

باغچه خندا

طبابت هنراست،
هنرها سبکی قلب و اندیشه



سرشناسه	روح افزا ، رامین، ۱۳۷۲ -
عنوان و نام پدیدآور	مجموعه سوالات ارتقا و مورد تخصصی جراحی ۱۴۰۴ Schwartz's_Principles_of_Surgery._2019 Sabiston Textbook of Surgery The Biological Basis of Modern Surgical Practice 21 st /2022 تهران: کاردیا، ۱۴۰۵.
مشخصات نشر	۲۷۹ ص.: مصور (رنگی) ، جدول، نمودار.
مشخصات ظاهری	شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۴۰۴-۴۲۲-۸
شابک	ریال
مدیر تولید و برنامه ریزی	اللهه شهدادی
وضعیت فهرست نویسی	فیبا
یادداشت	کتاب حاضر برگرفته از کتاب " Schwartz's principles of surgery, 11th. ed, 2019 اثر دیناکی. اندرسن ... [و دیگران] است. و Sabiston Textbook of Surgery The Biological Basis of Modern Surgical Practice 21st Edition 2022
موضوع	جراحی Surgery جراحی -- آزمون ها و تمرین ها -- Examinations, questions, etc. اندرس، دینا کی. Andersen, Dana K شوارتس، سیمور، ۱۹۲۸ -- م . اصول جراحی شوارتز ۳۱RD ۶۱۷ ۹۴۳۰۰۵۹ فیبا
شناسه افزوده	
شناسه افزوده	
شناسه افزوده	
رده بندی کنگره	
رده بندی دیویی	
شماره کتابشناسی ملی	
اطلاعات رکورد کتابشناسی	

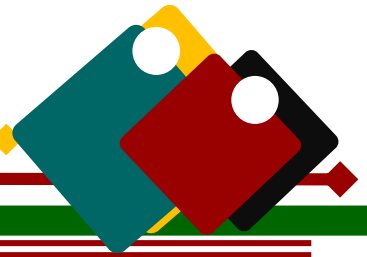
عنوان کتاب: مجموعه سوالات ارتقا و مورد تخصصی جراحی ۱۴۰۴	چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت یار
Schwartz's_Principles_of_Surgery._2019	نوبت چاپ: اول ۱۴۰۵
Sabiston Textbook of Surgery The Biological Basis of Modern Surgical Practice 21st /2022	تیراژ: ۱۰۰ جلد
ناشر: انتشارات کاردیا	شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۴۰۴-۴۲۲-۸
حروفچین و صفحه آرا: رزیدنت یار - مهشید چگینی	بهاء: ریال
طراح و گرافیس: رزیدنت یار - مهرداد فیضی	

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

شماره تماس: ۰۲۱-۶۶۴۱۹۵۲۰، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۰۸، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۱۶، شماره تماس ویژه: ۰۲۱-۹۱۰۹۵۹۶۷

www.residenttyar.com

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.



مجموعه سوالات ارتقا و بورد تخصصی جراحی ۱۴۰۴

Schwartz's Principles of Surgery. 2019
Sabiston Textbook of Surgery The Biological Basis of
Modern Surgical Practicen 2022

پاسخدهی به سوالات سال ۱۴۰۴



دکتر رامین روح افزا

رتبه ۵ درصد بورد تخصصی ۱۴۰۳

متخصص جراحی عمومی

از دانشگاه علوم پزشکی یزد



سپاس و ستایش شایسته پروردگاری که کرامتش ناممدود و رمتش بی‌پایان است. اوست که بشر را دانش بیاموخت و با قلم آشنا کرد. به انسان رفعت آن داد که علم را به خدمت گیرد و با قلم خود و رسم خطوط 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.

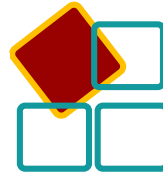
رزیدنت‌یار، حامی و پیشرو در نظام کمک آموزشی پزشکی کشور به سبک نوین و مطابق با آفرین پیشرفت‌های آموزشی در میانه پزشکی با کادری مجرب و آشنا طی ۱۸ سال گذشته از منظر متفحصین همواره بهترین محصولات را ارائه و در دسترس مخاطبین خود قرار داده است.

اثر پیش رو با توجه به محتوی بسیار غنی در مبحث جراحی عمومی 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 رزیدنت‌یار 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

فهرست مطالب



سوالات و پاسخنامه ارتقا ۱۴۰۴ ۹

سوالات و پاسخنامه مورد ۱۴۰۴ ۱۵۱



سوالات و پاسخنامه ارتقا ۱۴۰۴

۱. در بررسی‌های انجام شده خانم ۵۰ ساله با سابقه کانسر پستان درمان شده، متوجه توده‌های ۳ cm و ۱ cm به ترتیب در آدرنال راست و چپ می‌شویم. اولین اقدام کدام است؟ (ارتقا ۱۴۰۴)
 - (الف) بیوپسی تحت گاید CT Scan از آدرنال راست
 - (ب) بررسی ادرار ۲۴ ساعته از نظر VMA و متانفرین
 - (ج) تحت نظر گرفتن به مدت ۶ ماه و سپس تصویربرداری مجدد
 - (د) آدرنالکتومی راست و تصمیم‌گیری بر اساس جواب پاتولوژی

پاسخ: ب

فصل ۴۰ سابستون صفحه ۹۸۸ ستون ۱ پاراگراف ۱

باید تأکید کرد که نمونه‌برداری با FNA تحت گاید سی‌تی‌اسکن به‌ندرت در ارزیابی توده‌های آدرنال مفید است و حتی می‌تواند خطرناک باشد. تشخیص بدخیمی اولیه آدرنال را نمی‌توان به‌طور قابل‌اعتماد تنها بر اساس معیارهای سیتولوژیک انجام داد. بنابراین، استفاده از این روش معمولاً محدود به بیمارانی است که سابقه بدخیمی خارج از آدرنال دارند و پزشک در پی آن است که تشخیص متاستاز به آدرنال را تأیید کند. در تمام موارد، پیش از انجام این روش باید وجود فئوکروموسیتوما رد شود تا از بروز کریز کشنده فشار خون در حین نمونه‌برداری جلوگیری گردد.

۲. خانم ۳۶ ساله با توده‌ی ۲ cm در لترال راست گردن مراجعه کرده است. در FNA انجام شده کانسر پاپیلاری گزارش می‌گردد ولی سونوگرافی تیروئید شواهدی از ندول مشکوک گزارش نمی‌کند. بهترین اقدام کدام است؟
 - (الف) دیسکسیون غدد لنفاوی راست گردن
 - (ب) دیسکسیون غدد لنفاوی راست گردن همراه با تیروئیدکتومی
 - (ج) تیروئیدکتومی و ید رادیواکتیو
 - (د) بیوپسی اکسیزیونال توده و تصمیم‌گیری بر اساس جواب پاتولوژی

پاسخ: ب

فصل ۳۷ سابستون صفحه ۹۰۳ ستون ۲ پاراگراف ۲

جراحی، درمان اصلی در سرطان‌های تمایز یافته تیروئید (DTC) است. با انتخاب صحیح نوع جراحی و انجام آن توسط جراحان با تجربه و پرحجم، تیروئیدکتومی روشی بسیار ایمن و مؤثر محسوب می‌شود. میزان و وسعت تیروئیدکتومی به عوامل متعددی بستگی دارد، از جمله وسعت بیماری و خطرات پیرامون عمل برای بیمار، و در سال‌های اخیر توصیه‌های رسمی در این زمینه تغییر کرده‌اند. در گذشته، تیروئیدکتومی کامل برای اغلب موارد DTC با اندازه حداقل ۱ سانتی‌متر درمان استاندارد محسوب می‌شد، اما امروزه لوبکتومی تیروئید در همان سمت ضایعه به



عنوان جایگزینی قابل قبول برای بیماران کم‌خطر با تومور یک‌طرفه بین ۱ تا ۴ سانتی‌متر، در غیاب گسترش خارج‌تیروئیدی یا شواهدی از متاستاز، پذیرفته شده است. همچنین، برای تومورهای کمتر از ۱ سانتی‌متر، لوپکتومی روش توصیه‌شده محسوب می‌شود. این تغییر رویکرد نتیجه مطالعات وسیع مشاهده‌ای است که نشان داده‌اند در بیماران انتخاب‌شده با DTC های بین ۱ تا ۴ سانتی‌متر، میزان بقای بیماران پس از توتال تیروئیدکتومی و لوپکتومی تفاوتی ندارد. بر این اساس، توتال تیروئیدکتومی تنها در مواردی ترجیح داده می‌شود که خطر عود یا مرگ اختصاصی بیماری بالا باشد. این شرایط شامل:

تومورهای با اندازه ۴ سانتی‌متر یا بیشتر،

گسترش آشکار خارج‌تیروئیدی،

وجود متاستاز،

DTC ناشی از اشعه،

سرطان تیروئید غیرمدولاری فامیلی،

تومورهای چندکانونی دوطرفه،

در بیماران مبتلا به DTC با شواهد بالینی یا تصویربرداری از متاستاز به غدد لنفاوی گردن، دایسکشن درمانی بر اساس کمپارتمان‌های آناتومیک گردن توصیه می‌شود. کمپارتمان‌های لنفاوی گردن دارای تقسیم‌بندی استاندارد هستند که شامل کمپارتمان سنترال (سطوح VI و VII و کمپارتمان‌های لترال) سطوح II، III، IV و بخش خلفی تحتانی مثلث خلفی یا سطح (Vb) می‌باشند. کمپارتمان سنترال شامل بافت لنفواذیپوز اطراف تیروئید است که به‌صورت آناتومیک بین شریان‌های کاروتید در طرفین، استخوان هیوئید در بالا، و شریان بی نام در پایین محدود شده است. دایسکشن درمانی باید در بیمارانی انجام شود که شواهد تصویری یا بالینی متاستاز لنفی در آنها وجود دارد، چه قبل از عمل مشخص شده باشد و چه در حین جراحی کشف شود. وجود درگیری غدد لنفاوی سنترال در همان سمت، نیازمند دایسکشن سطح VI و در صورت لزوم VII است، و وجود متاستاز به گره‌های لنفی لترال، اندیکاسیون دایسکشن هر دو کمپارتمان سنترال و لترال را دارد، حتی در حدود ۱۲٪ از بیماران که دچار متاستاز «اسکیپ» به گردن لترال هستند. دایسکشن رادیکال گردن معمولاً با عوارض بالایی همراه است و به ندرت از نظر انکولوژیک ضروری است.

نکته: با توجه به شواهد متاستاز به منشأ PTC، توتال تیروئیدکتومی به همراه دایسکشن کمپارتمان سنترال و لترال لازم است.

۳. آقای ۷۰ ساله با BCC یک سانتی‌متری در نوک بینی مراجعه کرده است. ضایعه تحت رزکسیون قرار گرفته است. برای بازسازی کدام روش زیر از نظر زیبایی مقبول‌تر است؟ (ارتقا ۱۴۰۴)

ب) Composite graft

الف) Split thickness graft

د) Forehead flap

ج) Nasolabial flap

پاسخ: ب

فصل ۴۵ شوارتز صفحه ۱۹۷۶ ستون ۲ پاراگراف ۳

گرافت کامپوزیت شامل انواع دیگری از بافت‌ها به‌جز پوست هستند. اجزای اضافه‌شده باید نیاز متابولیکی کمی داشته باشند تا بتوانند در مدت زمانی که برای آنژیوژنز لازم است، زنده بمانند. گرافت‌های کامپوزیت ممکن است شامل چربی زیرجلدی، غضروف، پری‌کوندریوم و مقدار کمی عضله باشند. موارد استفاده از گرافت‌های کامپوزیت محدود به نواحی کوچکی است که به بافت‌های تخصصی نیاز دارند، مانند بازسازی بینی.



برای مثال، رزکسیون سرطان پوستی که لوبول بینی را درگیر کرده است ممکن است باعث ایجاد نقص ترکیبی شود که شامل پوشش داخلی بینی، غضروف نگهدارنده و پوست خارجی آن است. گوش یک محل اهداکننده مناسب برای گرافت کامپوزیت است، زیرا رنگ بافت آن با پوست صورت هماهنگی دارد و مقدار کمی از بافت آن به‌طور طبیعی طوری شکل گرفته که می‌تواند انحناى بینی را شبیه‌سازی کند. برای مثال، رزکسیون بافت از ریشه هلیکس گوش باعث ایجاد محل اهداکننده‌ای نسبتاً غیرقابل مشاهده می‌شود. محل اهداکننده گرافت های کامپوزیت باید به صورت اولیه ترمیم گردد.

۴. کدام یک اندیکاسیون کرانیوتومی در آسیب‌های سر می‌باشد؟ (ارتقا ۱۴۰۴)

الف) شکستگی فرورفته اکسیپیتال کمتر از ضخامت استخوانی

ب) شکستگی جمجمه با درگیری سینوس فرونتال

ج) نکروز وسیع پوست اسکالپ در ترومای بلانت

د) شکستگی بسته و متعدد جمجمه

پاسخ: ب

فصل ۴۲ شوارتز صفحه ۱۸۳۵ ستون ۱ پاراگراف ۱

اندیکاسیون‌های انجام کرانیوتومی (در شکستگی های جمجمه) شامل فرورفتگی بیش از ضخامت جمجمه، وجود هماتوم داخل جمجمه‌ای و درگیری سینوس فرونتال است.

۵. خانم ۷۶ ساله که ۳ روز قبل تحت جراحی کولکتومی قرار گرفته است، در حال حاضر **confused** و لتارژیک می‌باشد. ادرار بیمار کاهش یافته است. آزمایشات بیمار به شرح زیر است:

Na: 160 mEq/L, BUN: 40, Cr: 2.1

بیمار NPO است. اولین اقدام برای درمان بیمار کدام گزینه است؟

الف) شروع سرم دکستروز ۵٪ ب) شروع سرم نیم نرمال سالین

ج) شروع سرم نرمال سالین د) شروع سرم دکستروز سالین

پاسخ: ج

فصل ۳ شوارتز صفحه ۹۴ ستون ۲ پاراگراف ۱

درمان هیپرناترمی معمولاً بر اساس جبران کمبود آب بدن انجام می‌شود. در بیماران هیپوولمیک ابتدا باید حجم داخل عروقی با استفاده از سرم نرمال سالین بازسازی شود، سپس به اصلاح اختلال غلظتی پرداخته می‌شود. پس از دستیابی به حجم مناسب، کمبود آب بدن با استفاده از محلول‌های هیپوتونیک مانند دکستروز ۵ درصد، دکستروز ۵ درصد در یک چهارم نرمال سالین، یا آب خوراکی یا انترال جایگزین می‌گردد. فرمول برآورد میزان آب مورد نیاز برای اصلاح هیپرناترمی به‌صورت زیر است:

$$\text{Water deficit (L)} = \frac{\text{serum sodium} - 140}{140} \times \text{TBW}$$

در این فرمول، TBW در مردان معادل ۵۰ درصد از توده بدون چربی بدن و در زنان ۴۰ درصد از آن در نظر گرفته می‌شود.



سرعت تجویز مایع باید به گونه‌ای تنظیم شود که کاهش سدیم سرم بیش از ۱ میلی‌اکی‌والان در ساعت و ۱۲ میلی‌اکی‌والان در روز نباشد (در درمان هیپرناترمی حاد علامت‌دار). در موارد هیپرناترمی مزمن اصلاح باید با سرعت کمتر، حدود ۰/۷ میلی‌اکی‌والان در ساعت انجام شود، زیرا اصلاح سریع می‌تواند منجر به ادم مغزی و هرنی مغز شود.

نوع مایع تجویزی به شدت و سهولت اصلاح هیپرناترمی بستگی دارد. در اغلب موارد، جایگزینی خوراکی یا انترال آب کافی است، اما در صورت نیاز می‌توان از نیم‌نرمال سالین یا یک‌چهارم نرمال سالین وریدی استفاده کرد. هنگام استفاده از دکستروز ۵ درصد در آب باید احتیاط شود تا اصلاح سدیم بیش از حد سریع صورت نگیرد.

همچنین لازم است ارزیابی مکرر وضعیت عصبی و پایش متوالی سطح سدیم سرم انجام شود. هیپرناترمی نسبت به هیپوناترمی شیوع کمتری دارد، اما پیش‌آگهی بدتری دارد و در بیماران بدحال به عنوان یکی از شاخص‌های مستقل مرگ‌ومیر محسوب می‌شود.

۶. آقای ۵۰ ساله که ۳ سال قبل پیوند کلیه شده است و تحت درمان با کورتون و تاکرولیموس است، هم اکنون با خارش و دردهای استخوانی مراجعه کرده است. در بررسی‌ها سطح کلسیم خون و PTH بالا بوده و عملکرد کلیه پیوند شده مناسب ولی با درجاتی از نفروکلسینوز است. بهترین اقدام کدام است؟ (ارتقا ۱۴۰۴)

الف) تجویز دیورتیک (ب) پاراتیروئیدکتومی ساب توتال

ج) درمان دارویی با سیناکلسیت (د) کاهش دوز کورتون

پاسخ: ب

فصل ۳۸ ساینستون صفحه ۹۳۵ ستون ۱ پاراگراف ۳

Tertiary HPT به ترشح خودمختار و بیش از حد هورمون پاراتیروئید (PTH) همراه با ایجاد هیپرکلسمی در بیمارانی اطلاق می‌شود که دچار نارسایی مزمن کلیه و هیپرپاراتیروئیدیسم ثانویه قبلی هستند. همچنین، این اصطلاح برای مواردی نیز به کار می‌رود که هیپرپاراتیروئیدیسم پس از پیوند موفق کلیه باقی بماند یا بروز کند.

در بیماران مبتلا به Tertiary HPT، سطح کلسیم سرم و intact-PTH افزایش یافته است. گرچه در بسیاری از بیماران پس از پیوند کلیه، هیپرپاراتیروئیدیسم ثانویه برطرف می‌شود، اما حدود ۲۵ درصد از این بیماران تا یک سال پس از پیوند همچنان دچار هیپرپاراتیروئیدیسم پایدار (Tertiary) به شکل هیپرپلازی منتشر یا ندولار باقی می‌مانند. افزایش طولانی مدت PTH در گیرندگان پیوند کلیه با افزایش خطر پوکی استخوان، کاهش بقای پیوند و کاهش بقای بیمار همراه است.

دو گزینه درمانی برای هیپرپاراتیروئیدیسم نوع سوم عبارتند از درمان دارویی با سیناکلسیت و پاراتیروئیدکتومی. مطالعات نشان داده‌اند که جراحی نسبت به سیناکلسیت مؤثرتر است و منجر به طبیعی شدن سطح کلسیم و PTH تا یک سال پس از عمل و همچنین کاهش بیشتر نرخ از کار افتادن پیوند کلیه می‌شود. با وجود این نتایج، تنها حدود ۷ درصد از بیماران مبتلا به هیپرپاراتیروئیدیسم نوع سوم تحت پاراتیروئیدکتومی قرار می‌گیرند.

اندیکاسیون‌های جراحی در نوع سوم شامل موارد زیر است:

هیپرکلسمی یا هیپرکلسیوری پایدار،

دفع فسفر کلیوی،



- کاهش تراکم استخوان،
نفروکلسی‌نوز،
بیماری علامت‌دار،
بزرگ شدن غدد پاراتیروئید در تصویربرداری،
در بیمارانی که کاندیدای پیوند کلیه هستند و سطح PTH و کلسیم بالایی دارند، انجام پاراتیروئیدکتومی پیش از پیوند توصیه می‌شود، زیرا با بهبود عملکرد پیوند کلیه همراه بوده است.
در کیس مطرح شده با توجه به علامت‌دار بودن (خارش و درد استخوانی) و نفروکلسی‌نوز، پاراتیروئیدکتومی اقدام ارجح می‌باشد
۷. آقای ۴۵ ساله با ندول تیروئیدی 1 cm لوب راست و FNA دال بر کانسر مدولاری جهت جراحی ارجاع شده است. سونوگرافی گردن مشکل دیگری گزارش نکرده است. کدام گزینه صحیح است؟ (ارتقا ۱۴۰۴)
- الف) انجام CT Scan گردن قبل از عمل ضروری است.
ب) بررسی از نظر فتوکروموسیتوم قبل از عمل ضروری است.
ج) رزکسیون پروفیلاکتیک غدد لنفاوی لترال راست گردن ضروری است.
د) لوبکتومی راست و حفظ لوب چپ بهترین اقدام است.

پاسخ: ب

فصل ۳۷ سببیتون صفحه ۹۰۶ ستون ۲ پاراگراف ۵

شخص قطعی MTC از طریق FNA انجام می‌شود. در بررسی سیتولوژی این نمونه، وجود آمیلوئید استرومایی و عدم حضور سلول‌های فولیکولی تیروئید مشاهده می‌شود. اندازه‌گیری سطح بالای کلسی‌تونین در مایع شستشوی حاصل از FNA دقت این روش را تا حدود ۹۸ درصد افزایش می‌دهد.

پس از تأیید تشخیص MTC، اندازه‌گیری کلسی‌تونین سرم و CEA برای تعیین مقادیر پایه پیش از درمان توصیه می‌شود. در مقابل، استفاده از کلسی‌تونین و CEA به عنوان تست غربالگری در غیاب تشخیص سیتولوژیک MTC اقدامی بحث‌برانگیز است. بر اساس راهنمای انجمن تیروئید آمریکا (ATA)، سطح کلسی‌تونین سرمی $\leq 100 \text{ pg/mL}$ مشکوک به MTC محسوب می‌شود، و سطح $\leq 500 \text{ pg/mL}$ پیش از درمان، احتمال متاستاز دوردست را مطرح می‌کند.

البته باید توجه داشت که کلسی‌تونین سرم ممکن است در شرایط دیگری نیز افزایش یابد؛ از جمله در تیروئیدیت اوتوایمیون < اوتوایمیون، هیپرپاراتیروئیدیسم، سرطان ریه، و سن زیر ۳ سالگی.

CEA یک نشانگر اختصاصی برای MTC نیست و بیشتر به عنوان آزمایش کمکی استفاده می‌شود.

افزایش سطح CEA معمولاً در MTC های تهاجمی‌تر که توان ترشح کلسی‌تونین خود را از دست داده‌اند دیده می‌شود و بنابراین به عنوان شاخص برای dedifferentiation (تمایزدایی) در نظر گرفته می‌شود.

در مجموع، اندازه‌گیری همزمان کلسی‌تونین و CEA سرم برای تعیین سطح پایه پیش از درمان و پایش روند بیماری در پیگیری‌ها توصیه می‌گردد.



سونوگرافی گردن مهم‌ترین روش تصویربرداری قبل از عمل در بیماران مبتلا به MTC است، زیرا قادر است ضایعات تیروئید و غدد لنفاوی گردنی را با دقت بالا مشخص کند.

در صورت شک به بیماری وسیع یا موضعی پیشرفته، انجام تصویربرداری مقطعی از گردن و قفسه سینه (ترجیحاً CT با تزریق ماده حاجب) توصیه می‌شود. (پس در کیس مطرح شده اندیکاسیون ندارد)

در بیماران پرخطر مانند افرادی با درگیری گسترده گردنی، علائم مشکوک به متاستاز دوردست، یا سطح کلسی‌تونین $\leq 500 \text{ pg/mL}$ ، باید بررسی تصویربرداری جهت شناسایی متاستاز دوردست انجام شود. روش‌های رایج شامل CT یا MRI چندفازی از کبد، MRI محوری، و اسکن استخوان (bone scintigraphy) است.

تمام بیماران مبتلا به MTC ارثی باید از نظر وجود فئوکروموسیتوما و هیپرپاراتیروئیدیسم اولیه به‌صورت بیوشیمیایی بررسی شوند. در صورت وجود فئوکروموسیتوما، درمان آن باید پیش از جراحی MTC انجام شود.

در صورتی که هیپرپاراتیروئیدیسم اولیه نیز به‌طور همزمان وجود داشته باشد، می‌توان آن را در همان زمان تیروئیدکتومی به‌صورت جراحی درمان کرد.

نکته: در مواردی که MTC از نظر بالینی آشکار است، درمان حداقل شامل انجام تیروئیدکتومی توتال به‌همراه لنف نود دایسکشن سنترال دوطرفه می‌باشد (پس لوبکتومی نداریم).

نکته: بر اساس دستورالعمل‌های فعلی انجمن تیروئید آمریکا (ATA)، انجام دایسکشن پروفیلاکتیک گردن در ناحیه لترال همان طرف و سمت مقابل باید بر اساس سطح کلسی‌تونین سرم مورد بررسی قرار گیرد. به‌عنوان مثال، در بیمارانی که در سونوگرافی قبل از عمل متاستاز لترال هم‌طرف مشاهده می‌شود، در صورتی که سطح پایه کلسی‌تونین سرم حداقل 200 pg/mL باشد، باید انجام دیسکشن پروفیلاکسی لترال در سمت مقابل نیز مورد توجه قرار گیرد.

۸. در خصوص عفونت‌های مرتبط با کاتتر ورید مرکزی کدام گزینه صحیح است؟ (ارتقا ۱۴۰۴)

الف) در صورت مشاهده قرمزی اطراف تونل پوستی اقدام به خارج کردن کاتتر می‌کنیم.

ب) هیپرایمانتاسیون باعث افزایش ریسک عفونت کاتتر می‌شود.

ج) در صورت بروز عفونت استاف ایپیدرمیدیس، خروج کاتتر الزامی است.

د) آنتی‌بیوتیک تزریقی قبل از تعبیه کاتتر باعث کاهش ریسک عفونت می‌شود.

پاسخ: ب

فصل ۲۲ سابستون صفحه ۵۴۲ ستون ۲ پاراگراف ۱

عفونت مرتبط با کاتترهای داخل‌وریدی طولانی مدت یکی از مشکلات شایع در بیماران بستری است. با توجه به پیچیدگی بسیاری از اعمال جراحی، این وسایل به‌طور فزاینده‌ای برای پایش فیزیولوژیک، دسترسی وریدی، تجویز دارو و تغذیه وریدی مورد استفاده قرار می‌گیرند. از میان چندین میلیون کاتتر که هر سال در ایالات متحده کار گذاشته می‌شود، حدود ۲۵ درصد دچار کلونیزاسیون باکتریایی و تقریباً ۵ درصد با باکتری می‌همراه می‌شوند.

عواملی که خطر عفونت را افزایش می‌دهند شامل طول مدت کارگذاری کاتتر، انجام آن در شرایط اورژانسی یا غیر استریل، استفاده برای تغذیه وریدی، و کاربرد کاتترهای چندلومنی است. به‌کارگیری پروتکل استاندارد برای گذاشتن کاتتر مرکزی که شامل رعایت کامل موانع استریل و



ضد عفونی پوست با کلرهگزیدین است، به طور قابل توجهی میزان بروز عفونت را کاهش می‌دهد. هر چند مطالعات تصادفی شده انجام نشده است، اما کاتترهای ورید مرکزی محیطی از نظر میزان عفونت مرتبط با کاتتر مشابه کاتترهای ناحیه ساب‌کلاوین یا ژوگولار هستند. بسیاری از بیماران مبتلا به عفونت کاتتر داخل‌وریدی بدون علامت بالینی واضح هستند و تنها افزایش شمارش WBC خون ممکن است مشاهده شود. وجود کشت خون مثبت هم‌زمان از محل محیطی و از طریق کاتتر با یک ارگانیسم مشابه احتمال عفونت ناشی از کاتتر را تقویت می‌کند. در موارد زیر، خارج کردن کاتتر ضروری است:

وجود چرک واضح در محل خروج کاتتر از پوست،
بروز سپسیس شدید به هر نوع ارگانیسم پس از رد سایر علل،
باکتری‌می ناشی از ارگانیسم‌های گرم منفی هوازی یا قارچ‌ها.

در برخی موارد انتخابی، عفونت‌های ناشی از میکروارگانیسم‌های با شدت کم مانند *Staphylococcus epidermidis* را می‌توان در حدود ۵۰ تا ۶۰ درصد بیماران با درمان آنتی‌بیوتیکی به مدت ۱۴ تا ۲۱ روز کنترل کرد، به‌ویژه زمانی که دسترسی وریدی جایگزین وجود نداشته باشد. استفاده از کاتترهای پوشیده با آنتی‌بیوتیک و اسفنجهای کلرهگزیدین در محل ورود کاتتر با کاهش نرخ کلونیزاسیون همراه بوده است. همچنین، کاربرد درپوش اتانول یا ضد میکروبی در کاتترهای دیالیز در کاهش بروز عفونت‌ها امیدبخش بوده است. جراح باید ضرورت استفاده از هر نوع وسیله دسترسی عروقی را به دقت ارزیابی کند، به نگهداری و مراقبت دقیق آن برای پیشگیری از عفونت توجه داشته باشد، و در اسرع وقت نسبت به خارج کردن آن اقدام کند. به‌کارگیری آنتی‌بیوتیک‌ها یا داروهای ضدقارچ سیستمیک به‌منظور پیشگیری از عفونت کاتتر بی‌فایده و ممنوع است.

۹. خانم ۳۰ ساله ۲ سال قبل به علت کانسر پاپیلاری تیروئید جراحی و ید درمانی شده است. در پیگیری‌های انجام شده تیروگلوبین بالا دارد ولی اسکن ید رادیواکتیو منفی گزارش شده است. اقدام بعدی چیست؟

- (الف) CT Scan گردن و قفسه سینه
(ب) MRI گردن
(ج) PET CT
(د) تحت نظر گرفتن بیمار

پاسخ: ج

فصل ۳۸ شوارتز صفحه ۱۶۵۴ ستون ۲ پاراگراف ۲

سوال بر اساس شوارتز طرح شده و بر اساس سابیستون قابل پاسخگویی نیست!!

نکته شوارتز: تصویربرداری‌های FDG-PET و PET-CT در شناسایی محل عود یا تداوم سرطان تیروئید در بیمارانی که دارای تیروگلوبولین مثبت هستند اما اسکن ید رادیواکتیو منفی دارند، مفید واقع شده‌اند.

۱۰. بیمار آقای ۶۰ ساله با تشخیص پریتونیت طول کشیده در زمینه زخم پپتیک پرفوره جراحی شده و در وضعیت انتوبه به ICU منتقل می‌شود. علی‌رغم دریافت حجم کافی سرم، همچنان الیگوریک بوده و میانگین فشار شریانی (MAP) ۵۰ میلی‌متر جیوه می‌باشد. اقدام مناسب کدام است؟ (ارتقا ۱۴۰۴)

- (الف) تزریق ۵۰۰ سی‌سی کلونید
(ب) انفوزیون ۲ واحد خون ایزوگروپ
(ج) شروع انفوزیون نوراپی نفرین
(د) تزریق ۱۰۰ میلی‌گرم هیدروکورتیزون وریدی



پاسخ: ج

فصل ۲۲ ساینستون صفحه ۵۲۶ ستون ۲ پاراگراف ۲

تشخیص زودهنگام سپسیس و شروع سریع آنتی‌بیوتیک‌ها با افزایش بقا مرتبط است، هرچند باید خطر مقاومت دارویی و آسیب‌های ناشی از مصرف غیرضروری آنتی‌بیوتیک نیز در نظر گرفته شود. کنترل منبع عفونت نیز تأثیر مثبت بر نتایج دارد.

با وجود اینکه به نظر منطقی می‌آید که وازوپرسورها اولین انتخاب در شوک سپتیک باشند، بخشی از پاتوفیزیولوژی مهم این بیماری نشت مایع به فضای بینابینی به دلیل افزایش نفوذپذیری عروقی است، بنابراین صرفاً افزایش وازوکونستریکشن نمی‌تواند شوک را برطرف کند. بنابراین احیای مایع اولیه و سپس شروع وازوپرسورها در صورت عدم پاسخ به مایع، همچنان استاندارد است.

گایدلاین‌های آپدیت ۲۰۱۷ کمپین Surviving Sepsis توصیه می‌کند که همه بیماران بولوس کریستالوئید تجربی دریافت کنند، پایش دقیق و هدف فشار متوسط شریانی ۶۵ میلی‌متر جیوه انجام شود و لاکتات به‌عنوان شاخص کم‌خونی بافتی و راهنمای احیای مایع استفاده شود. استفاده از فشار ورید مرکزی برای هدایت احیای مایع منسوخ شده و پارامترهای دینامیک مانند passive leg rise، fluid challenges و تغییر فشار پالس در پاسخ به ونتیلاتور توصیه می‌شوند.

در مواردی که احیای مایع کریستالوئیدی فشار خون را افزایش نمی‌دهد، نوراپی‌نفرین داروی وازوپرسور انتخابی است و اثربخشی بیشتری نسبت به سایر وازوپرسورها دارد. اپی‌نفرین می‌تواند جایگزین شود اما ممکن است لاکتات را به‌طور کاذب افزایش دهد و تفسیر آن به‌عنوان شاخص احیا مشکل شود. فنیل‌افرین با افزایش مرگ‌ومیر در بیمارستان مرتبط است. هنگامی که نیاز به نوراپی‌نفرین به بیش از حدود پنج میکروگرم در دقیقه افزایش یابد، دوز پایین وازوپرسین به‌صورت کمکی اضافه می‌شود تا کمبود نسبی وازوپرسین در شوک التهابی-وازدیلاتوری جبران شود و نیاز به نوراپی‌نفرین کاهش یابد. دوزهای بالا توصیه نمی‌شوند. اگر حتی با دوز بالای نوراپی‌نفرین و وازوپرسین پاسخ کافی حاصل نشد، اپی‌نفرین اضافه می‌شود و در صورت کاهش برون‌ده قلبی، دوبوتامین می‌تواند برای افزایش پرفیوژن بافتی استفاده شود.

استفاده از کورتیکواستروئیدها در شوک سپتیک بیش از دو دهه مورد بحث بوده است. راهنمایی فعلی کمپین Surviving Sepsis، دوز پایین استروئید در شوک سپتیک وابسته به وازوپرسور و پر حجم را توصیه می‌کند. درمان‌های تکمیلی مانند ترکیب ویتامین C، تیامین و هیدروکورتیزون پروتکل (Marik) نیز در مطالعات اولیه نتایج چشمگیری نشان داده‌اند. مفاهیم پایه‌ای مانند ترتیب احیای مایع در مقابل وازوپرسور و استفاده از لاکتات به‌عنوان شاخص احیا همچنان مورد تحقیق و بحث هستند و توصیه می‌شود پزشکان مراقبت‌های ویژه از آخرین شواهد و تحقیقات در این زمینه مطلع باشند.

۱۱. خانم ۴۰ ساله با تشخیص کانسر پاپیلاری تیروئید تحت توتال تیروئیدکتومی و دایسکشن کامل غدد لنفاوی گردن قرار گرفته

است. در صورت رؤیت همه‌ی موارد زیر در گزارش پاتولوژی ید رادیواکتیو ضرورت دارد، به جز: (ارتقا ۱۴۰۴)

الف) درگیری دو غده لنفاوی مرکزی (ب) درگیری اکستراتیروئید

ج) واریانت Tall cell (د) درگیری غدد لنفاوی لترال همان سطح

پاسخ: ج

فصل ۳۷ ساینستون صفحه ۹۰۵ ستون ۱ پاراگراف ۶

نقش RAI پس از تیروئیدکتومی در دهه گذشته محدودتر شده است، عمدتاً به دلیل شواهد قانع‌کننده مبنی بر عدم سودمندی آن در بیماران با DTC کم‌خطر. این بیماران شامل تومورهای داخل تیروئیدی کمتر از ۴ سانتی‌متر بدون ویژگی‌های هیستولوژیک پرخطر یا سرطان‌های



چندکانونی کوچک هستند. مطالعات بزرگ و مرورهای سیستماتیک نشان داده‌اند که RAI در این بیماران از نظر عود بیماری یا مرگ‌ومیر سودی ندارد. با این حال، شواهد نشان می‌دهد که برای بیماران با ریسک متوسط ممکن است مزایایی وجود داشته باشد؛ برای مثال، مطالعه‌ای با ۲۱,۸۷۰ بیمار از پایگاه داده ملی سرطان کاهش ۲۹ درصد در خطر مرگ در بیماران با سرطان تیروئید با ریسک متوسط نشان داد، با سود بیشتر در بیماران جوان‌تر. تحقیقات بیشتری لازم است تا زیرگروه‌های خاص این دسته شناسایی شوند که بیشترین بهره را از RAI ببرند. برای سرطان‌های پرخطر، استفاده از RAI معمول است

نکته: گزینه ۱، N1a محسوب می‌شود و در گروه کم خطر قرار دارد بنابراین به رادیوتراپی بعد از جراحی نیازی ندارد.

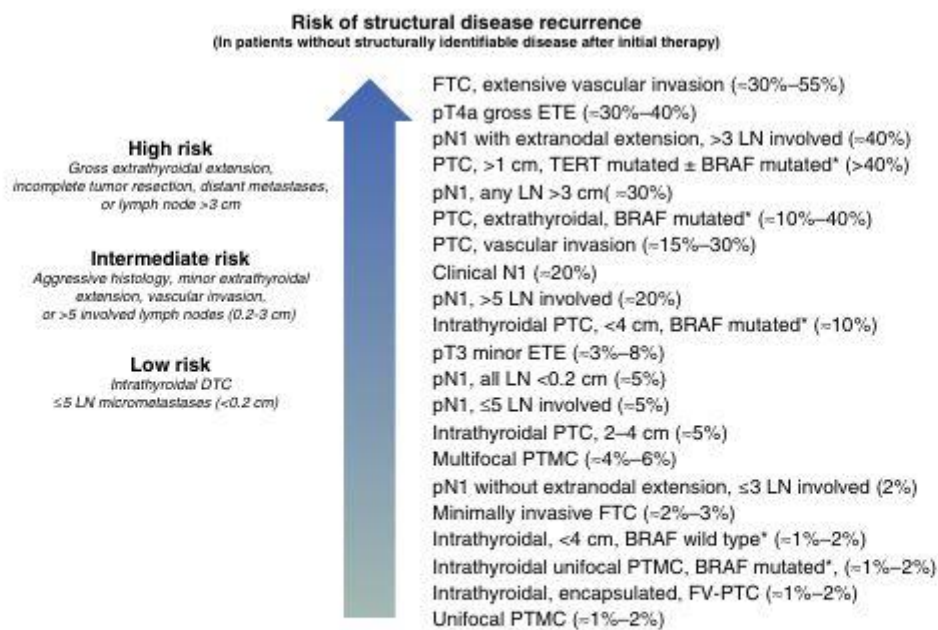


FIG. 37.24 The risk of structural disease recurrence for differentiated thyroid cancer after initial therapy exists on a continuum of risk estimates. The three-tiered American Thyroid Association modified initial risk stratification system is shown on the left-hand column. (From Haugen BR, Alexander EK, Bible KC, et al. 2015 American Thyroid Association Management guidelines for adult patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer: the American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. *Thyroid*. 2016;26:1–133.)

۱۲- بیماری ۴۲ ساله مبتلا به تومور پانکوست در قله ریه راست در شرایط T3N0M0 است. وضعیت عمومی، قلبی و تنفسی خوبی

دارد. درمان مناسب کدام است؟ (ارتقا ۱۴۰۴)

(ب) کمورادیوتراپی سپس جراحی وسیع

(الف) فقط کمورادیوتراپی

(د) جراحی وسیع سپس کمورادیوتراپی

(ج) کموتراپی سپس جراحی وسیع سپس رادیوتراپی

پاسخ: ب

فصل ۱۹ شوارتز صفحه ۶۹۸ ستون ۱ پاراگراف ۳

کارسینوم‌هایی که در اپکس قفسه سینه ایجاد می‌شوند و با درد بازو و شانه، آتروفی عضلات دست و سندرم هورنر همراه هستند، چالشی ویژه برای جراح محسوب می‌شوند. هر توموری که در سولکوس فوقانی ریه ایجاد شود حتی بدون شواهدی از درگیری باندل عصبی-عروقی، امروزه با عنوان تومور پانکوست شناخته می‌شود؛ این نام از هنری پانکوست (Henry Pancoast) گرفته شده که در سال ۱۹۳۲ این سندرم را توصیف



کرد. این عنوان به تومورهایی اختصاص دارد که درگیری پلور جداری یا ساختارهای عمقی‌تر روی دنده اول را نشان می‌دهند. درگیری دیواره قفسه سینه در سطح دنده دوم یا پایین‌تر، تومور پانکوست محسوب نمی‌شود.

درمان این تومور multidisciplinary است. به‌دلیل موقعیت تومور و احتمال درگیری باندل عصبی-عروقی که اندام فوقانی هم‌طرف را تغذیه می‌کند، حفظ عملکرد اندام پس از جراحی اهمیت حیاتی دارد. بنابراین، جراحی فقط در بیمارانی انجام می‌شود که در بررسی‌ها، فاقد درگیری غدد لنفاوی مدیاستن (N2) باشند، زیرا درگیری این گره‌ها با پیش‌آگهی ضعیف و افزایش میزان مرگ‌ومیر و عوارض جراحی همراه است. در صورت وجود لنفادنوپاتی حجیم، می‌توان از FNA با هدایت EBUS یا EUS برای بررسی درگیری غدد استفاده کرد، اما پاسخ منفی در FNA به‌تنهایی کافی نیست و باید با مدیاستینوسکوپی تکمیل شود تا ارزیابی دقیق و کامل مدیاستن انجام گیرد.

به‌دلیل نرخ بالای عود موضعی و رزکسیون ناکامل تومور در گذشته، درمان استاندارد امروزی شامل کمورادیوتراپی نئوآدجوانت پیش از جراحی است. این رژیم درمانی در مطالعه‌ای توسط گروه Southwest Oncology به‌خوبی تحمل شد، به‌طوری که ۹۵ درصد بیماران درمان نئوآدجوانت را کامل کردند. رزکسیون کامل تومور در ۷۶ درصد بیماران حاصل شد و بقای ۵ ساله کلی ۴۴ درصد و در موارد رزکسیون کامل تومور ۵۴ درصد گزارش گردید. پیشرفت بیماری در این بیماران عمدتاً به‌صورت متاستاز دوردست بود، که شایع‌ترین محل آن مغز گزارش شده است.

جراحی رزکسیون تومور پانکوست معمولاً از طریق توراکتومی و به‌صورت رزکسیون en bloc دیواره قفسه سینه، ساختارهای عروقی درگیر و لوبکتومی آناتومیک انجام می‌شود. در بسیاری از موارد، بخشی از شاخه تحتانی شبکه بازویی و گانگلیون stellate نیز رزکسیون می‌شود. در صورت درگیری دیواره قفسه سینه، رزکسیون ان‌بلوک دیواره سینه همراه با لوبکتومی انجام می‌گیرد، که ممکن است با بازسازی دیواره سینه همراه باشد یا نباشد.

برای رزکسیون‌های کوچک دنده یا نواحی خلفی‌تر از استخوان کتف، معمولاً نیازی به بازسازی وجود ندارد، اما نقص‌های بزرگ‌تر (دو قطعه دنده یا بیشتر) معمولاً با استفاده از پروتز گورتکس برای حفظ شکل و پایداری قفسه سینه بازسازی می‌شوند.

رزکسیون en bloc همچنین برای سایر تومورهای پیشرفته موضعی (T3) با تهاجم مستقیم به دیواره قفسه سینه، دیافراگم یا پریکارد انجام می‌شود. در صورتی که بخش وسیعی از پریکارد رزکسیون شود، بازسازی با غشای نازک گورتکس لازم است تا از هرنی قلبی و انسداد وریدی جلوگیری شود.



Figure 19-25. Treatment algorithm for Pancoast's tumors. CT = computed tomography; MRA = magnetic resonance angiography; MRI = magnetic resonance imaging; NSCLC = non-small cell lung cancer; PET = positron emission tomography.

۱۳. بیمارانی با شرایط زیر در آی سی یو بستری هستند و لازم است عمل شوند. شرایط و امکانات لازم برای عمل این بیماران در ICU در حد قابل قبولی آماده است ولی کدام بیمار بهتر است به اتاق عمل منتقل شود؟ (ارتقا ۱۴۰۴)
- (الف) پریتونیت قبلی که شکم بیمار باز گذاشته شده و نیاز به شستشوی مجدد دارد.
- (ب) ترومای بلانت و آسیب کبدی شدید که روز قبل لاپاراتومی شده و با لنگاز (packing) خونریزی کنترل شده است.
- (ج) بعد از عمل جراحی ویپل در روز گذشته، بیمار دچار تکیکاردی، هیپوتانسیون و افت هموگلوبین است.
- (د) بیمار با نارسایی تنفسی، تحت ونتیلاسیون مکانیکی بوده و مشکوک به سپسیس داخل شکمی است.

پاسخ: ج

فصل ۲۳ سابستون صفحه ۵۵۰ ستون ۱ پاراگراف ۱

اندیکاسیون‌های انجام لاپاراتومی کنار تخت را می‌توان به دو گروه تقسیم کرد: اورژانسی و نیمه الکتیو. اندیکاسیون‌های اورژانسی:

۱. لاپاراتومی دکمپرسیو برای درمان سندرم کمپارتمان شکمی (ACS)
۲. کنترل و پک کردن خونریزی مکرر پس از لاپاراتومی قبلی به روش Damage Control
۳. شک به عفونت داخل شکمی در بیمارانی که آن‌قدر بدحال‌اند که انتقال آن‌ها به اتاق عمل ممکن نیست



اندیکاسیون‌های نیمه الکتیو:

۱. خارج کردن پک‌ها پس از لاپاروتومی Damage Control
 ۲. شستشو و دبریدمان شکم باز
 ۳. کنترل منبع عفونت در سپسیس ناشی از پاتولوژی داخل شکمی
 ۴. مدیریت نقص‌های تروماتیک دیواره شکم
- در مورد گزینه ۳ خونریزی پس از جراحی مطرح است که می‌تواند ناشی از لیک آناستوموز باشد و حتماً باید در اتاق عمل، لاپاروتومی تجسسی انجام شود.

۱۴. چرا تکنیک تراکتوستومی اتساعی از راه پوست (PDT) به تدریج جایگزین روش جراحی باز در کنار تخت بیمار شده است؟ (ارتقا ۱۴۰۴)

(الف) در مقایسه با روش جراحی باز، نرخ مرگ و میر ناچیز دارد.

(ب) انجام آن به تجهیزات در دسترس‌تری نسبت به اتاق عمل نیاز دارد.

(ج) با نرخ پایین‌تری از عفونت و خونریزی همراه بوده است.

(د) تنها روش قابل استفاده برای بیماران چاق و بسیار چاق است.

پاسخ: ج

فصل ۲۳ سابیستون صفحه ۵۵۰ ستون ۲ پاراگراف ۴

سهولت انجام تراکتوستومی در کنار تخت (bedside) در بیماران بدحال باعث شده است که این روش در بسیاری از مراکز به‌عنوان استاندارد پذیرفته شود. هر دو روش باز و تراکتوستومی دیلاتاسیونی از راه پوست (PDT) را می‌توان با ایمنی مناسب در بخش مراقبت‌های ویژه انجام داد. شواهد مبتنی بر مطالعات نشان می‌دهد هیچ‌یک از این دو روش بر دیگری از نظر کاهش عوارض یا مرگ‌ومیر برتری ندارد. از سال ۱۹۸۵ که «سیالیا و همکارانش» PDT انتخابی را توصیف کردند، تغییرات متعددی در تکنیک آن ایجاد شده است. در مقایسه با تراکتوستومی جراحی استاندارد در اتاق عمل، PDT با کاهش عفونت زخم و خونریزی بالینی قابل توجه همراه بوده است. همچنین PDT در بیماران بد حال ICU از نظر هزینه، cost-benefit است.

مرگ‌ومیر پری‌اپراتیو در مطالعات تصادفی برای PDT کمتر از ۰/۲ درصد گزارش شده است. بررسی گذشته‌نگر بیش از ۳۰۰۰ مورد متوالی نیز ایمنی این روش را تأیید کرد، به‌طوری که میزان عوارض عمده حین عمل تنها ۰/۱۵ درصد و مرگ‌ومیر کمتر از ۰/۱ درصد بود. همچنین نشان داده شد که PDT در بیماران چاق و فوق‌العاده چاق نیز ایمن است (اما تنها راه نیست). این داده‌ها در تصمیم‌گیری برای اندیکاسیون تراکتوستومی در بیماران بدحال مفیدند؛ بیمارانی که خطر از دست دادن راه هوایی یا شکست اکستوباسیون در آن‌ها بیش از ۱ در ۱۰۰۰ باشد، باید برای تراکتوستومی در نظر گرفته شوند.