

نمونه ترجمه‌ی فصول سابیستون بر اساس رفرنس ۲۰۲۶

طبابت، پیوند خرد و مهر است؛

خرد برای درمان، و مهر

برای انسان

RESIDENTYAR

سرشناسه	مسلمی- سام ۱۳۶۳
عنوان و نام پدیدآور	شکم حاد: تألیف و تلخیص به همراه مجموعه سوالات تالیفی ویژه آزمون ارتقا و بورد ۱۴۰۶ Sabiston Textbook of Surgery The Biological Basis of Modern Surgical Practice 22 st Edition 2026 تألیف و تلخیص: دکتر سام مسلمی
مشخصات نشر	تهران: کاردیا، ۱۴۰۵.
مشخصات ظاهری	ص.: مصور، جدول، نمودار.
شابک	ریال:
مدیر برنامه ریزی و تولید	الهه شهدادی
وضعیت فهرست نویسی	فیپا
یادداشت	
عنوان دیگر	کتاب برگرفته از کتاب" Sabiston Textbook of Surgery The Biological Basis of Modern Surgical Practice 22 st Edition 2026"اثر دیناکی. اندرسن ... [و دیگران] است
موضوع	اصول جراحی.
شناسه افزوده	جراحی Surgery
	جراحی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها Surgery -- Examinations, questions, etc.
شناسه افزوده	اندرسن، دینا کی.
شناسه افزوده	Andersen, Dana K.
شناسه افزوده	اصول جراحی.
شناسه افزوده	جراحی Surgery
	جراحی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها Surgery -- Examinations, questions, etc.
رده بندی کنگره	۵/۵۵۷RD
رده بندی دیویی	۵۷۲۰۵۹/۶۱۷
شماره کتابشناسی ملی	۹۵۶۲۶۷۰
اطلاعات رکورد کتابشناسی	فیپا

عنوان: شکم حاد برگرفته از کتاب:
Sabiston Textbook of Surgery The Biological Basis of Modern Surgical Practice 22 st Edition 2026
تألیف و تلخیص به همراه مجموعه سوالات تالیفی ویژه آزمون ارتقا و بورد ۱۴۰۶ /
تألیف و تلخیص: دکتر سام مسلمی
ناشر: انتشارات کاردیا
صفحه آرا: رزیدنت یار– صبا درخشان فرد
طراح و گرافیست: رزیدنت یار–مهراد فیضی

چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت یار
نوبت چاپ: اول ۱۴۰۵
تیراژ: ۱۰۰ جلد
شابک:
بهاء: ریال

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

شماره تماس: ۶۶۴۱۹۵۲۰ – ۶۶۴۸۱۴۷۲ – ۰۲۱، ۶۶۴۸۱۷۳۴ – ۰۲۱، شماره تماس ویژه: ۹۱۰۹۵۹۶۷– ۰۲۱
www.residenttyar.com

هر گونه کپی‌برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

شکم حاد

خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات تالیفی ویژه آزمون ارتقا و بورد ۱۴۰۶

Sabiston Textbook of Surgery The Biological Basis of Modern Surgical Practice 22 st Edition 2026

ترجمه و تلخیص

دکتر سام مسلمی

فلوشیپ جراحی آندوکرین

هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ارتش

مقدمه ناشر

به نام خداوند زیبایی ها

سپاس و ستایش، سزاوار پروردگاری است که کرامتش بی‌کران، رحمتش بی‌پایان و راه دانش را چراغی برای تعالی انسان قرار داد؛ آن‌که به انسان آموخت، اندیشه را در جانش نشاند و قلم را به او سپرد تا آنچه را می‌آموزد، به دیگران نیز بیاموزد و چراغی از چراغ‌های دانایی را روشن نگاه دارد.

دانش، امانتی است که هر نسل از نسل پیشین به میراث می‌گیرد و بر غنای آن می‌افزاید؛ و پزشکی، در میان دانش‌ها، آمیخته‌ای شگفت از **دانش، خرد، تجربه و مهر** است. طبیب تنها با بیماری روبه‌رو نیست؛ با انسانی مواجه است که رنج، امید و زندگی خویش را به دستان او سپرده است.

پروردگارا، ما را از جویندگان راستین حقیقت و از شاکران نعمت دانایی قرار ده؛ یاری‌مان کن که در راه آموختن، از جست‌وجو بازنایستیم، در داوری به خرد تکیه کنیم و آنچه را می‌آموزیم، با امانت، دقت و شایستگی به آیندگان بسپاریم.

رزیدنت‌یار در نزدیک به دو دهه فعالیت در عرصه آموزش پزشکی، با باور به همین رسالت، کوشیده است پلی میان **دانش روزآمد، تجربه استادان و نیازهای واقعی جامعه پزشکی** باشد؛ بستری که در آن آموزش، تنها انتقال محفوظات نیست، بلکه تلاشی برای فهم عمیق‌تر، اندیشیدن دقیق‌تر و ساختن پزشکی توانمندتر است.

اثر پیشِ رو حاصل همین نگاه است؛ تلاشی برای گردآوری و سامان‌دهی دانشی گسترده در حوزه **جراحی عمومی** و تبدیل آن به محتوایی منسجم، مفهوم‌محور و روان که مطالعه و به‌کارگیری آن را برای مخاطب آسان‌تر سازد. این اثر با بهره‌گیری از منابع و رفرنس‌های معتبر و با کوشش مؤلف گرامی در مفهوم‌سازی و روان‌سازی مباحث تدوین شده و پس از عبور از فرآیند کنترل و ارزیابی علمی رزیدنت‌یار و بررسی جمعی از اساتید، موفق به کسب **رتبه A در ارزیابی کیفی رزیدنت‌یار** شده است.

امید است این کتاب، تنها مجموعه‌ای از صفحات و مطالب نباشد؛ بلکه **همراهی باشد در مسیر آموختن، اندیشیدن و بهتر طبابت کردن** باشد که هر دانشی که از این صفحات می‌آموزید، روزی در نجات جانی، آرامش بیماری و روشن‌تر شدن چراغ زندگی انسانی به کار آید.

به امید آنکه دانش، با مهر همراه شود؛ و طبابت، شایسته‌ترین جلوه این همراهی باشد.

مدیرمسئول انتشارات

مرجان پورندیم

فهرست مطالب

فصل ۸۵: شکم حاد ۷
سوالات و پاسخنامه فصل ۸۵ ..... ۱۲

رزیدنت یار
شماره تماس: ۶۶۴۱۹۵۲۰ – ۶۶۴۸۱۴۷۲ – ۰۲۱، ۶۶۴۸۱۷۳۴ – ۰۲۱، شماره تماس ویژه: ۹۱۰۹۵۹۶۷– ۰۲۱

شکم حاد

The Acute Abdomen

فیزیولوژی و آناتومی درد حاد شکمی

حفره شکم به دو فضای صفاقی (intraperitoneal) و پشت صفاقی (retroperitoneal) تقسیم می‌شود. فضای داخل صفاقی شامل ارکان حیاتی مانند معده، روده کوچک، کولون عرضی، کبد، طحال و آپاندیس است، در حالی که فضای رتروپریتونئال شامل کلیه‌ها، پانکراس، بخش‌های صعودی و نزولی کولون و عروق بزرگ می‌باشد. خون‌رسانی اصلی شکم از ائورت شکمی انجام می‌شود که در سطح مهره چهارم کمری (L4) به شریان‌های ایلیاک مشترک شاخه می‌دهد. شاخه‌های اصلی برخاسته از ائورت شامل تنه سلیاک (celiac trunk)، شریان مزانتریک فوقانی (SMA) و شریان مزانتریک تحتانی (IMA) هستند و اختلال در پرفیوژن هر یک از آن‌ها می‌تواند سبب علائم حاد شکمی شود. مبنای فیزیولوژیک درد شکم به عصب‌دهی پیچیده صفاق وابسته است. صفاق جداری (parietal peritoneum) که دیواره شکم را مفروش می‌کند، توسط اعصاب سوماتیک عصب‌دهی می‌شود و تحریک یا التهاب آن باعث ایجاد درد تیز، شدید و با localization دقیق می‌گردد. در مقابل، صفاق أحشایی (visceral peritoneum) که ارگان‌ها را احاطه کرده، توسط اعصاب خودکار (autonomic) عصب‌دهی می‌شود و تحریک آن درد کند، مبهم، کرامپی یا تیر کشنده با localization ضعیف ایجاد می‌کند. التهاب أحشایی به مرور می‌تواند به صفاق جداری پیشرفت کند که نمونه کلاسیک آن در آپاندیسیت دیده می‌شود؛ یعنی درد اولیه در ناحیه پری‌اومبیلیکال (periumbilical) که با درگیر شدن صفاق جداری به ربع تحتانی راست (RLQ) لوکالیزه می‌شود.

افتراق و ارزیابی بالینی شکم حاد

تشخیص شکم حاد (acute abdomen) خود یک بیماری خاص پزشکی یا جراحی نیست، بلکه مجموعه‌ای از علائم، یافته‌های معاینه فیزیکی و بررسی‌های تشخیصی است که یک روند حاد درون یا خارج از حفره شکم را نشان می‌دهد و غالباً نیازمند مدیریت جراحی است. آستانه زمانی برای اطلاق عنوان حاد (در مقابل تحت حاد یا مزمن) معمولاً و به صورت اختیاری ۱ هفته در نظر گرفته می‌شود. افتراق این وضعیت بسیار وسیع است و سن، جنسیت، و سابقه پزشکی و جراحی بیمار نقش کلیدی در محدود کردن تشخیص افتراقی دارند. به عنوان مثال، دیورتیکولیت، بیماری‌های مجاری صفراوی و زخم‌های پپتیک از علل شایع درد حاد در بزرگسالان هستند اما در بیماران جوان‌تر کمتر دیده می‌شوند. علاوه بر علل جراحی، چندین بیماری غیرجراحی و داخلی مانند پانکراس حاد، بحران سلول داسی‌شکل (sickle cell crisis)، کتواسیدوز دیابتی (DKA)، پریونیت باکتریایی خودبه‌خودی و پیلونفریت می‌توانند پاتولوژی جراحی حاد را تقلید کنند و توجه به آن‌ها برای جلوگیری از عمل جراحی غیر ضروری بسیار حیاتی است.

یک تاریخچه بالینی جامع اولین گام کلیدی است و توجه دقیق به آغاز، کاراکتر، مکان، کیفیت و مدت زمان درد اهمیت فراوانی دارد. به عنوان مثال، تحریک دیافراگم توسط هوای آزاد داخل صفاقی می‌تواند منجر به درد ارجاعی به شانه (referred pain) به دلیل اتصال آناتومیک عصب فرنی به شبکه بازویی شود. همچنین، فرآیندهای خارج‌شکمی مانند انفارکتوس حاد میوکارد (AMI) می‌توانند به صورت درد فوقانی شکم تظاهرات کنند. در بیماران مصرف‌کننده استروئید یا داروهای سرکوب‌گر ایمنی، پاسخ‌های فیزیولوژیک به درد و عفونت می‌توانند کند و مخفی باشند و به همین دلیل به شک بالینی بسیار بالاتری نیاز دارند.

معاینه فیزیکی و نشانه‌های اپونیم

معاینه فیزیکی کامل شامل معاینه دیداری، لمس، کوپرسیون و سمع شکم است. بازرسی بصری ممکن است تغییرات پوستی مانند کبودی پری‌اومبیلیکال (علامت کولین - Cullen sign) یا کبودی پهلو (علامت گری ترنر - Grey Turner sign) را نشان دهد که خبر از خونریزی داخل صفاقی یا رتروپریتونئال می‌دهد. معاینه دقیق ناحیه اینگوینال (کشاله ران) برای رد فتق‌های اینگوینال محبوس‌شده، و همچنین معاینه مقعدی، تناسلی و لگنی در سناریوهای بالینی مناسب الزامی است. اکثر بیماران مبتلا به شکم حاد حداقل برخی از یافته‌های کلاسیک پریتونیت از جمله گاردینگ غیر ارادی (involuntary guarding)، سفتی عضلانی (rigidity) و تندرنس ریباند (rebound tenderness) را نشان می‌دهند. علامت ریباند که با برداشتن فشار از روی دیواره شکم باعث بدتر شدن درد می‌شود، به دلیل تحریک صفاق جداری ایجاد می‌شود. نکته بسیار مهم، شکایت از درد شدید بدون تندرنس همزمان (pain out of proportion to exam) است که مشخصه بارز ایسکمی ارگان (به ویژه ایسکمی مزانتریک حاد) به جای پرفوراسیون می‌باشد.

استفاده از مانورها و علائم اپونیم متنوعی در معاینه شرح داده شده‌اند که از جمله مهم‌ترین آن‌ها می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: علامت مورفی (Murphy sign) شامل توقف تنفسی حین دم عمیق با لمس زیردنده‌ای راست که نشانگر کوله سیستیت حاد است؛ علامت رووزینگ (Rovsing sign) که درد در RLQ هنگام لمس LLQ و نشان‌دهنده آپاندیسیت حاد است؛ علامت کارنت (Carnett sign) که استمرار یا افزایش درد با انقباض عضلات دیواره شکم است و نشان می‌دهد منشاء درد در دیواره شکم قرار دارد؛ و علائم هاب‌رومبرگ (Howship-Romberg sign) (درد ران داخلی با چرخش داخلی لگن) و هنینگتون - کیف (Hannington-Kiff sign) که مربوط به فتق ابتراتور (obturator hernia) هستند. سمع شکم به دلیل حساسیت و اختصاصیت پایین، نقش محدودی در ارزیابی شکم حاد دارد و نباید به آن اکتفا کرد.

بررسی‌های آزمایشگاهی

انجام آزمایش‌های پایه شامل شمارش کامل خون (CBC)، پنل متابولیک پایه (BMP) و لاکتات سرم در اکثر بیماران شکم حاد ضروری است. در CBC، افزایش گلبول‌های سفید با شیفت به سمت چپ (left shift) از عفونت باکتریایی پشتیبانی می‌کند، هماتوکریت پایین ممکن است نشان‌دهنده منبع خونریزی‌دهنده باشد و هماتوکریت بالا حاکی از کاهش حجم داخل عروقی است. وجود اسیدوز در BMP یا لاکتات سرم بالا نشان‌دهنده اختلالات متابولیک، شوک در حال

پیشرفت یا ایسکمی اندام هدف است. انجام تست B-HCG در تمام زنان در سنین باروری برای رد حاملگی خارج از رحم (ectopic pregnancy) اجباری است. همچنین تهیه نمونه تایپ و اسکرین (Type and Screen) و مطالعات انعقادی برای بیمارانی که مداخله جراحی برای آن‌ها پیش‌بینی می‌شود، الزامی است.

مطالعات تشخیصی و تصویربرداری

تصویربرداری تشخیصی باید بر اساس یک تشخیص افتراقی دقیق و هدفمند درخواست شود تا از قرار گرفتن غیرضروری بیمار در معرض اشعه جلوگیری گردد.

- **سونوگرافی (Ultrasound):** روشی بدون اشعه، سریع و در دسترس است که استاندارد طلایی تشخیصی برای برخی پاتولوژی‌ها (مانند سیستم صفراوی و برخی موارد ژنیکولوژیک) محسوب می‌شود. سونوگرافی کنار بستر (POCUS) زمان رسیدن به تشخیص را کاهش داده و مقرون‌به‌صرفه است؛ اما گاز روده و وضعیت بدنی بیمار (چاقی) می‌توانند محدودیتی در دید ایجاد کنند.

- **رادیوگرافی ساده (Plain Radiography):** گرافی ایستاده شکم یا قفسه سینه می‌تواند هوای آزاد زیر دیافراگم (free air) را در صورت پرفوراسیون احشای توخالی نشان دهد. حلقه‌های متسع معده و روده کوچک با سطوح مایع - هوا نشانگر انسداد روده کوچک (SBO) هستند و نمای کلاسیک «لوله داخلی خمیده» یا «علامت دانه قهوه» نشان‌دهنده ولولوس سکوم یا سیگموئید است.

- **سی تی اسکن (Computed Tomography):** در عصر مدرن، سی‌تی‌اسکن ابزار تشخیصی اصلی در ارزیابی درد شکم است. استفاده از کنتراست وریدی (IV contrast) دقت تشخیصی را به طور قابل توجهی بالا می‌برد (عدم استفاده از آن تا ۳۰٪ دقت را کاهش می‌دهد). آنژیوگرافی با CT یا همان CTA بهترین روش برای ارزیابی عروق است و در بیماران مشکوک به ایسکمی مزانتریک حاد یا دایسکسیون ائورت برتری مطلق دارد، به طوری که مطالعات نشان داده‌اند انجام CT با کنتراست در انسداد حاد SMA میزان مرگ‌ومیر درون‌بیمارستانی را به طور چشمگیری کاهش می‌دهد. کنتراست خوراکی زمان‌بر است و معمولاً به جز در موارد شک به پرفوراسیون یا نشت آناستوموتیک، ضرورت محکمی ندارد.

- **تصویربرداری رزونانس مغناطیسی (MRI):** مزیت بزرگ آن عدم استفاده از یونیزان و دقت بالا (بیش از ۹۰٪ حساسیت و اختصاصیت برای **آپاندیسیت در دوران بارداری**) است. با این حال، محدودیت‌هایی نظیر هزینه بالا، زمان طولانی اسکن (۳۰ تا ۹۰ دقیقه)، و عدم امکان استفاده در بیماران دارای ایمپلنت‌های فلزی خاص دارد.

پروسیجرهای تشخیصی و آماده‌سازی برای جراحی اورژانسی

در شرایط خاص، اقداماتی مانند تعبیه لوله نازوگستریک (NGT) برای لاواژ و آسپیراسیون محتویات معده جهت بررسی خونریزی گوارشی فوقانی انجام می‌شود. اندازه‌گیری فشار داخل شکمی (IAP) از طریق کاتتر ادراری برای تشخیص فشار خون داخل شکمی (12 mm Hg < IAP) و سندرم کمپارتمان شکمی (20 mm Hg < IAP) همراه با اختلال عملکرد اندام هدف) در بیماران پرخطر حیاتی است.

قبل از عمل جراحی اورژانسی، تمام بیماران نیازمند احیای پایه شامل برقراری دسترسی وریدی کافی، تزریق مایعات یا فرآورده‌های خونی، اصلاح اختلالات الکترولیتی و تجویز آنتی بیوتیک وسیع‌السپر (هدف‌گیری باکتری‌های گرم‌منفی روده و بی‌هوازی‌ها) هستند. سطح مراقبت‌های پس از عمل (نیاز به تخت ICU) باید از پیش پیش‌بینی و هماهنگ شود. مشاوره پیش از عمل شامل اخذ رضایت آگاهانه و توضیح درباره رویکردهای باز یا لاپاراسکوپیک، احتمال رزکسیون روده، تعبیه استومی و بسته نگه داشتن موقت شکم است.

مدیریت غیرجراحی (Nonoperative Management)

اگرچه بیشتر موارد شکم حاد نیازمند مداخله جراحی است، اما در برخی پاتولوژی‌های خاص مدیریت غیرجراحی گزینه اول و ترجیحی محسوب می‌شود؛ شرط اصلی برای این رویکرد، پایداری همودینامیک بیمار است.

- **آپاندیسیت حاد:** بر اساس مطالعه معتبر CODA، درمان با آنتی‌بیوتیک برای آپاندیسیت حاد نابالغ (با یا بدون آپاندیکولیت) به عنوان روشی غیرکمتر (noninferior) نسبت به آپاندکتومی شناخته شد؛ البته ۲۹٪ از بیماران دریافت‌کننده آنتی‌بیوتیک طی ۹۰ روز نیازمند جراحی شدند و این روش با نرخ بالایی از تشکیل آبسه و هزینه‌های بالاتر همراه است.
- **دیورتیکولیت حاد:** موارد دیورتیکولیت حاد بدون عارضه غالباً با یک دوره کوتاه آنتی‌بیوتیک خوراکی درمان می‌شوند. پرفوراسیون مهارشده دیورتیکولیت سیگموئید بدون پریتونیت با NPO و آنتی‌بیوتیک وریدی موفقیت ۷۱ تا ۹۴ درصدی در اجتناب از جراحی اورژانسی و استومی دارد.
- **تخلیه پرکوتانه:** در آبسه‌های داخل شکمی یا در بیماران بسیار بدحالی که کاندید مناسبی برای جراحی نیستند (مانند تعبیه لوله کلمه سیستوستومی در کوله‌سیستیت حاد)، تخلیه با کمک رادیولوژی مداخله‌ای (IR) یک پل ارتباطی یا درمان قطعی ارزشمند است.

جمعیت‌های ویژه بیماران

- **زنان باردار:** ارزیابی درد شکم چالش‌برانگیز است زیرا هم علل مامایی (مانند دابران پلاسنت، سقط، پارگی رحم، سندرم HELLP و تورم تخمدان) و هم علل غیرمامایی (مانند آپاندیسیت و کوله‌سیستیت) مطرح هستند. آپاندیسیت در بارداری با نرخ بالاتر پریتونیت و شوک همراه است و درمان ترجیحی جراحی (آپاندکتومی) است. روش‌های تصویربرداری ترجیحی برای کاهش اشعه، سونوگرافی و MRI هستند؛ با این حال، اگر سی‌تی‌اسکن برای نجات جان مادر ضروری

باشد، نباید به دلیل ترس از اشعه آن را به تأخیر انداخت (دوز معمول جنین در CT شکم و لگن حدود ۲۵ میلی‌گری است که بسیار کمتر از آستانه خطرزای اثبات‌شده است).

- **سالمندان:** بیماران مسن با نرخ بالاتری از کامروبیدیتی‌ها، چنددارویی (polypharmacy)، و پدیده‌ی شکنندگی (frailty) مواجه هستند. تظاهرات بالینی در سالمندان اغلب غیرمتعارف و خفیف‌تر است و عوارض و مرگ‌ومیر جراحی در آن‌ها به‌طور قابل‌توجهی بالاتر از جوانان است.
- **بیماران نقص ایمنی (Immunocompromised):** به دلیل بیماری‌هایی نظیر HIV، پیوند اعضا یا مصرف سرکوب‌کننده‌های ایمنی (استروئیدها)، علائم التهابی و درد شکم بسیار پنهان و غیرپویا بوده و تاخیر در تشخیص شایع است.
- **جراحی‌های چاقی پیشین (Post-Bariatric Surgery):** تغییرات آناتومیک ناشی از عمل‌هایی مانند بای پس معده، اسلیو یا باندینگ باعث بروز تظاهرات غیرترادیشنی از بیماری‌ها می‌شود. نشت آناستوموتیک، فتق‌های داخلی (internal hernias)، و اولسرهای حاشیه (marginal ulcers) از مواردی هستند که به طور ویژه در این گروه باید مدنظر قرار گیرند.

سوالات و پاسخنامه

۱. مردی ۶۸ ساله با سابقه فیبریلاسیون دهلیزی و هایپرتانسیون مزمن با درد شدید و ناگهانی شکم از ۴ ساعت قبل مراجعه کرده است. در معاینه، شکم نرم، بدون دیفانس یا ریباند است اما بیمار از درد شدید (۱۰/۱۰) نالان است. علائم حیاتی: $BP = 100/65$, $HR = 115$, $RR = 22$, $T = 37.8°C$. آزمایش‌ها: $WBC = 18,500$ با 85% نوتروفیل، $Lactate = 4.2\ mmol/L$. بیمار تحت سی‌تی آنژیوگرافی (CTA) قرار می‌گیرد که هایپوانهانسمنت دیواره ایلئوم و انسداد حاد SMA را نشان می‌دهد. بر اساس داده‌های سابیستون ۲۰۲۶، کدام اقدام یا یافته در مدیریت این بیمار حائز اهمیت حیاتی است؟

الف) تعبیه لوله نازوگستریک و به تعویق انداختن CTA تا زمان اصلاح کامل لاکتات سرم و پایدارسازی همودینامیک کامل با داروهای وازوپرسور

ب) انجام سی‌تی آنژیوگرافی (CTA) در ارزیابی اولیه، چرا که مطالعات نشان داده‌اند انجام آن در این بیماران مرگ‌ومیر درون‌بیمارستانی را به طور چشمگیری کاهش می‌دهد (در مقایسه با عدم استفاده از کنتراست)

ج) انجام فوری لاپاراسکوپی تشخیصی جهت بررسی زنده‌ماندن روده قبل از هرگونه تصویربرداری عروقی

د) پرهیز از تزریق کنتراست وریدی به دلیل خطر قطعی آسیب حاد کلیوی ناشی از کنتراست و اکتفا به سونوگرافی داپلر بالینی

پاسخ صحیح: ب

شکایت از درد شدید بدون تندرنس همزمان (pain out of proportion to exam) در یک بیمار با فاکتورهای خطر آمبولی (مثل Afib) نشانه کلاسیک ایسکمی مزانتریک حاد است. متن کتاب به صراحت تاکید می‌کند که برای این بیماران، انجام سی‌تی آنژیوگرافی (CTA) فوری نقش حیاتی دارد، به طوری که مطالعات نشان داده‌اند میزان مرگ‌ومیر درون‌بیمارستانی برای بیماران با انسداد حاد SMA که تحت CT کنتراست‌دار قرار گرفته‌اند ۴۲٪ بوده، در حالی که در بیماران بدون تصویربرداری کنتراست‌دار به ۹۰٪ رسیده است. ترس از آسیب کلیوی نباید مانع انجام تصویربرداری تشخیصی حیاتی شود. (صفحه ۱۱۶۲، پاراگراف اول)

۲. زنی ۲۶ ساله در هفته ۲۴ بارداری با درد ربع تحتانی راست شکم (RLQ)، تهوع و تب $38.2°C$ مراجعه کرده است. سونوگرافی اولتراسوند شکم و لگن به دلیل اتساع روده و جثه بیمار ناواضح (Inconclusive) گزارش شده و آپاندیس رویت نشده است. بیمار دچار تندرنس موضعی در RLQ است. تصویربرداری رزونانس مغناطیسی

شماره تماس: ۶۶۴۱۹۵۲۰ – ۶۶۴۸۱۴۷۲ – ۰۲۱، ۶۶۴۸۱۷۳۴ – ۰۲۱، شماره تماس ویژه: ۹۱۰۹۵۹۶۷– ۰۲۱

(MRI) در مرکز شما در حال حاضر در دسترس نیست. بر اساس گایدلاین سابیستون ۲۰۲۶، دقیق‌ترین رویکرد مدیریتی کدام است؟

الف) ترخیص بیمار با آنتی‌بیوتیک خوراکی و توصیه به مراجعه در صورت تشدید درد، به دلیل ممنوعیت مطلق استفاده از اشعه یونیزان در بارداری

ب) انجام سی‌تی‌اسکن شکم و لگن با کنتراست وریدی، چرا که تاخیر در تشخیص و درمان آپاندیسیت در بارداری با نرخ‌های بالای پریتونیت و سپسیس همراه است و دوز تابش جنین (حدود ۲۵ میلی‌گری) بسیار کمتر از آستانه خطرزا (۵۰ میلی‌گری) است

ج) تعویق جراحی و انجام مداوم سونوگرافی سریال هر ۱۲ ساعت تا زمان زایمان

د) انجام لاپاروتومی اورژانسی ساب‌کاستال راست بدون نیاز به هیچ‌گونه تصویربرداری تکمیلی

پاسخ صحیح: ب

آپاندیسیت در بارداری با نرخ‌های به‌طور قابل توجهی بالاتری از پریتونیت، سپسیس، شوک سپتیک و عوارض پس از عمل همراه است. اگرچه روش‌های ترجیحی سونوگرافی و MRI هستند (به دلیل عدم استفاده از تشعشع)، اما اگر تشعشع برای ارائه مراقبت‌های فوری ضروری باشد، تاخیر در تشخیص و درمان می‌تواند منجر به پیامدهای نامطلوب برای مادر و جنین شود و در صورت لزوم باید CT انجام شود. اتفاق‌نظر خبرگان این است که خطر آسیب جنینی در ۵۰ میلی‌گری یا کمتر کم است و دوز معمول تابش جنین در CT شکم و لگن حدود ۲۵ میلی‌گری است. (صفحه ۱۱۶۴، پاراگراف آخر)

۳. مردی ۵۵ ساله به دنبال تصادف رانندگی با ترومای بلانت شکم به اورژانس منتقل شده است. در بررسی‌های اولیه، همودینامیک بیمار پایدار است. سی‌تی‌اسکن شکم و لگن با کنتراست وریدی مقادیر قابل‌توجهی مایع آزاد داخل صفاقی بدون هیچ‌گونه آسیب مشخص به ارگان‌های توپر یا پارگی واضح احشای توخالی نشان می‌دهد. جراح مقیم تصمیم به انجام لاپاراسکوپی تشخیصی می‌گیرد. دلیل علمی توجیه این اقدام بر اساس متن سابیستون ۲۰۲۶ کدام است؟

الف) سی‌تی‌اسکن در تشخیص آسیب‌های روده‌ای بلانت و آسیب‌های دیافراگمی نرخ خطای بالایی دارد؛ لذا در بیماران با مکانیسم یا مایع آزاد بدون آسیب مشخص، لاپاراسکوپی تشخیصی باید مدنظر قرار گیرد

ب) لاپاراسکوپی تشخیصی جایگزین قطعی برای تمام بررسی‌های همودینامیک در ترومای نافذ صفاقی است

ج) ترومای بلانت هیچ‌گاه نیازمند مداخلات جراحی کم‌تهاجمی نیست و لاپاروتومی باز اجباری است

د) حضور مایع آزاد در ترومای بلانت همیشه نشان‌دهنده پارگی طحال است و نیاز به لاپاراسکوپی ندارد

پاسخ صحیح: الف

در بیماران با ترومای بلانت شکم، نرخ بالایی از آسیب‌های بلانت روده و آسیب‌های دیافراگمی گزارش شده که ممکن است در تصویربرداری CT از دست بروند. در بیمارانی که علائم بالینی مناسب، مکانیسم تروما، یا حضور مایع آزاد روی CT بدون آسیب همراه را دارند، لاپاراسکوپی تشخیصی باید در نظر گرفته شود تا از تاخیر در درمان جلوگیری شود. (صفحه ۱۱۶۳، پاراگراف اول)

۴. مردی ۵۲ ساله به دلیل آپاندیسیت حاد تحت درمان غیرجراحی با آنتی‌بیوتیک بر اساس پروتکل کارآزمایی CODA قرار گرفته است. در جلسه مشاوره، بیمار درباره احتمال شکست درمان و پیامدهای آن سوال می‌کند. بر اساس داده‌های مستند سابیستون ۲۰۲۶، کدام آمار و پیامد درباره مدیریت غیرجراحی آپاندیسیت باید به بیمار گفته شود؟

الف) میزان شکست و نیاز قطعی به آپاندکتومی ظرف ۹۰ روز حدود ۲۹ درصد است و این روش با نرخ بالاتری از تشکیل آبسه و هزینه‌های کلی بالاتر همراه است

ب) مدیریت غیرجراحی موفقیت ۱۰۰ درصدی دارد و هیچ‌گاه به جراحی منجر نمی‌شود

ج) مدیریت غیرجراحی آپاندیسیت ارزان‌ترین روش است و هیچ‌گاه با بستری مجدد همراه نیست

د) آنتی‌بیوتیک‌تراپی روشی برتر (Superior) از آپاندکتومی باز در تمام زیرگروه‌ها است

پاسخ صحیح: الف

کارآزمایی بالینی CODA نشان داد که آنتی‌بیوتیک‌ها برای درمان آپاندیسیت حاد (با یا بدون آپاندیکولیت) غیرکمتر (noninferior) نسبت به آپاندکتومی هستند. با این حال، باید به بیمار گوشزد شود که ۲۹٪ از بیماران دریافت‌کننده آنتی‌بیوتیک در نهایت طی ۹۰ روز تحت آپاندکتومی قرار گرفتند و این روش با نرخ‌های بالاتری از تشکیل آبسه، بستری مجدد و هزینه کل مراقبت همراه است. (صفحه ۱۱۶۴، پاراگراف دوم)

۵. مردی ۴۸ ساله تحت عمل جراحی بزرگ شکمی قرار گرفته و پس از انتقال به بخش مراقبت‌های ویژه (ICU)، دچار افزایش تدریجی فشارهای راه هوایی و کاهش ادرار (Oliguria) می‌شود. جراح معالج به سندرم کمپارتمان شکمی (ACS) شک می‌کند. طی پروسیجر استاندارد اندازه‌گیری فشار داخل مثانه‌ای (IAP) با ترانسدیوسر در وضعیت خوابیده به پشت، کدام یافته معیارهای قطعی تشخیص سندرم کمپارتمان شکمی را تکمیل می‌کند؟

الف) IAP پایدار بیشتر از ۸ میلی‌متر جیوه بدون اختلال ارگان

ب) IAP پایدار بیشتر از ۱۲ میلی‌متر جیوه به تنهایی

ج) IAP پایدار بیشتر از ۲۰ میلی‌متر جیوه همراه با شواهد بالینی اختلال عملکرد اندام هدف (End-organ dysfunction)

د) IAP متغیر بین ۵ تا ۷ میلی‌متر جیوه

پاسخ صحیح: ج

تزریق ۲۵ میلی‌لیتر سالین در مثانه تخلیه‌شده در بیمار خوابیده به پشت برای اندازه‌گیری IAP انجام می‌شود. فشار خون داخل شکمی (Intraabdominal hypertension) به صورت افزایش پایدار IAP > 12 mm Hg تعریف می‌شود، در حالی که سندرم کمپارتمان شکمی (Abdominal compartment syndrome) به طور دقیق به صورت IAP پایدار بیش از ۲۰ میلی‌متر جیوه همراه با شواهد اختلال عملکرد اندام هدف تعریف می‌گردد که نیازمند مداخله فوری است. (صفحه ۱۱۶۲ و ۱۱۶۳، پاراگراف آخر و اول)

۶. زن جوانی با درد حاد و شدید در ربع تحتانی راست شکم مراجعه کرده است. در معاینه فیزیکی، علاوه بر تندرنس در McBurney point، با وارد کردن فشار محکم روی نقطه مک‌برنی، بیمار احساس درد یا فشار در ناحیه اپی‌گاستر می‌کند. این علامت اپونیم خاص چه نام دارد و نشانگر چیست؟

الف) علامت Aaron sign؛ ارجاع درد در اپی‌گاستر از آپاندیسیت حاد

ب) علامت Murphy sign؛ کوله‌سیستیت حاد

ج) علامت Rovsing sign؛ آپاندیسیت حاد

د) علامت Carnett sign؛ منشاء دیواره شکمی درد

پاسخ صحیح: الف

بر اساس جدول علائم اپونیم (جدول ۸۵,۴)، علامت آرون (Aaron sign) به صورت درد یا فشار در اپی‌گاستر با اعمال فشار محکم روی نقطه مک‌برنی تعریف شده و دلالت بر درد ارجاعی در اپی‌گا ستر نا شی از آپاندیسیت حاد دارد. (صفحه ۱۱۵۸، جدول ۸۵,۴)

۷. مردی ۷۰ ساله با سابقه چندین بیماری مزمن و افت عملکرد بدنی شدید (Frailty) به دلیل شکم حاد ناشی از پرفوراسیون دیورتیکولیت تحت لاپاروتومی اورژانسی قرار می‌گیرد. در مقایسه این بیمار با یک فرد جوان ۲۵ ساله سالم مبتلا به همان پاتولوژی، کدام استدلال علمی کاملاً منطبق بر متن سابیستون ۲۰۲۶ است؟

الف) سن بالا به تنهایی بهترین پیش‌بینی‌کننده پیامد است و مفهوم شکنندگی (Frailty) نقشی در پیش‌آگهی ندارد

رزیدنت یار
شماره تماس: ۶۶۴۱۹۵۲۰ – ۶۶۴۸۱۴۷۲ – ۰۲۱، ۶۶۴۸۱۷۳۴ – ۰۲۱، شماره تماس ویژه: ۹۱۰۹۵۹۶۷ – ۰۲۱

ب) پدیده شکنندگی (Frailty) به عنوان آسیب‌پذیری ناشی از کاهش رزرو و عملکرد مرتبط با سن، یک پیش‌بینی‌کننده برتر برای پیامدها نسبت به سن به تنهایی است و سالمندان ریسک بسیار بالاتری از عوارض و مرگ و میر دارند

ج) سالمندان به دلیل فیزیولوژی مقاوم‌تر، نرخ عوارض جراحی پایین‌تری نسبت به جوانان دارند

د) چندداروی (Polypharmacy) در سالمندان اثر محافظتی در برابر شوک سپتیک دارد

پاسخ صحیح: ب

متن کتاب تاکید می‌کند که بیماران مسن‌تر با نرخ‌های بالاتری از کامروبیدیتی‌ها، چندداروی، محدودیت‌های عملکردی و شکنندگی (Frailty) مواجه هستند. شکنندگی عبارت است از افزایش آسیب‌پذیری ناشی از افول رزرو و عملکرد مرتبط با سن که یک پیش‌بینی‌کننده برتر برای پیامدها نسبت به سن به تنهایی است. همچنین سالمندان ریسک بالاتری از عوارض و مرگ‌ومیر جراحی دارند. (صفحه ۱۱۶۴ و ۱۱۶۵، پاراگراف آخر و اول)

۸. زنی ۴۰ ساله با درد حاد پهلو و لگن راست مراجعه کرده است. در بررسی‌های معاینه فیزیکی، با بالا بردن پای راست در حالت کشیده بر خلاف مقاومت دست معاینه‌گر، بیمار دچار تشدید درد شدید می شود. این مانور تشخیصی نشان‌دهنده کدام پاتولوژی احتمالی است؟

الف) آپاندیسیت حاد رتروسکال (Retrocecal acute appendicitis)

ب) کوله‌سیستیت حاد

ج) ترومبوز ورید باب

د) فتق اینگوینال مستقیم

پاسخ صحیح: الف

بر اساس جدول علائم اپونیم (جدول ۸۵,۴)، علامت ایلیوپسواس (Iliopsoas sign) که در آن بالا بردن پای کشیده در برابر مقاومت دردناک است، با آپاندیسیت حاد رتروسکال همبستگی دارد، زیرا عضله پسواس در مجاورت آپاندیس قرار گرفته است. (صفحه ۱۱۵۸، جدول ۸۵,۴)

۹. زنی ۳۵ ساله با سابقه عمل جراحی بای‌پس معده (Gastric bypass) سال‌ها قبل، با درد حاد و شدید شکم، تهوع و استفراغ صفراوی مراجعه کرده است. در سی‌تی‌اسکن با کنتراست وریدی، نشانه‌های انسداد لوپ بسته و شواهد ایسکمی روده مشهود است. کدام پاتولوژی اختصاصی مرتبط با جراحی پیشین باریاتریک باید در این بیمار به طور جدی مدنظر قرار گیرد؟

الف) فتق‌های داخلی (Internal hernias) و عوارض اولسر حاشیه (Marginal ulceration)

ب) آپاندیسیت رتروسکال اولیه

ج) ولولوس سکوم مادرزادی

د) سنگ حاد مجاری صفراوی ناشی از رژیم پرچرب

پاسخ صحیح: الف

در بیماران با سابقه جراحی باریاتریک (مانند بای پس معده)، آناتومی تغییر یافته است. فتق‌های داخلی و عوارض مرتبط با اولسر حاشیه (مانند خونریزی یا پرفوراسیون) به همراه سنگ کیسه صفرا ناشی از کاهش وزن سریع، از پاتولوژی‌های اختصاصی و مهمی هستند که حتماً باید در ارزیابی شکم حاد این گروه در نظر گرفته شوند. (صفحه ۱۱۶۵، پاراگراف اول)

۱۰. در خصوص آماده‌سازی پیش از عمل جراحی اورژانسی برای بیمار مبتلا به شکم حاد همراه با نشانه‌های سپسیس، انتخاب اولیه آنتی‌بیوتیک ترجیحی بر اساس گایدلاین‌های مرجع (مثل انجمن عفونت‌های جراحی) شامل هدف قرار دادن کدام طیف از پاتوژن‌ها است؟

الف) ارگانیسم‌های گرم‌منفی روده و بی‌هوازی‌ها (Gram-negative enteric organisms and anaerobes)

ب) فقط کوکسی‌های گرم‌مثبت هوازی پوستی

ج) صرفاً قارچ‌های مخمری سیستمیک

د) باکتری‌های اسیدفاوست مقاوم به درمان

پاسخ صحیح: الف

در اورژانس‌های شکمی، ارگانیسم‌های روده ای گرم‌منفی و بی‌هوازی‌ها رایج‌ترین عوامل دخیل هستند و درمان وسیع‌السپر (Broad-spectrum) برای شروع اندیکاسیون دارد که باید بر اساس آنتی‌بیوگرام و مطالعات جمعیتی بیمارستان تنظیم شود و پس از کشت و یافته‌های حین عمل باریک‌تر شود. (صفحه ۱۱۶۳، پاراگراف آخر)

۱۱. مردی ۶۰ ساله به دنبال تصادف شدید اتومبیل به اورژانس آورده می‌شود. در ارزیابی اولیه، بیمار همودینامیک ناپایدار (BP = 80/50, HR = 125) دارد و شکم وی به‌طور واضح دیستانس و دیفاند است. جراح ترومای مقیم تصمیم به انجام لاپاروتومی اورژانسی فوری می‌گیرد، اما پرستار بیهوشی پیشنهاد می‌کند که ابتدا یک سی‌تی‌اسکن با کنتراست کامل برای مشخص شدن دقیق محل خونریزی انجام شود. بر اساس استاندارد مدیریت شکم حاد و تروما در سابیستون ۲۰۲۶، بهترین رویکرد کدام است؟

الف) تعویق جراحی و انجام فوری سی‌تی‌اسکن شکم و لگن با کنتراست وریدی و خوراکی برای به دست آوردن جزئیات آناتومیک دقیق

رزیدنت یار
شماره تماس: ۶۶۴۱۹۵۲۰ – ۶۶۴۸۱۴۷۲ – ۰۲۱، ۶۶۴۸۱۷۳۴ – ۰۲۱، شماره تماس ویژه: ۹۱۰۹۵۹۶۷ – ۰۲۱

ب) عدم اتلاف وقت با تصویربرداری در بیمار ناپایدار همودینامیک و انتقال فوری بیمار به اتاق عمل جهت احیا و لاپاروتومی اورژانسی

ج) انجام سونوگرافی بالینی پوینت (POCUS) و انتظار برای پایدارسازی کامل فشار خون با وازوپرسورها پیش از هر اقدامی

د) انجام لاپاراسکوپی تشخیصی سرپایی در بخش اورژانس

پاسخ صحیح: ب

بیماران با شکم حاد و تروما می‌توانند در وضعیت ناپایداری همودینامیکی شدیدی باشند. برخلاف مراحل الکتیو که ریسک‌ها بهینه‌سازی می‌شوند، شکم حاد اورژانسی زمان کمی برای آماده‌سازی باقی می‌گذارد و تاخیر در درمان با افزایش موربیدیتی و مورتالیتی همراه است؛ بنابراین هرگز نباید بیمار ناپایدار همودینامیک را برای تصویربرداری‌های وقت‌گیر (مانند CT) از دست داد و جراحی اورژانسی اولویت قطعی دارد. (صفحه ۱۱۶۳، پاراگراف اول)

این نسخه نمونه ای از ترجمه‌ی فصول سابیستون بر اساس رفرنس ۲۰۲۶ می باشد.

رزیدنت یار اولین استارتاپ آموزش پزشکی در کشور

مشترک ارجمند، متخصص گرامی؛

به منظور تسهیل در امر خدمات‌رسانی به شما یزرگواران و جهت رسیدگی سریع به مشکلات و ثبت انتقادات و پیشنهادات، همچنین به جهت خرید آسان و سریع می‌توانید با مراجعه به سایت و فروشگاه اینترنتی و اپلیکیشن موسسه از این امکانات بهره‌مند شوید.

فروشگاه اینترنتی:

در این فروشگاه تمامی محصولات و خدمات درج گردیده است. شما می‌توانید با مراجعه به رشتهٔ خود، از انواع محصولات حوزه نشر و توضیحاتی در خصوص آموزش و آخرین تغییرات منابع آزمون ارتقاء و بورد آگاه شوید و خرید آسان و مطمئنی را تجربه کنید.

اپلیکیشن Residentyar:

دراپلیکیشن رزیدنت یار که قابل استفاده و دریافت از: سایت رزیدنت یار و یا نیرو های پشتیبانی رزیدنت یار و پلتفرم اناردونی می باشد، دسترسی به کتاب پیش رو بصورت الکترونیک و استفاده از تمامی محصولات آموزشی میسر گردیده است. روزانه در حال اضافه شدن محتوا آموزش پزشکی موثر و مدون مخصوص شما رزیدنت و متخصص گرامی خواهد بود.

آموزش:

کلاسهای حقیقی و مجازی رزیدنت یار در اپلیکیشن و یا تماس با همکاران کارشناس آموزش به راحتی میسر خواهد بود. در صورت مراجعه شما به اپلیکیشن رشته خودتان تمامی محصولات را رؤیت فرمائید.

اخبار:

در این منو آخرین اخبار و اطلاعیه‌های منتشر شده از طرف وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی و همچنین تازه‌های نشر و اخبار موسسه قابل مشاهده است.

پشتیبان آنلاین:

در این منو شما می‌توانید تمامی سوالات، انتقادات و پیشنهادات خود را با ورود به سامانه و ثبت نام در آن، مطرح و حداکثر تا ۲۴ ساعت پاسخ خود را دریافت کنید.

در این منو در سایت می‌توانید سؤالات خود را مطرح کرده و همکاران ما در اسرع وقت پاسخ مناسب را به شما ارائه می‌نمایند.

خداوند شفادهنده است

داوطلب گرامی؛

بر خود می‌بالیم که موسسه رزیدنت یار را برای آمادگی آزمون بورد و ارتقاء خود انتخاب نموده‌اید. می‌دانید که رزیدنت‌یار اولین موسسه انتشارات و آموزش پزشکی دارای مجوز در کشور و اولین استارتاپ آموزش پزشکی کشور می‌باشد و در تمامی درسنامه‌ها در هر رشته از یک مولف و یا حداقل مولفین استفاده شده است و این امر باعث گردیده تا کتبی یک دست و بدون غلط و با محتوی بسیار قوی در اختیار شما عزیزان قرار بگیرد.

کتابهای درسنامه در رزیدنت‌یار یک جلد کتاب الکترونیک دارد که حتما روش استفاده از آن را از همکاران و کارشناسان واحد آموزش بخواهید.

کتابهای درسنامه در رزیدنت‌یار حتما دارای یک کتاب صوتی مجزای با روشی بسیار غنی را داراست در صورت تمایل قطعا می‌تواند کارساز و چاره‌ساز باشد.

استفاده از کتب رزیدنت‌یار به لحاظ استفاده از تصاویر و تشریح الگوریتم‌ها و جداول مهم و استفاده از کیس‌های آزمون شفاهی در انتهای هر کتاب و همچنین کتب مرور سریع بسیار مورد پسند متخصص این رشته قرار گرفته است امید موفقیت شما عزیزان در آزمونهای پیش رو گواهی این محتوا قوی خواهد بود.

نظرات و پیشنهادات خود را به آدرس ایمیل موسسه رزیدنت یار ارسال و در انتظار پاسخ مدیریت تولید باشید.

Residenttyar@gmail.com