | Recommended   |
| Solid lesion along upper GI tract   | EUS-FNA  | Prevention of local infection                                     | Not recommended <sup>a</sup>                          |
| Solid lesion along lower GI tract   | EUS-FNA  | Prevention of local infection                                     | Not recommended <sup>a</sup>                          |
| Cystic lesions along GI tract (including mediastinum and pancreas)  | EUS-FNA  | Prevention of cyst infection                                      | Recommended   |
| All patients  | Percutaneous endoscopic feeding tube placement   | Prevention of peritoneal infection                                | Recommended <sup>b</sup>                              |
| Cirrhosis with acute GI bleeding  | Required for all such patients, regardless of endoscopic procedures                        | Prevention of infectious complications and reduction of mortality | Recommended, upon admission <sup>c</sup>              |
| Continuous peritoneal dialysis  | Lower GI tract endoscopy   | Prevention of bacterial peritonitis                               | Recommended   |
| Synthetic vascular graft and other nonvalvular cardiovascular devices                                     | Any endoscopic procedure   | Prevention of graft and device infection                          | Not recommended <sup>d</sup>                          |
| Prosthetic joints   | Any endoscopic procedure   | Prevention of septic arthritis                                    | Not recommended <sup>d</sup>                          |

<sup>a</sup>Low rates of bacteremia and local infection. <sup>b</sup>Cefazolin or an antibiotic with equivalent coverage of oral and skin flora. <sup>c</sup>Risk for bacterial infection associated with cirrhosis and GI bleeding is well established; ceftriaxone or a quinolone antibiotic recommended. <sup>d</sup>Very low risk of infection.

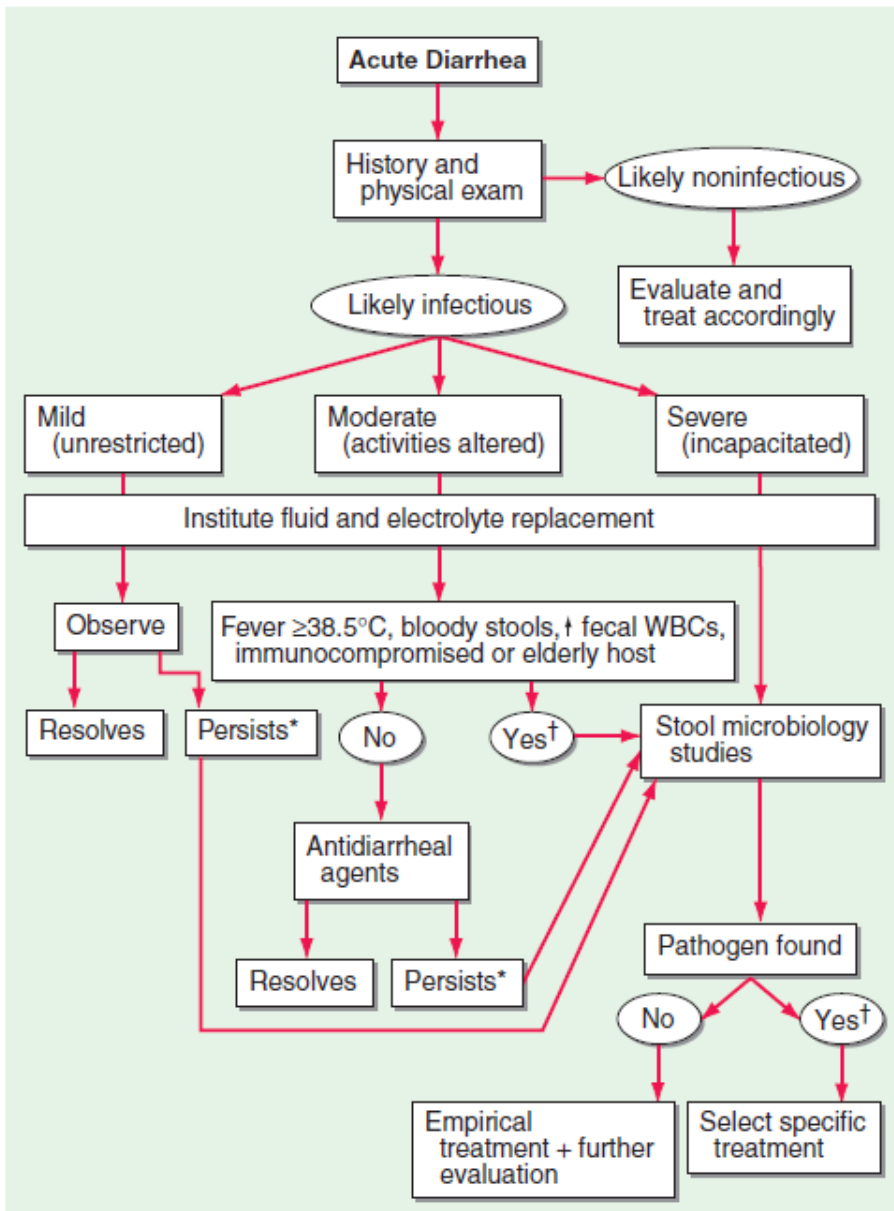
**Abbreviations:** ERCP, endoscopic retrograde cholangiopancreatography; EUS-FNA, endoscopic ultrasound–fine-needle aspiration; GI, gastrointestinal.

**Source:** Reproduced with permission from MA Kashab et al: Antibiotic prophylaxis for GI endoscopy. *Gastrointest Endosc* 81:81, 2015.



۱. درمان تجربی با مترینیدازول قبل از بررسی

۲. درمان تجربی با کینولون قبل از بررسی



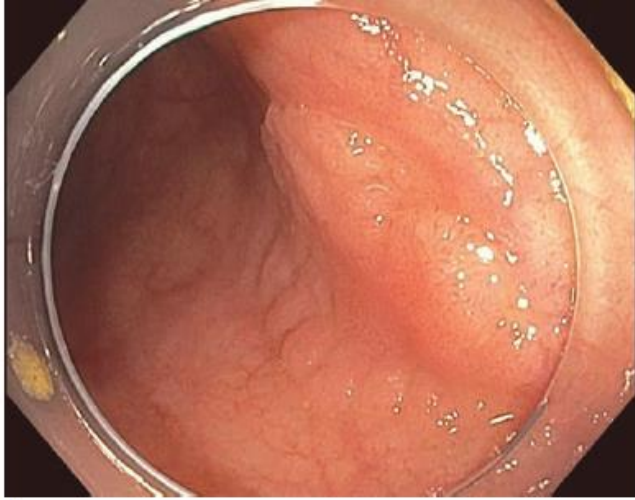
**FIGURE 46-3** Algorithm for the management of acute diarrhea. Consider empirical treatment before evaluation with (\*) metronidazole and with (†) quinolone. WBCs, white blood cells.



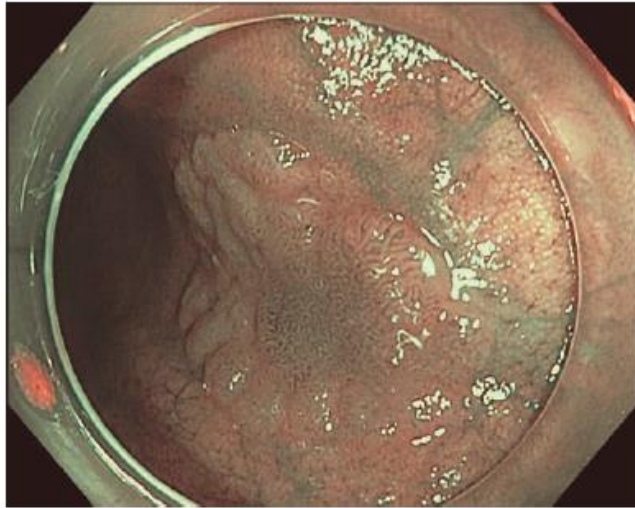


**FIGURE 322-1 Gastrointestinal endoscope.** Shown here is a conventional colonoscope with control knobs for tip deflection, push buttons for suction and air insufflation (*single arrows*), and a working channel for passage of accessories (*double arrows*).

دستگاه کلونوسکوپ متعارف همراه با دستگیره‌های کنترل کننده سر دستگاه و دکمه‌های پیشراننده جهت مکش و تزریق هوا (پیکان منفرد) و کانال عبور ابزارهای فرعی (پیکان‌های دوتایی)



**A**



**B**

**FIGURE 322-2 Flat colon polyp.** **A.** White-light imaging. **B.** Corresponding narrow-band imaging enhances mucosal features and lesion delineation.

پولیپ مسطح کولون: تصویر دوم ویژگی‌های مخاطی و طرح ضایعه را با وضوح بیشتر نشان می‌دهد.

# نمونه سوالات آزمون‌های سال‌های گذشته

## فصل ۴

### Section 4

۱. خانم ۶۰ ساله به علت آسیت تحت بررسی می‌باشد. سابقه دیابت و فشارخون را از مدت‌ها قبل بیان می‌دارد و تحت درمان انسولین و لوژارتان می‌باشد بیمار سابقه تنگی نفس فعالیتی را ذکر میکند در معاینه علائم حیاتی با ثبات است. چاقی مختصر دارد. ادم گوده گذار اندام تحتانی داشته و شکم متسع می‌باشد. در آزمایشات خون مقادیر زیر را داریم

CBC-normal, BUN=24mg/dl, Cr=0.8mg/dl, ALT=78, AST=75, ALP=790  
Bil=1.4 mg/dl, FBS 160 mg/dl, HgBA1c-9, Albumin=3.5gr/dl

در آنالیز مایع آسیت مقادیر زیر را داریم

Ascites albumin=1.8gr/dl, Ascites protein-3gr/dl, WBC=60, PMN-20%

در سونوگرافی کبد اندازه ترمال داشته و وریدهای کبدی متسع می‌باشد. قطر ورید پورت افزایش یافته طحال کمی بزرگ تر از نرمال می‌باشد و مقدار زیادی مایع در شکم و لگن مشهود است. اقدام تشخیصی بعدی شما چه می‌باشد؟

الف) Ascites LDH

ب) Urine protein

ج) Serum Pro BNP

د) Serum AMA

پاسخ گزینه ج



۲. در کدامیک از بیماران زیر که کاندید اقدامات آندوسکوپی هستند لازم است آنتی بیوتیک پروفیلاکتیک داده شود؟
- الف) بیماری با دریچه فلزی آئورت که کاندید کولونوسکوپی تشخیصی است.
- ب) بیماری با دریچه بیولوژیک میترا که کاندید کولونوسکوپی و برداشتن پولیپ رکتوم است.
- ج) بیماری با سابقه تعویض مفصل هیپ دو طرفه که کاندید آندوسکوپی و بیوپسی از معده و مری است.
- د) بیماری که روی continuous peritoneal dialysis است و لازم است کولونوسکوپی شود.

پاسخ گزینه: د

فصل ۳۲۲ صفحه

| PATIENT CONDITION   | PROCEDURE CONTEMPLATED   | GOAL OF PROPHYLAXIS   | PERIPROCEDURAL ANTIBIOTIC PROPHYLAXIS                 |
|---|--|---|---|
| All cardiac conditions  | Any endoscopic procedure   | Prevention of infective endocarditis                              | Not indicated   |
| Bile duct obstruction in the absence of cholangitis   | ERCP with complete drainage  | Prevention of cholangitis   | Not recommended                                       |
| Bile duct obstruction in the absence of cholangitis   | ERCP with anticipated incomplete drainage (e.g., sclerosing cholangitis, hilar strictures) | Prevention of cholangitis   | Recommended; continue antibiotics after the procedure |
| Sterile pancreatic fluid collection (e.g., pseudocyst, necrosis), which communicates with pancreatic duct | ERCP   | Prevention of cyst infection                                      | Recommended; continue antibiotics after the procedure |
| Sterile pancreatic fluid collection   | Transmural drainage  | Prevention of cyst infection                                      | Recommended   |
| Solid lesion along upper GI tract   | EUS-FNA  | Prevention of local infection                                     | Not recommended <sup>a</sup>                          |
| Solid lesion along lower GI tract   | EUS-FNA  | Prevention of local infection                                     | Not recommended <sup>a</sup>                          |
| Cystic lesions along GI tract (including mediastinum and pancreas)  | EUS-FNA  | Prevention of cyst infection                                      | Recommended   |
| All patients  | Percutaneous endoscopic feeding tube placement   | Prevention of peristomal infection                                | Recommended <sup>b</sup>                              |
| Cirrhosis with acute GI bleeding  | Required for all such patients, regardless of endoscopic procedures                        | Prevention of infectious complications and reduction of mortality | Recommended, upon admission <sup>c</sup>              |
| Continuous peritoneal dialysis  | Lower GI tract endoscopy   | Prevention of bacterial peritonitis                               | Recommended   |
| Synthetic vascular graft and other nonvalvular cardiovascular devices                                     | Any endoscopic procedure   | Prevention of graft and device infection                          | Not recommended <sup>d</sup>                          |
| Prosthetic joints   | Any endoscopic procedure   | Prevention of septic arthritis                                    | Not recommended <sup>d</sup>                          |

<sup>a</sup>Low rates of bacteremia and local infection. <sup>b</sup>Cefazolin or an antibiotic with equivalent coverage of oral and skin flora. <sup>c</sup>Risk for bacterial infection associated with cirrhosis and GI bleeding is well established; ceftriaxone or a quinolone antibiotic recommended. <sup>d</sup>Very low risk of infection.

Abbreviations: ERCP, endoscopic retrograde cholangiopancreatography; EUS-FNA, endoscopic ultrasound–fine-needle aspiration; GI, gastrointestinal.

Source: Reproduced with permission from MA Kashab et al: Antibiotic prophylaxis for GI endoscopy. *Gastrointest Endosc* 81:81, 2015.

۳. آقای ۶۵ ساله به دلیل سابقه ریتم AF بر روی آسپرین و ریبواروکسaban روزانه قرار گرفته است. به دلیل دیس پیسی که از ۳ ماه قبل شروع شده است. نیاز به آندوسکوپی احتمالاً

۱. آقای ۴۲ ساله با سابقه طولانی مدت مصرف الکل بعلت زردی، ضعف و بی حالی، تهوع و درد RUQ مراجعه کرده است. آزمایشات بیمار به شرح زیر است:

WBC: 13000  
Hb: 10.3  
Plt: 110000  
Bill T & D: 14.5/10  
Ast: 290  
Alt: 130  
Alp: 250  
Alb: 2.5  
Cr: 1.2  
PT: 20 (max: 14 )

وزن : ۸۰ کیلوگرم

(۱) کدامیک از موارد زیر در معاینه بیمار محتمل است؟ (بیش از یک گزینه صحیح وجود دارد)  
نام یافته مذکور را بنویسید.



# سوالات متفرقه آسکی آزمونهای فوق تخصصی سالهای اخیر

## فصل ۶

### Section 6

۱. شیوع و بروز سرطان سنگفرشی مری در استانهای شمال شرق کشور در طی چهار دهه گذشته و پس از پیروزی انقلاب اسلامی کاهش چشمگیری داشته است. مهم‌ترین دلایل این کاهش به نظر شما چیست؟ (حداقل سه دلیل را بنویسید)

۲. آقای ۶۰ ساله با سابقه دیابت از ۱۰ سال قبل تحت کنترل با داروی خوراکی؛ چاقی و کبد چرب با شکایت از ملنا در ساعت ده شب به اورژانس آورده شده. در سونوگرافی ۶ ماه قبل کبد چرب گرید ۳ و اسپلنومگالی گزارش شده. قند خون و آنزیم‌های کبد در آن زمان نرمال گزارش شده. برای ترومبوسیتوپنی خفیف که در آزمایش‌های آن زمان دیده شده بوده، مشاوره هماتولوژی در همان زمان ارسال شده بوده که بیمار پیگیری نکرده.

در حال حاضر در معاینه بالینی بیمار کمی رنگ‌پریده ولی هوشیار است. فشار خون ۶۵/۹۵ میلی‌متر جیوه بدون تغییر اورتوستاتیک و نبض ۱۰۵ در دقیقه دارد. آسیت ندارد ولی طحال به دست می‌خورد و شکم دردناک نیست.

الف) دستورات دارویی خود را برای این بیمار در این مرحله بنویسید؟

ب) چه موقع برای این بیمار درخواست اندوسکوپی می‌کنید؟



۳. آقای ۳۵ ساله جهت بررسی آزمایش غیرطبیعی کبد خود که یک ماه قبل انجام داده، به شما مراجعه کرده است.

AST: 135, ALT: 92

الف) در شرح حال این بیمار چه نکاتی را می‌پرسید؟ حداقل شش نکته را بنویسید.  
ب) در معاینه فیزیکی غیر از معاینه شکم به چه نکاتی توجه می‌کنید؟ حداقل پنج نکته را بنویسید.

4. A 68 years old man is referred to you with complain of weakness and mild central abdominal pain for the past six months. Physical exam including vital signs is normal with no tenderness. He is cigarette smoker and opium inhaler for many years. Abdominal ultrasound is normal except for a dilated CBD of 18 mm.

Labs:

AST=20, ALT=35, Alk phosphatase=187 (normal 290)

T. Bil=1.8, Hb=10, MCV=65, WBC=7800.

Select the correct sentences/ interventions from the list below.

There is negative score for inappropriate choices.

- a.  Antibiotics should be started for treatment of cholangitis.
- b.  Opium and any other narcotics should be stopped immediately.
- c.  Percutaneous Biliary drainage should be inserted.
- d.  Endoscopic biliary drainage should be done.
- e.  Ursodeoxycholic acid should be started to facilitate the bile flow.
- f.  Serum iron and TIBC should be checked.
- g.  Peripheral blood smear should be done.
- h.  Colonoscopy is indicated in this patient.

۵. آقای ۶۵ ساله‌ای بدون شکایت خاص و بدون سابقه بیماری در خانواده و خودش، برای انجام اولین کولونوسکوپی غربالگری ارجاع شده است. داروی خاصی مصرف نمی‌کند و معاینه و آزمایش‌های خون طبیعی هستند. به نظر شما چه توضیحاتی باید قبل از اینکه به بیمار نوبت کولونوسکوپی داده شود، به وی گفته شود؟ حداقل سه نکته را بنویسید.