

با نام خدا

طابت هنراست،

هنر با مکنی قلب و اندیشه



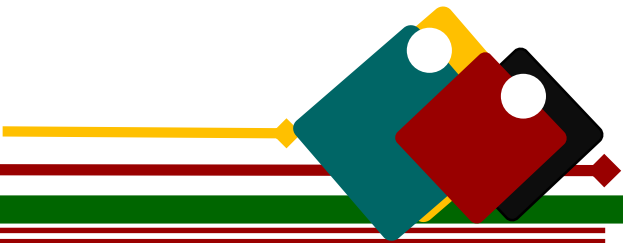
سرشناسه	خدابخش، قائم- ۱۳۷۵
عنوان و نام پدیدآور	مجموعه سؤالات ارتقاء و مورد تخصصی گوش، حلق و بینی ۱۴۰۴؛ کتاب جامع آمادگی آزمون ارتقاء و مورد تخصصی Cummings Otolaryngology Head and Neck Surgery Seventh Edition 2020
مشخصات نشر	گردآوری و پاسخدهی به سؤالات: قائم خدابخش تهران: کاردیا، ۱۴۰۴.
مشخصات ظاهری	۲۵۷ ص: مصور، جدول.
شابک	۹۳۰۰۰۰۰۰ ریال 9-243-404-622-978
وضعیت فهرست نویسی	فیپا
یادداشت	کتاب حاضر برگرفته از کتاب "Cummings otolaryngology : head and neck surgery, 7th. ed, c2020" به ویراستاری پل دبلیو فلینت ... [و دیگران] است.
موضوع	گوش و حلق و بینی -- بیماری‌ها Otolaryngology -- * Diseases گوش و حلق و بینی -- بیماری‌ها -- آزمون‌ها و تمرین‌ها Otolaryngology -- * Diseases -- Examinations, questions, etc. فلینت، پل دبلیو. Flint, Paul W. کامینگز، چارلز ویلیام، ۱۹۳۵ - م. Cummings, Charles W. (Charles William)
شناسه افزوده	RF۴۶
شناسه افزوده	۵۱/۶۱۷
رده بندی کنگره	۹۵۴۶۲۱۸
رده بندی دیویی	فیپا
شماره کتابشناسی ملی	
اطلاعات رکورد کتابشناسی	

مجموعه سؤالات ارتقاء و مورد تخصصی گوش، حلق و بینی ۱۴۰۴؛ کتاب جامع آمادگی آزمون ارتقاء و مورد تخصصی	چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت یار
Cummings Otolaryngology Head and Neck Surgery Seventh Edition 2020	نوبت چاپ: اول ۱۴۰۴
گردآوری و پاسخدهی به سؤالات: دکتر قائم خدابخش	تیراژ: ۱۰۰ جلد
ناشر: انتشارات کاردیا	شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۴۰۴-۲۴۳-۹
صفحه‌آرا: رزیدنت یار- صبا درخشان فرد	بها: ۹۳۰۰۰۰ تومان
طراح و گرافیک: رزیدنت یار- مهرداد فیضی	

آدرس: تهران میدان انقلاب - کارگرجنوبی - خیابان روانمهر - بن بست دولتشاهی پلاک ۱ واحد ۱۸
شماره تماس: ۰۶۶۴۱۹۵۲۰ - ۰۲۱ - ۸۸۹۴۵۲۰۸ - ۰۲۱ - ۸۸۹۴۵۲۱۶ - ۰۲۱ - شماره تماس ویژه: ۰۹۱۰۹۵۹۶۷ - ۰۲۱

www.residenttyar.com

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.



مجموعه سؤالات ارتقاء و مورد تخصصی گوش، حلق و بینی ۱۴۰۴

کتاب جامع آمادگی آزمون ارتقاء و مورد تخصصی
Cummings Otolaryngology Head and Neck Surgery Seventh Edition 2020



گردآوری و پاسخدهی به سؤالات

دکتر قائم خدابخش

متخصص بیماری‌های گوش و حلق و بینی

رتبه دو آزمون مورد تخصصی ۱۴۰۴



سپاس و ستایش شایسته پروردگاری که کرامتش نامحدود و رمتش بی‌پایان است. اوست که بشر را دانش بیاموخت و با قلم آشنا کرد. به انسان فرصت آن داد که علم را به خدمت گیرد و با قلم خود و رسم فطوط گویا آن را به دیگران نیز بیاموزد.

فدایا از شاگردان درگاهت و حقیقت‌جویان راهت قرارم ده و یاری‌ام کن تا در آموختن نلغزم و آنچه را آموختم، به شایستگی عرضه کنم.

(زیدنت‌یار، حامی و پیشرو در نظام کمک آموزشی پزشکی کشور به سبک نوین و مطابق با آخرین پیشرفت‌های آموزشی در میانه پزشکی با کادری مجرب و آشنا طی ۱۸ سال گذشته از منظر متفحصین همواره بهترین محصولات را ارائه و در دسترس مخاطبین خود قرار داده است.

اثر پیش رو با توجه به محتوی بسیار غنی در مباحث گوش و ملق و بینی گردآوری شده و با استفاده از مفهومی نمودن مباحث و روان‌سازی توسط مؤلف محترم از منابع و رفرنس بوده و در روال گذر از گروه کنترل کیفیت (زیدنت‌یار با جمعی از اساتید رتبه A را به خود اختصاص داده است، امید است با مطالعه تمام مباحث پیش رو با یاری خداوند متعال پیروز و پایدار باشید.

مدیرمسئول انتشارات

مرجان پورندیم



در ابتدا سپاس خود را از خداوند متعال ابراز می‌کنم که با یاری و هدایت خود امکان تألیف این اثر علمی را فراهم ساخت. این کتاب با هدف ارائه پاسخ‌های تملیلی و آموزشی به سوالات آزمون‌های مورد و ارتقای تفصصی گوش، ملق و بینی سال ۱۴۰۴ تدوین شده است. با توجه به تغییر تدریجی رفرنس و این نکته که کتاب ۲۰۲۰ چند سال متوالی رفرنس بوده است، سوالات به فصوص در ۲ سال اخیر به صورت دقیق‌تر و جزئی‌تر و مستقیماً از متن منبع طرامی می‌شوند. بر این اساس، در پاسخ‌ها تلاش شده است علاوه بر تعیین گزینه صمیع، نکات کلیدی هر مبمٹ، فطاهای رایج داوطلبان و منطق علمی طرح سوالات نیز به صورت فلامه مورد توجه قرار گیرد. توصیه می‌شود داوطلبان ممتزم در کنار مرور دقیق فصول مهم و key point ها، مطالعه تصاویر و شکل‌های کتاب مرجع را نیز به طور جدی در برنامه مطالعاتی خود لحاظ نمایند.

قدردانی

در پایان، بر خود لازم می‌دانم از خانواده‌ام، به‌ویژه همسر، صمیمانه قدردانی نمایم که با صبوری، همراهی مستمر و حمایت بی‌دریغ خود، نقش مهمی در فراهم شدن شرایط لازم برای تألیف این اثر ایفا کردند. بی‌تردید انجام این کار بدون این همراهی ارزشمند امکان‌پذیر نبود.

فهرست مطالب



سؤالات و پاسخنامه ارتقاء گوش، حلق و بینی..... ۱۱

سؤالات و پاسخنامه مورد تخصصی گوش، حلق و بینی ۱۳۳



سؤالات و پاسخنامه ارتقاء

گوش، حلق و بینی

- ۱- آقای ۴۰ ساله مبتلا به HIV، دچار درد شدید در ناحیه اطراف اوربیت شده است. در CT Scan، خوردگی استخوانی اتموئید و لامینا پاپیراسه همراه با کدورت سینوس و وجود مناطقی از هاپردانسیته مشاهده می‌شود. کدام یک از گزینه‌های زیر منجر به این پاتولوژی شده است؟
- الف) افزایش پاسخ ایمنی هیپرالژیک
- ب) کاهش عملکرد گلبول‌های سفید
- ج) افزایش ترشح موکوس در سینوس‌ها
- د) استفاده از آنتی‌بیوتیک‌های وسیع‌الطیف

پاسخ: گزینه ب

فصل ۱۰ ص ۱۶۹ و فصل ۴۰ ص ۶۴۵ و ۶۴۷

عفونت قارچی مهاجم (IFS) در افراد با نقص سیستم ایمنی مانند دیابت کنترل نشده، بدخیمی‌های هماتولوژیک مثل AML، مراحل پیشرفته AIDS و به صورت کمتر در بیماران با پیوند عضو solid دیده می‌شود. علائم این بیماران شامل کاهش حس مخاطی در ناحیه بینی، دوبینی، رنگ‌پریدگی مخاط بینی، شواهد نکروز در اندوسکوپی بینی، پروپتوز، درد یا بی‌حسی اطراف چشم (به علت تهاجم به اعصاب)، درگیری اعصاب کرانیال، پرفوریشن و نکروز کامو سپتوم و در مراحل پیشرفته کاهش سطح هشیاری می‌باشد. این بیماری به علت اختلال عملکرد نوتروفیل‌ها (در DKA) و یا کاهش تعداد نوتروفیل‌ها در بدخیمی‌های خونی و مراحل پیشرفته AIDS می‌باشد. در شک به IFS حتماً باید اندوسکوپی انجام شده و از نواحی مشکوک بیوپسی جهت فروزن ارسال شود. شواهد رادیولوژیک شامل ادم یک‌طرفه سینوس و مخاط آنها و همچنین خوردگی دیواره استخوانی ناحیه ساینونازال (البته نه در همه موارد) می‌باشد. گسترش ادم به خارج و فراتر از سینوس‌ها به شدت به نفع IFS است. درمان IFS شامل بازیابی نقص ایمنی، کنترل دقیق BS و دبریدمان اورژانسی هست.



در سناریوی دیگری از این سؤال می‌توان به یک سینوزیت عارضه‌دار شده اشاره کرد. بیمار دچار سینوزیتی شده است (هرچند در سؤال شرح حال کامل داده نشده) که سپس بیمار دچار عارضه پره سپتال و یا آبسه ساب پریوست شده است. در دسته‌بندی Chandler برای عوارض سینوزیت ۵ گروه مطرح شده که شدت بیماری را نشان می‌دهد: دسته ۱ سلولیت پره سپتال. دسته ۲ سلولیت پست سپتال. دسته ۳ آبسه ساب پریوست. دسته ۴ آبسه اربیت و دسته ۵ ترومبوز سینوس کاورنوس است. علائم عوارض سینوزیت شامل درد چشم، ادم و تورم اربیت، اختلال در حرکات چشم، کاهش بینایی و در مراحل پیشرفته کاهش سطح هشیاری و مرگ است. این عوارض به ۲ مسیر می‌تواند رخ دهد: اول اینکه یک dehiscence در دیواره سینوس اتموید و ماگزیلاری و فرونتال و یا اربیت باشد و حالت دوم اینکه پاتوژن به صورت هماتوژن از طریق وریدهای افتالمیک باعث ایجاد عوارض شود. در بیماران نقص ایمنی کاهش سلول‌های گلبول سفید و یا عملکرد آنها و همچنین کاهش عملکرد سد مخاطی (عملکرد موکوسیلیاری) از علل مطرح شده برای سینوزیت این دسته بیماران می‌باشد. در مواردی که $CD4 > 200$ باشد درمان استاندارد سینوزیت تجویز شده و در مواردی که $CD4 < 200$ و یا نوتروفیل > 600 باشد درمان وسیع‌تر و شک به IFS باید مطرح شود. در هر صورت عامل اصلی در هر یک از این دو سناریو (برای بیماران نقص ایمنی و AIDS) کاهش عملکرد گلبول‌های سفید می‌باشد.

۲- در بیمار مبتلا به Wegener's Granulomatosis (GPA) که به علت دیسترس تنفسی به اورژانس مراجعه کرده است و در لارنگوسکوپ تنگی ساب گلوٹیک مشاهده می‌شود، پاتولوژی محتمل و رویکرد مناسب درمانی اولیه کدام است؟

- (الف) رشد نئوپلاستیک حنجره - درمان با جراحی باز
- (ب) واسکولیت و گرانولوم نکروز دهنده - درمان با استروئید
- (ج) فیبروز ناشی از التهاب - درمان با ضدالتهاب موضعی
- (د) عفونت قارچی مزمن - درمان با آمفوتریسین B

پاسخ: گزینه ب

فصل ۱۱ ص ۱۸۰

Granulomatosis with polyangiitis (GPA)، که پیش‌تر با نام Wegener granulomatosis (WG) شناخته می‌شد، یک بیماری التهابی چندسیستمی است که با گرانولوماتوز نکروزدهنده و واسکولیت نکروزدهنده شریان‌ها، آرتریول‌ها، مویرگ‌ها و وریدول‌ها مشخص می‌شود. این بیماری عمدتاً دستگاه‌های تنفسی فوقانی و تحتانی را درگیر می‌کند و شامل حنجره و نای نیز می‌شود، اما کلیه‌ها را نیز می‌تواند مبتلا کند. سایر نواحی درگیر شامل دهان، پوست، مفاصل (پلی‌آرتریت) و اربیت هستند. در راه هوایی، ساب گلوٹ و نای بیش از سایر نواحی درگیر می‌شوند.



درگیری راه هوایی معمولاً همراه با بیماری سیستمیک دیده می‌شود، اما گاهی می‌تواند تنها نشانه‌ی بیماری باشد. به طور خاص، ۱۰ تا ۲۰ درصد بیماران GPA با درگیری ساب گلوت و تنگی آن برای درمان مراجعه می‌کنند. علائم رایج درگیری راه هوایی در GPA شامل گرفتگی صدا، سرفه، خون در خلط، تنگی نفس، استریدور و خس‌خس است. تشدید تدریجی مشکل تنفسی همراه با استریدور می‌تواند اولین نشانه درگیری راه هوایی باشد. خط اول درمان شامل کورتیکواستروئیدها همراه با cyclophosphamide است. پس از دستیابی به remission، از methotrexate یا azathioprine استفاده می‌شود. در حال حاضر، پروتکل‌هایی با تزریق‌های rituximab به کار می‌روند تا التهاب فعال کاهش یابد و remission حفظ شود و نیاز به کورتیکواستروئیدها کاهش یابد. درمان تنگی راه هوایی شامل dilation به همراه تزریق استروئید است. از میتومايسين C نیز استفاده شده است. تراکتومی می‌تواند برای بیماران با انسداد حاد نجات دهنده باشد. در نهایت در بیماران با بیماری غیر فعال از رزکشن و آناستوموز استفاده کرد.

۳- کدام بیماری سیستمیک با تظاهر شایع خشکی دهان، حضور قارچ کاندیدا و احتمال بروز Leukoplakia Hairy Oral همراه است؟

الف) Pernicious Anemia

ب) Addison Disease

ج) Celiac Disease

د) HIV Infection

پاسخ: گزینه د

فصل ۱۰ ص ۱۷۴

پاتولوژی دهان در بسیاری از بیماران مبتلا به HIV و همچنین پس از پیوند اعضا رخ می‌دهد. شایع‌ترین ضایعه، کاندیدیا زیس دهانی (OC) است و پس از آن لوکولاکی موی‌دار دهانی (OHL) دیده می‌شود. علاوه بر این، بیماران ممکن است با سایر مشکلات دهانی مانند کاپوسی سارکوم، عفونت‌های لثه و پریدونتال، زخم‌های آفتی، استوماتیت ناشی از هرپس سیمپلکس و خشکی دهان (xerostomia) مواجه شوند.

۴- شایع‌ترین تأثیر کلینیکال پروسه افزایش سن و پیری بر کدام یک از ارگان‌های زیر است؟

الف) Ossicular chain

ب) Tympanic membrane

ج) External auditory canal



Cochlea and vestibule (د)

پاسخ: گزینه د

فصل ۱۳ ص ۱۹۸

فرآیند طبیعی پیری تمام بخش‌های گوش را تحت تأثیر قرار می‌دهد، اما بیشترین اثر بالینی بر عملکرد حلزون شنوایی و وستیبولار است. کاهش شنوایی وابسته به سن، یا presbycusis، شایع‌ترین نوع اختلال شنوایی است و تصور می‌شود ناشی از مجموعه‌ای از آسیب‌ها در طول زمان باشد که شامل تحلیل مرتبط با سن، قرارگیری در معرض صدا و بیماری‌های گوش است Presbycusis. تحت تأثیر زمینه ژنتیکی، رژیم غذایی و بیماری‌های سیستمیک قرار دارد. علائم وستیبولار در بیش از نیمی از سالمندان مشاهده می‌شود. از آنجا که تعادل وابسته به ورودی از گوش‌ها، چشم‌ها و سیستم‌های حسی محیطی است که همه با گذر زمان تحلیل می‌روند، اختلال عملکرد هر یک از این سیستم‌ها به مشکلات وستیبولار منجر می‌شود.

۵- مردی ۵۰ ساله با آپنه انسدادی خواب (AHI: 45) و سابقه برونشیت مزمن برای درمان ارجاع شده است. CPAP برای او تجویز شده اما بیمار از فشار زیاد آن شکایت دارد. در این شرایط پس از قطع CPAP، استفاده از کدام درمان مناسب‌تر است؟

الف) Tongue Retaining Device

ب) Bi-Level Positive Airway Pressure

ج) Positional Therapy

د) Weight Loss

پاسخ: گزینه ب

فصل ۱۵ ص ۲۲۳

CPAP به عنوان استاندارد طلایی درمان برای OSA متوسط تا شدید در نظر گرفته می‌شود. مطالعات اثربخشی آن را در کاهش AHI و بهبود کیفیت خواب به صورت ذهنی نشان داده‌اند؛ با این حال، پایداری بیماران همچنان یک مانع مهم است. فشار مثبت دوتایی راه هوایی (BiPAP) و فشار مثبت خودتنظیم شونده راه هوایی (APAP) برای بهبود تیترا فشار و درمان بیماران با اختلالات عصبی-عضلانی و بیماری‌های تنفسی توسعه یافته‌اند BiPAP. فشار مثبت راه هوایی در حین بازدم را پایین‌تر و قابل تنظیم جداگانه و فشار مثبت راه هوایی در حین دم را بالاتر ارائه می‌دهد. اگرچه نشان داده نشده است که BiPAP پایداری بیماران در جمعیت غیرانتخابی را بهبود می‌بخشد، تغییر در روش اعمال فشار مثبت راه هوایی می‌تواند در بیماران خاص پایداری را به طور قابل توجهی افزایش دهد. با توجه به کیس مطرح



شده و توضیح درباره مشکل فشار زیاد، جواب گزینه ب است. در بین گزینه های دیگر براساس جدول ص ۲۲۳ گزینه کاهش وزن نیز جزو دزمان های تایید شده برای OSA است.

۶- در کدام یک از جراحی‌های زیر آنتی‌بیوتیک تراپی پروفیلاکتیک توصیه می‌شود؟

الف) کوکلنار ایمپلنت

ب) آدنوتیدکتومی

ج) تیروئیدکتومی

د) جراحی اندوسکوپیک سینوس

پاسخ: گزینه الف

فصل ۴ ص ۴۳

در حال حاضر شواهد از استفاده روتین آنتی‌بیوتیک‌های حول عمل برای بسیاری از جراحی‌های ENT پشتیبانی نمی‌کنند. در بیماران سالم، آنتی‌بیوتیک‌های پروفیلاکسی باید در جراحی‌های پیچیده clean-contaminated داده شوند، شامل anterior skull base revision، septorhinoplasty و aerodigestive tract. پروفیلاکسی می‌تواند در موارد دیگری مانند کاشت حلزون، جراحی روی گوش دارای ترشح و neck dissections مدنظر قرار گیرد. برای سایر موارد، شامل جراحی روتین اندوسکوپیک سینوس، موارد clean سر و گردن، adenotonsillectomy و thyroidectomy، آنتی‌بیوتیک روتین نباید داده شود. پروفیلاکسی نباید بیش از ۲۴ ساعت پس از جراحی ادامه یابد، مگر در موارد nasal packing، microvascular free flap یا جراحی skull base. (جدیداً/ از فصل ۴ دارن سؤال زیاد میدن. خوب بخونید. مباحث پایه مفیدی هم دارد).

۷- معمولاً برای پیش‌بینی دقیق‌تر راه هوایی دشوار در بیماران از کدام ابزار استفاده می‌شود؟

الف) اندازه‌گیری دور گردن

ب) بررسی اندازه تانسیل‌های کامی

ج) بررسی فاصله تیروئید

د) بررسی زاویه منتوفیشیال

پاسخ: گزینه ج

فصل ۶ ص ۷۳ و فصل ۵ ص ۵۵



در فصل ۵ می‌خوانیم: در سال ۱۹۸۵، Mallampati سیستم سه‌کلاسه‌ای را برای پیش‌بینی راه هوایی دشوار بر اساس موقعیت و دیده شدن برخی ساختارهای آناتومیک uvula—soft palate—fauces در حفره دهان و oropharynx توسعه داد. سیستم اصلی در سال ۱۹۸۷ توسط Young و Samssoon بازنگری شد تا چهار کلاس داشته باشد. (modified Mallampati) روش‌های دیگر برای پیش‌بینی راه هوایی دشوار شامل اندازه‌گیری thyromental distance یا sternomental distance است. مدل‌های پیش‌بینی مختلفی مانند همبستگی نمای دهانی Mallampati، کلاس‌های I تا IV، با نمای لارنگوسکوپی Cormack و Lehane، درجات I تا IV، پیشنهاد شده‌اند، اما هیچ‌کدام حساسیت ۱۰۰٪ برای پیش‌بینی راه هوایی دشوار ارائه نمی‌دهند.

همچنین در فصل ۷ می‌خوانیم: عواملی از سوی بیمار که با دشواری در ونتیلاسیون و انتوباسیون مرتبط شناخته شده‌اند شامل موارد زیر هستند: نمره Mallampati برابر با III یا IV، سابقه رادیوتراپی یا توده در گردن، جنس مذکر، کاهش thyromental distance، شاخص توده بدنی (BMI) بیش از ۳۰، سن بالاتر از ۴۶ سال، وجود ریش، گردن ضخیم، آپنه خواب، محدودیت در اکستنشن گردن یا محدودیت در جلو آوردن فک. همچنین ارتباط قوی‌ای میان دشواری ونتیلاسیون با ماسک (DMV) و دشواری در انتوباسیون گزارش شده است.

براساس توضیحات مطرح شده در دو فصل راه هوایی، گزینه صحیح به نظر الف می‌رسد ولی پاسخ اعلام شده ج است! احتمالاً منظور طراح از فاصله تیروهیوئید، تیرومنتال بوده است.

۸- کودک ۲ ساله جهت جراحی ترمیم شکاف کام به اتاق عمل منتقل شده است. متخصص بیهوشی پس از چند بار تلاش، موفق به لارنگوسکوپی و لوله‌گذاری تراشه نمی‌شود. کدام اقدام مناسب‌تر است؟
(الف) بیمار بیدار و جراحی کنسل شود.

(ب) استفاده از LMA برای برقراری راه هوایی و انجام جراحی

(ج) تلاش برای انتوباسیون مجدد با لوله کوچکتر

(د) انتوباسیون از بینی

پاسخ: گزینه الف

فصل ۵ ص ۶۱

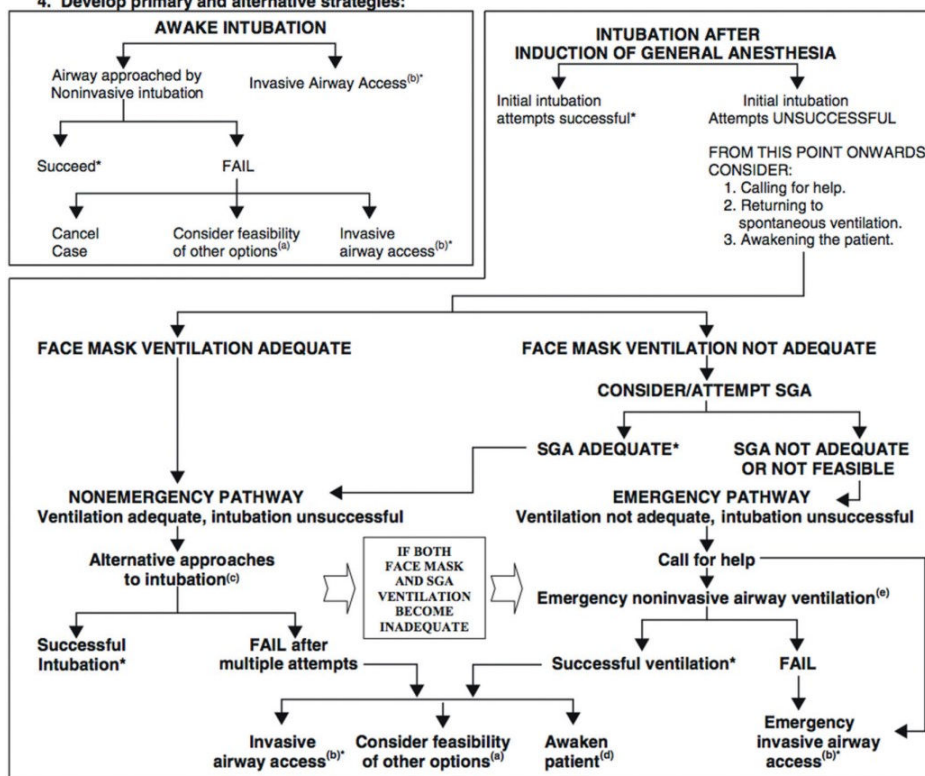


American Society of
Anesthesiologists®

DIFFICULT AIRWAY ALGORITHM

1. Assess the likelihood and clinical impact of basic management problems:
 - Difficulty with patient cooperation or consent
 - Difficult mask ventilation
 - Difficult supraglottic airway placement
 - Difficult laryngoscopy
 - Difficult intubation
 - Difficult surgical airway access
2. Actively pursue opportunities to deliver supplemental oxygen throughout the process of difficult airway management.
3. Consider the relative merits and feasibility of basic management choices:
 - Awake intubation vs. intubation after induction of general anesthesia
 - Non-invasive technique vs. invasive techniques for the initial approach to intubation
 - Video-assisted laryngoscopy as an initial approach to intubation
 - Preservation vs. ablation of spontaneous ventilation

4. Develop primary and alternative strategies:



*Confirm ventilation, tracheal intubation, or SGA placement with exhaled CO₂.

a. Other options include (but are not limited to): surgery utilizing face mask or supraglottic airway (SGA) anesthesia (e.g., LMA, ILMA, laryngeal tube), local anesthesia infiltration or regional nerve blockade. Pursuit of these options usually implies that mask ventilation will not be problematic. Therefore, these options may be of limited value if this step in the algorithm has been reached via the Emergency Pathway.

b. Invasive airway access includes surgical or percutaneous airway, jet ventilation, and retrograde intubation.

c. Alternative difficult intubation approaches include (but are not limited to): video-assisted laryngoscopy, alternative laryngoscope blades, SGA (e.g., LMA or ILMA) as an intubation conduit (with or without fiberoptic guidance), fiberoptic intubation, intubating stylet or tube changer, light wand, and blind oral or nasal intubation.

d. Consider re-preparation of the patient for awake intubation or canceling surgery.

e. Emergency non-invasive airway ventilation consists of a SGA.

بر اساس الگوریتمی که مشاهده می کنید و همچنین در صفحه ۲۷۸۵ آمده است در صورتی که پس از اقدام برای اینتوبیشن موفقیت آمیز نباشد دو راه برای بیمار وجود دارد. یا اینکه بیمار بیدار شده و عمل را کنسل کنیم یا اینکه به سمت استفاده از SGA (و یا LMA) برویم. در صورتی که این کار نیز موفقیت آمیز نبود می توان مجدد عمل را کنسل کرده و یا از



روش‌های جراحی مثل کریکوتیروتومی استفاده کرد. با توجه به اینکه کیس ما شکاف کام است، استفاده از LMA گزینه مناسبی به نظر نمی‌رسد و به همین جهت گزینه صحیح الف می‌باشد. همچنین در این شرایط بزرگترین اشتباه تلاش مجدد باری اینتوبیشن مجدد است چون راه هوایی ادم کرده و شرایط وخیم‌تر می‌شود و بیمار دیگر ونتیله هم نمی‌شود. پس گزینه ج هم صحیح نیست.

۹- بیماری به علت سکتة مغزی و افت هشیاری در ICU بستری و به علت انتوباسیون طولانی، روز گذشته تحت تراکئوستومی کلاسیک قرار گرفته است. بیمار تنفس خودبه‌خودی ندارد و به ونتیلاتور متصل است. به علت فیکساسیون نامناسب، به طور ناگهانی لوله تراکئوستومی از داخل تراشه خارج می‌شود. اقدام مناسب کدام است؟

الف) ونتیلاسیون با ماسک صورت

ب) انتوباسیون اندوتراکئال

ج) ونتیلاسیون با ماسک حنجره

د) گذاشتن لوله تراکئوستومی سایز کوچک‌تر

پاسخ: گزینه ب

فصل ۷ ص ۸۸

سؤال همیشگی از فصل تراکئوتومی. دکنولاسیون تصادفی (خروج ناخواسته لوله تراکئوستومی) بیشتر در بیمارانی دیده می‌شود که دچار کاهش سطح هوشیاری، افزایش ترشحات راه هوایی یا در زمان تعویض شیفت پرستاری هستند. اگر این اتفاق پیش از کامل شدن و تثبیت مسیر تراکئوتومی رخ دهد (قبل از ۳ تا ۵ روز برای برش گردن و ۷ روز برای PDT)، تلاش برای وارد کردن مجدد لوله ممکن است باعث ایجاد مسیر اشتباه و ورود آن به بافت نرم گردن شود. در صورت عدم تشخیص به‌موقع، این وضعیت می‌تواند منجر به بروز عوارضی مانند پنوموتوراکس، پنومومدی‌استینوم و دیسترس تنفسی شود. در چنین شرایطی توصیه می‌شود ابتدا بیمار از بالا انتوباسیون شود و از تلاش برای جایگزینی اورژانسی لوله پرکوتانئوس خودداری شود. پس از اینکه راه هوایی بیمار به‌طور ایمن تثبیت شد، می‌توان با استفاده از کیت پرکوتانئوس، لوله را به شکل کنترل‌شده جایگزین کرد.

۱۰- کودک ۵ ساله با تب، گلودرد مراجعه می‌کند. در معاینه دیسترس تنفسی ندارد. مختصری سفتی گردن دارد. در سی تی اسکن گردن، یک کالکشن به اندازه ۱/۵ سانتی‌متر در ناحیه رتروفارنکس مشهود است. کدام اقدام زیر در کنار آنتی‌بیوتیک‌های وریدی توصیه می‌شود؟

الف) تخلیه فوری جراحی ترانس اورال

ب) تخلیه فوری جراحی ترانس سرویکال



ج) تراکتوستومی و تخلیه جراحی ترانس اورال

د) پیگیری و نظارت دقیق

پاسخ: گزینه د

فصل ۹ ص ۱۵۱

به توضیحات مهم زیر در رابطه با درمان غیر جراحی DNI توجه کنید که بارها سؤال آمده و خواهد آمد. در برخی شرایط خاص، درمان DNI تنها با آنتی‌بیوتیک وریدی بدون نیاز به جراحی ممکن است کافی باشد. مطالعات بزرگ نشان داده‌اند که تقریباً ۶۰٪ موارد تنها با آنتی‌بیوتیک حل می‌شوند. برای بیمارانی که از نظر بالینی پایدار و سالم هستند، حفره‌های آبسه کمتر از ۲.۵ سانتی‌متر و تنها یک فضای گردن را درگیر می‌کنند، دوره آزمایشی ۴۸ تا ۷۲ ساعته با آنتی‌بیوتیک وریدی تجربی مناسب است. در کودکان پایدار نیز توصیه می‌شود این دوره آزمایشی انجام شود، زیرا حتی تجمعات بزرگ ممکن است تنها با آنتی‌بیوتیک و کورتیکواستروئید پاسخ دهند. در این مدت، بیمار باید NPO باشد و وضعیت بالینی و شمارش گلبول‌های سفید به دقت پایش شود. اگر وضعیت بیمار بهبود نیابد یا بدتر شود، تصویربرداری مجدد و/یا جراحی لازم است. در صورت مشاهده بهبود قابل توجه پس از ۴۸ تا ۷۲ ساعت، درمان وریدی تا ۲۴ ساعت پس از بهبود علائم ادامه می‌یابد و سپس یک دوره دو هفته‌ای آنتی‌بیوتیک خوراکی معادل داده می‌شود. بیمارانی که نیاز به جراحی دارند، معمولاً پس از عمل به ۴۸ تا ۷۲ ساعت آنتی‌بیوتیک وریدی نیاز دارند و سپس درمان خوراکی در منزل ادامه می‌یابد.

کودک بدحال نیست و آبسه هم بزرگ نیست. پس فعلاً درمان آنتی‌بیوتیک به تنهایی کافی است

۱۱- برای بیماری که فقط پتوز بخش خارجی ابرو دارد، در یک لیفت اندوسکوپیک، جراح پس از آزادسازی کامل پریوست و عضلات پایین آورنده، متوجه می‌شود که کل مجموعه ابرو بدون هیچ کششی به موقعیت بسیار بالایی جابجا شده است. روش فیکساسیون ارجح چیست؟

الف) استفاده از دستگاه Ultratine برای فیکساسیون

ب) استفاده از دستگاه Endotine برای فیکساسیون

ج) سوچور فاسیای سطحی به فاسیای عمقی تمپورال

د) عدم نیاز به هیچ‌گونه فیکساسیون

پاسخ: گزینه ج

فصل ۲۵ ص ۳۸۸ و ۳۹۵



یک سؤال جدید و خوب از فصل لیفت. در قسمت key point و همچنین در ادامه ص ۳۹۵ اشاره شده که در اکثر بیماران در صورتی که دیسکشن به طور کامل انجام شود، نیاز به فیکسیشن استخوانی نیست و صرفاً فاسیای سطحی در جهت بالا و خارج به فاسیای عمقی سوچور زده شود. در برخی موارد دمثل بیمارانی که ابروهای نامتقارن، افتادگی ابروهای میانی، ابروهای پرپشت یا افتادگی شدید ابرو دارند، از فیکسیشن استخوان با دستگاه اندوتاین استفاده می‌کنیم. پس دز بیمار سؤال صرفاً فیکسیشن فاسیای سطحی به عمقی کفایت می‌کند.

۱۲- کدام عارضه با قرار دادن ایمپلنت چانه در فضای ساب پریوستال مرتبط است؟

الف) آسیب عصب منتال

ب) تحلیل رفتن استخوان

ج) جوش نخوردن استخوان

د) جابه‌جایی ایمپلنت

پاسخ: گزینه ب

فصل ۲۷ ص ۴۲۱

ایمپلنت چانه را می‌توان در پلین ساب پریوستال یا سوپرا پریوستال قرار داد. مزیت قرار دادن ایمپلنت در ساب پریوستال، بهبود تثبیت ایمپلنت است. با این حال، نشان داده شده است که قرار دادن ایمپلنت در ساب پریوستال منجر به اروژن در فک پایین می‌شود. به همین دلایل، اکثر جراحان برش در صفحه سوپرا پریوستال را به صورت مرکزی و قرار دادن ایمپلنت در ساب پریوستال را به صورت جانبی توصیه می‌کنند. این کار از نظر تئوری اروژن فک پایین را به حداقل می‌رساند و در عین حال ایمپلنت را تثبیت می‌کند.

۱۳- علت ایجاد دفورمیتی Reverse telephone ear پس از جراحی اتوپلاستی کدام مورد است؟

الف) عقب کشیدن بیش از حد کونکا

ب) برداشتن پوست زیاد از پشت گوش

ج) باقی ماندن برجستگی یک سوم میانی

د) اصلاح بیش از حد آنتی هلیکس

پاسخ گزینه ب

فصل ۲۸ ص ۴۳۸

بدشکلی گوش تلفنی زمانی رخ می‌دهد که عقب‌رفتگی کونکا یا برش پوست پشت گوش در قسمت مرکزی گوش بیش از حد تهاجمی بوده باشد. بدشکلی گوش تلفنی معکوس به بدشکلی پس از عمل اشاره دارد که در آن برجستگی یک