

غدد درون ریز بالغین

۱- مطالعات گسترده ژنومی برای بررسی چه نوع بیماری‌های مناسب‌تر می‌باشند؟

میزان نفوذ کم ونادر بودن فراوانی اللی

میزان نفوذ بالا و متوسط بودن فراوانی اللی

میزان نفوذ کم وشایع بودن فراوانی اللی

میزان نفوذ متوسط ونادر بودن فراوانی اللی

۲- رسپتور کلاس دارویی فیبرات کدام است؟

PPAR_γ

PPAR_α

PPAR_β

PPAR_δ

۳- کدام هورمون پپتیدی در جریان خون به پروتئین متصل است؟

Insulin

Oxytocin

Calcitonin

IGF1

۴- بیمار آقای ۲۵ ساله به علت کاهش موهای بدن و صورت توسط متخصص داخلی به شما ارجاع شده است. بهترین تست بررسی وضعیت آندروژنی بیمار کدام است؟

تستوسترون آزاد ایمونواسی یک مرحله‌ای

تستوسترون توتال به طریق اسپکترومتری جرمی

تستوسترون توتال به روش دیالیز تعادلی

تستوسترون توتال رادیوایمونومتریک

۵- بیمار با آدنوم کروموفوب 15 میلی‌متر مراجعه نموده است در مورد اثر قطع ساقه در بیمار کدام صحیح است؟

کاهش پرولاکتین بازال

افزایش ترشح پرولاکتین در پاسخ به هیپوگلیسمی

عدم پاسخ پرولاکتین در تجویز TRH

عدم کاهش پرولاکتین به تجویز بروموکریپتین

۶- آقای 50 ساله ای به علت تومور Non functional هیپوفیز دو سال قبل تحت TSS و یک سال بعد به علت باقی مانده تومور تحت رادیوتراپی قرار می گیرد. در حال حاضر تحت درمان با 125 میکروگرم لووتیروکسین و 20 میلی گرم هیدروکورتیزون قرار دارد. همچنین 250 میلی گرم تستوسترون عضلانی هر سه هفته دریافت می نماید. علائم درمان های فوق بیمار از خستگی پذیری، اضافه وزن، عدم تمرکز و low mood شکایت دارد. در معاینات BMI=32 kg/m², WC=98 cm, BP=120/80 mm/Hg و می باشد. آزمایشات همراه به قرار زیر است:

FBS=96 mg/dl Cholesterol=260 mg/dl TG=350 mg/dl HDL=38 mg/dl

FT4=1.2 ng/dl IGF1=60 mIU/l Testosterone=4.8 ng/l

اقدام مناسب کدام است؟

تست تحریکی با گلوکاگون

شروع درمان با GH 0.2 mg SC روزانه

تست تحریکی با انسولین

افزایش دوز لووتیروکسین به 150 µg روزانه

۷- آقای 45 ساله ای با تشخیص آدنوم مولد GH به اندازه 14mm محدود به سلا و بدون تهاجم به سینوس کاورنوس تحت TSS قرار می گیرد. سه ماه بعد از جراحی بهبود مشخصی در کلیه علائم بالینی ظاهر شده و بیمار شکایت عمده ای ندارد. در MRI انجام شده تغییرات Postoperative گزارش شده است. آزمایشات همراه به قرار زیر است:

IGF1=350 mIU/l , GH=2.5 ng/ml

اقدام مناسب کدام است؟

Cabergolin 2mg/wk

Sandostatin LAR 20mg/monthly

Gamma knife radiotherapy

Bromocriptine 5mg/daily

۸- آقای 45 ساله ای به علت آدنوم مولد GH با سایز 2cm و با مختصری گسترش سوپراسلار تحت TSS قرار می گیرد.

پس از جراحی به علت استمرار علائم بالینی، IGF1=750 mIU/l , GH=3ng/ml تحت درمان با Sandostatin LAR 20mg/monthly قرار می گیرد. همچنین در MRI پس از عمل ضایعه ای در حد 4mm مطرح کننده Residual tumor گزارش شده است. سه ماه پس از شروع درمان IGF1=550 mIU/l بوده و بیمار همچنان از سردرد شکایت دارد. مناسب ترین اقدام کدام است؟

Sandostatin LAR 30mg/monthly

Gamma knife radiotherapy

Switch to Pegvisomant

Adding Cabergolin

۹- خانم 26 ساله ای با سابقه میکروپرولاکتینوما که از یک سال قبل تشخیص داده شده مراجعه کرده است. در ابتدای تشخیص Prolactin=90 ng/ml و در MRI ضایعه ای در حد 8mm در داخل سلا گزارش شده بود. بیمار تحت درمان با کابرگولین قرار می گیرد و به علت عدم پاسخ مناسب دوز دارو به تدریج افزایش یافته و در حال حاضر از چهار ماه قبل 5 mg در هفته کابرگولین دریافت می کند. در آخرین آزمایش Prolactin=90 ng/ml و سایز آدنوم 7mm گزارش شده است. پریودهای بیمار نیز برقرار نشده است. در حال حاضر بیمار قصد بارداری در آینده نزدیک دارد. مناسب ترین اقدام کدام است؟

Trans sphenoidal surgery

Gamma knife radiotherapy

Sandostatin LAR 20mg/monthly

Cabergolin 7mg/wk

۱۰- خانم 38 ساله‌ای با سابقه درمان با کابرگولین از سن 30 سالگی مراجعه کرده است. در ابتدای تشخیص Prolactin=80 ng/ml بوده و در MRI آدنوم 7 میلی‌متر داشته. با شروع درمان پریودها نرمال و گالاکتوره از بین رفته است. آخرین دوز کابرگولین معادل 0.25 میلی گرم در هفته می‌باشد و در آخرین MRI که یک ماه قبل انجام شده آدنوم در حد 3 میلی‌متر جلب توجه می‌نماید. سائز آدنوم نسبت به دو سال قبل تغییری نداشته است. آخرین آزمایشات به قرار زیر است:

Prolactin= 7 ng/ml TSH=2.0 mIU/l, FT4=1.4 ng/dl

اقدام مناسب کدام است؟

قطع کابرگولین و چک پرولاکتین 3 ماه دیگر
ادامه کابرگولین با دوز فعلی
کاهش کابرگولین به 0.25 میلی گرم هر دو هفته
قطع کابرگولین و درخواست MRI شش ماه دیگر

۱۱- آقای 40 ساله ای با علائم کاهش وزن، تپش قلب و تعریق که به تدریج از 6 ماه گذشته شروع شده مراجعه نموده است. از یک ماه قبل سردرد به علائم بیمار اضافه شده است. سابقه بیماری تیروئید در وی و وابستگی درجه اول منفی می‌باشد. داروی خاصی مصرف نمی‌نماید. در آزمایشات درخواستی:

TSH=5.5 mIU/l, FT4=2.4 ng/dl, T3=280 ng/dl

در MRI درخواست شده ضایعه ای در حد 18mm داخل سلا و با مختصری گسترش سوپراسلار و بدون تهاجم به سینوس کاورنوس گزارش می‌گردد. در بررسی‌های تکمیلی:

IGF1=220 mIU/l

Testosterone=3.1 ng/ml LH=2.0 mIU/l prolactin=45 ng/ml Cortisol=14 µg/dl

بیمار کاندید TSS می‌گردد، اما با توجه به اپیدمی کووید 19 در حال حاضر امکان جراحی وجود ندارد.

مناسب‌ترین اقدام کدام است؟

Methimazole 20mg/day
Sandostatin LAR 20mg/monthly
Cabergolin 1 mg/ week
Radioactive Iodine 8 mCi

۱۲- آقای 42 ساله ای 6 سال قبل با تشخیص آدنوم Non-functional هیپوفیز که با تابلوی سردرد، اختلال بینایی و هایپوگنادیسم شروع شده بود تحت TSS قرار می‌گیرد. در چند ماه پس از عمل اختلال بینایی و سردرد بهبود یافته و آزمون‌های عملکرد هیپوفیز نرمال گزارش می‌گردد. یک سال بعد با توجه به رشد مجدد تحت رادیوتراپی Conventional هیپوفیز قرار می‌گیرد. در حال حاضر احتمال وجود کدامیک از اختلالات زیر در وی کمتر می‌باشد؟

TSH=2.0 mIU/l, FT4=0.5 ng/dl
IGF1=40 mIU/l GH=0.1 ng/ml
Testosterone=2.0 ng/ml LH=1.0 mIU/l
Cortisol=2.0 µg/dl ACTH=20 pg/mL

۱۳- آقای 60 ساله ای با شرح حال کانسر Small cell ریه از دو هفته قبل دچار لتارژی پیشرونده شده و بدنبال Seizure که چند ساعت قبل رخ داده در حالت کما به اورژانس آورده شده است. در معاینه فیزیکی علائم لترالیزه عصبی ندارد. در سمع ریه کاهش صدا در نیمه تحتانی ریه راست جلب توجه می‌نماید.

BP= 110/80، PR=85، RR=18

یافته‌های آزمایشگاهی به قرار زیر است:

Na=110 meq/L

K=4.0 meq/L

BUN =20 mg/dL

Creatinine=1.0 mg/dL

Plasma osmolality =222 mOsm/Kg H2O

Urine osmolality =604 mOsmol/ Kg H2O

Urine Na=78 meq/L

مناسب‌ترین اقدام کدام است؟

1 لیتر نرمال سالین در عرض دو ساعت

100 سی‌سی سالین 3% در عرض ده دقیقه

تجویز بولوس IV Conivaptan 20mg

500 سی‌سی سالین 3% در عرض پانزده دقیقه

۱۴- خانم 19 ساله‌ای با شکایت پلی اوری و پلی دیپسی که به صورت ناگهانی از یک ماه قبل شروع شده مراجعه کرده است. علائم در طی یک ماه گذشته پیشرفت داشته و بیمار تمایل زیادی به نوشیدن آب سرد دارد. در معاینه فیزیکی نکته خاصی مشهود نیست. علائم حیاتی به قرار زیر است:

Weight=75 Kg BP=120/80 PR=75

یافته‌های آزمایشگاهی به قرار زیر است:

Na=145 meq/L CBC Normal ESR=15

K=4 meq/L ACE=30 micrograms/L

Ca=9.5 mg/dL

BUN =20 mg/dL

Creatinine.=1.1 mg/dL

Plasma osmolality =302 mOsm/Kg H2O

Urine osmolality =95 mOsmol/ Kg H2O

در MRI ضخامت Stalk هیپوفیز و فقدان Bright Spot جلب توجه می‌نماید.

کلیه اقدامات فوق توصیه می‌گردد، بجز:

تکرار MRI در سه تا شش ماه آینده

شروع دسموپرسین و ارزیابی پاسخ

انجام تست محرومیت از آب

سنجش سطح سرمی AFP ، hCG

۱۵- آقای 30 ساله‌ای به علت هیپوگنادوتروپیسم هایپوگنادیزم ناشی از ترومای به سر از دو سال قبل تحت درمان با Testosterone enanthate 250 mg هر سه هفته می‌باشد. از چند ماه قبل ازدواج کرده و تمایل به فرزندآوری دارد. پزشک معالج تستوسترون را قطع و برای بیمار hCG 1500 IU سه بار در هفته شروع می‌نماید. اندازه Testes معادل 12 cc می‌باشد. دو ماه بعد از درمان Testosterone=4.8 ng/ml, اسپرم در اسپرموگرام 1million/ml گزارش شده است. اقدام مناسب در این مرحله کدام است؟

ادامه hCG با دوز فعلی و تکرار اسپرموگرام دو ماه بعد

اضافه کردن 75 hMG IU سه بار در هفته

افزایش hCG به 2000 IU سه بار در هفته

قطع hCG و شروع Clomiphene

۱۶- آقای ۶۷ ساله تحت درمان Ipilimumab برای کانسر متاستاتیک پروستات می‌باشد. از سر درد و ضعف شدید و بی اشتها بی شاکی است. MRI بزرگی هیپوفیز را نشان می‌دهد و در پریمتری نقص میدان بینایی گزارش شده است:

آزمایشات بیمار

Free T4 0.4 ng/dL

TSH 0.01 mIU/L

Cortisol < 1 µg/dl

ACTH <5 Pg/ml

اولین اقدام درمانی کدام است؟

۶۰ میلی‌گرم پردنیزولون روزانه

۵ میلی‌گرم پردنیزولون و ۵۰ میکروگرم لووتیروکسین

تجویز آزاتیوپرین

جراحی هیپوفیز

۱۷- در بیماران گریوز درمان نشده در محتوی T4 و T3 تیروگلوبولین چه تغییراتی وجود دارد؟

T4 ثابت مانده ولی T3 دو برابر می‌شود.

T4 و T3 تا دو برابر افزایش می‌یابد.

T4 دو برابر شده ولی T3 ثابت می‌ماند.

T4 و T3 تا سه برابر افزایش می‌یابد.

۱۸- در جوان 29 ساله‌ای با سابقه مصرف Phenytoin با دوز روزانه 300 میلی‌گرم، نتایج تست‌های عملکرد تیروئید به شرح زیر گزارش شده است:

FT4 = 0.6 ng/mL

Total T3 = 59 ng/dl

Total T4 = 4.5 µg/dL

TSH = 2.2 mIU/L

محتمل‌ترین تشخیص کدام است؟

کاهش اتصال T4 و T3 به TBG

هیپوتیروئیدی مرکزی

کاهش تولید (TTR) transthyretin

کاهش تولید highly sialylated TBG

۱۹- در مرد 27 ساله ای با کم کاری تیروئید تازه تشخیص داده شده که در رادیوگرافی از سینه پهن شدگی مדיاستن فوقانی دارد و مشکوک به تیروئید داخل قفسه سینه می باشد، مناسب ترین روش تصویربرداری کدام است؟

chest MRI

HRCT

PET scan

 131 thyroid scan

۲۰- در سونوگرافی تیروئید کدام یک از خصوصیات زیر بیشتر در گره های خوش خیم دیده می شود؟

Spongiform

Hypoechoogenicity

Irregular margins

Microcalcification

۲۱- دریافت 250 میکروگرم ید در روز توسط سازمان جهانی بهداشت برای کدام گروه توصیه شده است؟

کودکان 6-12 سال

پسران بالای 12 سال

دختران بالای 12 سال

زنان شیرده

۲۲- مرد 61 ساله ای به علت شدت اوربیتوپاتی مراجعه می کند. 5 ماه قبل از مراجعه با تشخیص پرکاری تیروئید همراه با مختصر آبریزش و برآمدگی چشم با متیمازول درمان و سپس ید رادیواکتیو 10 میلی کوری تجویز شده بود، ولی برای پیگیری مراجعه نکرده است. از دو ماه پیش افزایش وزن و خستگی شروع و شکایات چشمی او بیشتر شده است. در معاینه خشکی پوست و Chemosis و پروپتوز در هر دو چشم وجود دارد و CAS مساوی 6 از 10 است. TSH=60 mU/L و $ft4=0.3$ ng/dl می باشد. علاوه بر درمان با ید رادیواکتیو، کدام یک از موارد زیر در پیشرفت اربیتوپاتی بیمار موثر بوده است؟

سن بیشتر از 45 سال

عدم استفاده از عینک تیره رنگ

مصرف متیمازول

کم کاری تیروئید

۲۳- خانم 45 ساله با سابقه 6 ساله کم کاری تیروئید که تحت درمان با لووتیروکسین می باشد، به علت اختلال آزمون های تیروئید به شما ارجاع داده شده است. در یک سال گذشته بیمار مکرراً TSH حدود 5 تا 32 mIU/L داشته و آخرین آزمایش های بیمار به قرار زیر است: TSH= 31 mIU/L, FT4= 1.2 ng/dl در چند ماه اخیر تحت درمان با 100 میکروگرم لووتیروکسین می باشد. بیمار از 6 ماه گذشته تحت درمان با 20 میلی گرم امپرازول ناشتا 30 دقیقه بعد از لووتیروکسین قرار گرفته است. در معاینات تیروئید با قوام سفت حدود 35 گرم لمس می گردد. BW= 60 kg, BP= 118/82, PR= 60 min اقدام مناسب تر کدام است؟

افزایش دوز لووتیروکسین به 150 میکروگرم

افزایش فاصله زمانی بین مصرف دو دارو

ارزیابی دقیق جهت اطمینان از مصرف دارو

دریافت لووتیروکسین در زمان شروع خواب

۲۴- خانم 71 ساله‌ای را به علت ضعف عمومی، خواب آلودگی، بی‌اشتهایی و کاهش 3 کیلوگرم به اورژانس می‌آورند. بیمار سابقه دیس‌لیپیدمی و فشارخون داشته و سیمواستاتین، آملیدوپین و آسپرین مصرف می‌کند. سه ماه پیش دچار CVA و انفارکتوس طرف راست شده ولی علائم به تدریج تخفیف یافته است، و BMI مساوی 19 kg/m² است. درجه حرارت 39، فشارخون 160/75 است. مخاط بیمار خشک است، گواتر کوچک منتشر 30 گرمی دارد. سوفل سیستولیک ملایمی به سمع میرسد. معاینه سلسله اعصاب، ضعف عمومی را نشان می‌دهد. قدرت عضلانی در طرف راست 5.5 و در طرف چپ 3.5 است. باینسکی طرف چپ وجود دارد. گردن بیمار شل است و Burch & Wartofsky Point Scale حدودا 48 امتیاز است. هموگلوبین 12/3 گرم در دسی‌لیتر، WBC مساوی 1350، پلاکت 154 هزار، کره‌آنتینین 0.95، TSH = 63 U/L، ALT = 6.2 mg/L، CRP و آزمایش ادرار طبیعی است. الکتروکاردیوگرافی تاکیکاردی سینوسی، عکس قفسه صدی طبیعی است و CT مغز انفارکت لاکونار سابکورتیکال راست را نشان می‌دهد. درخواست کدام یک از آزمایش‌های زیر مناسب‌تر است؟

کورتیزول سرم

T4 آزاد سرم

MRI مغز

انجام LP

۲۵- خانم 39 ساله‌ای به علت افزایش وزن مراجعه کرده است. مدت سه ماه تحت رژیم غذایی کم کالری و ورزش بوده ولی به علت طپش قلب هنگام فعالیت ورزش را متوقف کرده است. به علت ریزش مو از اسپیرونولاکتون و بیوتین و برای فشارخون والسارتان مصرف می‌کند. نمایه توده بدنی 31 کیلوگرم در مترمربع، ضربان قلب 88 در دقیقه و فشارخون 130/70 است. چاقی عمومی بدون یافته‌های اختلال غدد مترشحه داخلی دارد. در آزمایشات TSH کمتر از 0.05 میلی‌یونیت در لیتر است. اقدام بعدی شما چیست؟

اندازه‌گیری آنتی‌بادی گیرنده تیروتروپین (TRAb)

قطع اسپیرونولاکتون و اندازه‌گیری TSH یک هفته بعد

اندازه‌گیری جذب ید رادیواکتیو تیروئید

قطع بیوتین و اندازه‌گیری TSH دو روز بعد

۲۶- مرد 41 ساله‌ای با علائم شدید پرکاری تیروئید مراجعه کرده است. FT4 > 8.0 ng/dl و T3 سرم 750 نانوگرم در دسی‌لیتر و TSH کمتر از 0.01 میلی‌یونیت در لیتر است. بیمار با دوز 30-60 میلی‌گرم متی‌مازول در سال اول درمان می‌شود که همراه با کاهش و افزایش TSH در مواردی بوده است. بیمار دارای پروپتوز واضح است ولی علائم حاد چشمی ندارد. از نیمه سال دوم درمان به تدریج کنترل بیماری آسان می‌شود و 2 سال پس از شروع متی‌مازول FT4 = 1.5 ng/dl، T3 سرم 140 نانوگرم در دسی‌لیتر، TSH = 1.6 mU/L و TRAb = 4.8 IU/L می‌باشد. بیمار تمایل دارد که درمان را قطع کند. کدامیک از یافته‌های فوق می‌تواند عود بیماری را بیشتر پیشگویی کند؟

غلظت FT4 و T3 در ابتدای درمان

نیاز به دوزهای بالای متی‌مازول در سال اول

اربیتوپاتی مستمر و طولانی

سطح TRAb قبل از قطع متی‌مازول

۲۷- خانم 40 ساله با گره یک سانتی‌متری تیروئید مراجعه کرده است. تست‌های تیروئیدی طبیعی هستند. گره بیمار در سونوگرافی ایزواکوئیک بوده و حاشیه صاف دارد و فاقد مشخصات میکروکلسیفیکاسیون، توسعه خارج تیروئید و یا taller than wide است. اقدام بعدی چیست؟

اسکن تکنسیوم تیروئید

نمونه برداری سوزنی تیروئید

پیگیری با سونوگرافی

کلسی‌تونین سرم

۲۸- مرد 30 ساله با گره 4.5 سانتی متری در سمت چپ تیروئید مراجعه کرده است. در سونوگرافی گره هیپو اکویک و میکرو کلسیفکاسیون دارد. در نمونه بردای دو بار ضایعه فولیکولار با اهمیت نامشخص (FLUS) داشته است. مناسبترین اقدام کدام است؟

تیروئیدکتومی توتال

لوبکتومی

بیوپسی با تروکات

اسکن تیروئید

۲۹- خانم 40 ساله با سابقه هرتل سل کانسر تیروئید که جراحی توتال تیروئیدکتومی و ید رادیواکتیو 150 میلی کوری دارد و الان تحت درمان با 150 میکروگرم لووتیروکسین است، با تیروگلوبولین 15 نانوگرم در میلی لیتر مراجعه نموده است. همه بررسی های تصویربرداری جهت پیدا کردن منبع افزایش تیروگلوبولین، منفی بوده است. FDG PET بیمار در ناحیه خلفی گردن مثبت بوده است. بهترین اقدام بعدی کدام است؟

جراحی و برداشتن توده

سی تی سه ماه بعد

ablation با ید

نمونه برداری

۳۰- مرد 35 ساله با ندول بدون درد تیروئید 30 میلی متری که اخیرا ایجاد شده مراجعه کرده است. سابقه بیماری هاشیموتو را دارد و تحت درمان با لووتیروکسین روزانه 100 میکروگرم است. ندول تیروئید بیمار به نسوج اطراف چسبندگی دارد. در سونوگرافی، ندول هیپو اکو و سالیید گزارش شده است. در نمونه برداری سوزنی تشخیص لنفوم MALT داده می شود. بررسی های staging کاملا منفی هستند. کدام درمان زیر ارجح است؟

توتال تیروئیدکتومی

کموترپی

توتال تیروئیدکتومی و رادیوترپی

توتال تیروئیدکتومی و کموترپی

۳۱- زن 27 ساله به علت وجود یک گره هیپو اکویک با سیتولوژی FLUS تحت عمل لوبکتومی سمت راست قرار گرفته است. نتیجه پاتولوژی تومور پاپیلاری کارسینوما تیپ فولیکولار بدون تهاجم به کپسول با اندازه 10 میلی متر بوده است. در این مرحله مناسبترین اقدام کدام است؟

برداشتن لب چپ و سپس تجویز ید رادیواکتیو

برداشتن لب چپ

سونوگرافی گردن و بیگیری

تجویز لووتیروکسین و نگهداری TSH در حد 0.5-2 mu/L

۳۲- مرد 77 ساله ای با سابقه سکت قلبی به دلیل کاهش وزن و طپش قلب مراجعه نموده است. بیمار به علت آریتمی تحت درمان با آمیودارون می باشد. در معاینه اندازه تیروئید در حد طبیعی است. نتایج آزمایش های انجام شده به شرح ذیل است:

TSH= 0.01 mIU/L , FT4= 2.9 ng/dl (0.8-1.8) , RAIU (24 hrs): 5%

بهترین روش درمانی کدام است؟

پرکلرات و متیپرولول

متی مازول و پروپرانولول

دگزامتازون و لیتیوم

PTU و پردنیزولون

۳۳- خانم 39 ساله‌ای با تورم ناحیه جلوی گردن از 6 ماه پیش و احساس خفگی و تنگی نفس و حملات chocking در 2 ماه اخیر ارجاع داده شده است. در معاینه یوتیروئید بوده و تیروئید 2 برابر طبیعی، فیکس و stony hard می‌باشد. ندول واضحی بدست نمی‌خورد و حساسیتی وجود ندارد. در بررسی‌های آزمایشگاهی:

CBC = normal

ESR = 14 mm

Cr = 1 mg/dL

AntiTPO = 16 IU/L

FT4 = 1.42 ng/mL

TSH = 9 mIU/L

24 h. RAIU = 14%

CT از ناحیه گردن و مدیاستن انحراف قابل ملاحظه تراشه و تنگی لومن آن را نشان می‌دهد. مناسب‌ترین اقدام کدامیک از موارد زیر است؟

گلوکوکورتیکوئید 40 میلی‌گرم

تاموکسی فن 20 میلی‌گرم

تیروکسین 100 میکروگرم

تیروئیدکتومی

۳۴- خانم 28 ساله ای با بزرگی تیروئید مراجعه کرده و بررسی‌های زیر انجام شده است:

TSH = 3.9 mIU/L

AntiTPO = 10 IU/L

و اولتراسونوگرافی بزرگی تیروئید (حدود 48 گرم) همراه با ندولهای متعدد کمتر از 10 میلی‌متر و very low suspicions را نشان داده است. برای بیمار تیروکسین با دوز 100 میکروگرم روزانه شروع می‌شود. پس از 12 ماه اندازه تیروئید به 30 گرم کاهش می‌یابد و TSH = 0.3 mIU/L می‌باشد. توصیه شما در ادامه درمان این بیمار کدامیک از موارد زیر است؟

قطع تیروکسین و پیگیری بیمار

کاهش دوز تیروکسین به 50 میکروگرم

ادامه تیروکسین با همان دوز

ادامه تیروکسین و انجام BMD

۳۵- خانم 23 ساله‌ای با سابقه پرکاری تیروئید 3 ماه است تحت درمان با متیمازول قرار دارد و آزمایش‌های تیروئید با روزانه 5 میلی‌گرم متیمازول طبیعی است. به علت تاخیر در عادت ماهیانه تست بارداری انجام شده که مثبت است و سونوگرافی نشان می‌دهد چنین 11 هفته است. در معاینه گواتر 50 گرم لمس می‌شود. FT4=1.7 ng/dl و TSH=0.5 mU/L است. توصیه شما چیست؟

ادامه متیمازول و تست‌های تیروئید یک ماه بعد

تغییر متیمازول به پروپیل تیواوراسیل

قطع متیمازول و شروع پروپرانولول

ادامه متیمازول و تیروئیدکتومی در هفته 16

۳۶- خانم 21 ساله ای که با کم کاری مادرزادی تیروئید در زمینه آزنزی کامل تیروئید تحت درمان با LT4 به مقدار 150 میکروگرم در روز می باشد، قصد بارداری دارد. نتایج تست های تیروئید 1 ماه پیش وی به شرح زیر بوده است:

FT4 = 1.62 ng/mL

TSH = 1.3 mIU/L

توصیه مناسب تر کدامیک از موارد زیر است؟

- افزایش تیروکسین به 200 میکروگرم روزانه قبل از بارداری
- افزایش تیروکسین به 200 میکروگرم بلافاصله بعد از مثبت شدن تست حاملگی
- ادامه تیروکسین با همان دوز و مراجعه در ماه دوم بارداری
- اندازه گیری TSH و تنظیم دوز تیروکسین بعد از قطعی شدن بارداری

۳۷- کدام یک از استروئیدهای سنتتیک زیر اثر مهاری بیشتری روی محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال دارد؟

- فلودروکورتیزون
- متیل پردنیزولون
- تریامسینولون
- پردنیزون

۳۸- خانم 42 ساله ای با سابقه ای آمنوره و هیپرتانسیون از 2 سال قبل جهت بررسی به شما معرفی شده است. گاهی داروی پائین آورنده ی فشارخون مصرف میکرده است. در معاینه ریزش مو و چاقی ژنرالیزه دارد. BP=160/95

آزمایشات همراه او:

FBS=98 , Cr=0.9, Ca=9.5, K=3, WBC=10200

Prolactin=18 ,FSH=2 , LH=1.5 ,E2=30 , TSH=5 ,T4=10

Basal plasma cortisol=28µg/dl

µg/dl low dose Dexamethasone =20 Plasma Cortisol after

Plasma Cortisol after high dose Dexamethasone=11µg/dl

ACTH=25 pg/ml(9-52 pg/ml)

pituitary MRI: میکروآدنوم گزارش شده است.

در سیتی اسکن آدرنال هیپر پلازی دوطرفه با چند ندول برجسته مشاهده شده است.

کدام تشخیص بیشتر مطرح است؟

- Macronodular adrenal hyperplasia
- Cushing disease
- Primary pigmented adrenal nodules
- Multiple adrenal adenoma

۳۹- خانم 40 ساله با چاقی، استریا و ضعف عضلانی از 6 ماه قبل با تشخیص کوشینگ 5 روز قبل تحت جراحی ترانس اسفنوییدال قرار گرفته است. بعد از عمل عارضه خاصی نداشته است. در حال حاضر تحت درمان با هیدروکورتیزون خوراکی 10mg صبح 5mg عصر می باشد. بعد از 24 ساعت قطع هیدروکورتیزون آزمایشات زیر انجام شده است.

Cortisol: 6mcg/dl (5-25)

FT4: 1.1 (0.7-1.7)

Cr: 0.9

FBS:88 , Na:139 , K:4

کدامیک از اقدامات زیر را توصیه می کنید؟

قطع هیدروکورتیزون و بررسی مجدد
تبدیل هیدروکورتیزون به پردنیزولون و تکرار آزمایشات
افزایش دوز هیدروکورتیزون و پیگیری 3 ماه بعد
تست کوزینتروپین جهت بررسی رزرو آدرنال

۴۰- در خانم 32 ساله با سابقه 5 ساله نارسایی آدرنال که تحت درمان با دوز فزاینده هیدروکورتیزون و فلودروکورتیزون در طی بارداری بوده پس از استرس دوز کورتون (50 میلی گرم هر 6 ساعت هیدروکورتیزون) زایمان بدون مشکل انجام شده است. جهت ادامه درمان کدامیک صحیح می باشد؟

ادامه دوز استرس به مدت 24 ساعت بعد از زایمان
ادامه داروی خوراکی هیدروکورتیزون با دوز بارداری تا یک هفته
کاهش تدریجی هیدروکورتیزون به دوز قبل بارداری
کاهش سریع هیدروکورتیزون به دوز قبل بارداری

۴۱- خانم 60 ساله با توده آدرنال 3 سانتی متری و دانسیته 10- هانسفیلد و 60 درصد washout بعد از کنتراست در CT اسکن ارجاع شده است. سابقه کانسر سینه می دهد که 2 سال قبل تشخیص و درمان شده است و هم اکنون تحت درمان با لئورزول است. حال عمومی خوب است و شکایتی ندارد. در آزمایش ها:

Cortisol 8 am after 1 mg Dexamethasone: 1.5 microgram/dl

Serum metanephrine: 40 pg/ml (<57)

Serum normetanephrine: 120 pg/ml (<148)

Aldosterone: 10 ng/dl (4-21)

بهترین اقدام بعدی کدام است؟

بیوپسی آدرنال
آدرنالکتومی لاپاروسکوپیک
FDG-PET/CT
پیگیری بیمار

آزمون: غدد درون ریز و متابولیسم بالغین مدت آزمون: 140

۴۲- خانم 35 ساله ای از سه سال قبل به علت هیپرتانسیون با آملودیپین درمان می شود. BP=150/95 و سایر معاینات فیزیکی نرمال است. آزمایشات همراه بیمار: $K=3$ Na =140 Ca=9.9 FBS=100, Cr=1. توده ای در آدرنال راست با ابعاد 2.5×3 سانتی متر گزارش شده است. همه اقدامات زیر ضرورت دارد، بجز:

- اندازه گیری PAC و PRA در نمونه ی سرم صبحگاهی
- درمان هیپوکالمی قبل از انجام تست screening
- تجویز رژیم پر نمک و اندازه گیری آلدوسترون ادرار
- انجام تستهای تشخیصی بعد از قطع داروهای مصرفی

۴۳- آقای 62 ساله با فشار خون مقاوم و $EF=30\%$ و CHF ارجاع شده است. فشارخون وی 155/95 و تحت درمان با داروهای دیلتیازم و پرازوسین هستند در آزمایشات $k=3.7$ و $PRA = 0.9$, $Ald = 21$ و آلدوسترون پلاسما بعد انفوزیون سالین 12 ng/dl است. در سی تی اسکن میکروندولاریته دو طرفه آدرنال مشهود است. مناسبترین اقدام بعدی کدام است؟

- تکرار تست ها با قطع داروهای فشارخون
- شروع اسپرونولاکتون
- تست فلودروکورتیزون
- آماده سازی برای جراحی

۴۴- خانم 26 ساله با فشارخون بالای اخیر، تحت درمان با لوزارتان و آملودیپین می باشد. پدر او سابقه آدرنالکتومی دو طرفه در 40 سالگی دارد. در معاینه علایم بالینی کوشینگ و تظاهرات پوستی ندارد. در فوندوسکوپی آنژیوم رتین مشهود است. در سی تی اسکن شکم ندول دو طرفه آدرنال 4 و 1 سانتی متری با دانسیته 30 و 25 هانسفیلد دارد. در آزمایشها:

Aldosterone: 3 ng/dl

PRA: 8 ng/ml/h

Cortisol 8 am after 1 mg Dexa overnight: 1.2 microgram/dl

24h Urine: cr: 1.1 gram; epinephrine: 15 microgram; norepinephrine: 900 microgram; metanephrine: 70 microgram; normetanephrine: 4200 microgram

کدام تشخیص محتمل تر است؟

- نئوپلاسم متعدد آندوکراین
- وون هیپل لیندو
- ماکروندولار آدرنال هایپرپلازی
- پاراگانگلیوم وابسته به SDHC

آزمون: غدد درون ریز و متابولیسم بالغین مدت آزمون: 140

۴۵- آقای 50 ساله در سی تی اسکن جهت بررسی درد شکمی متوجه توده آدرنال چپ با سایز 3cm با هانسفیلد 35 شده اند. سابقه خانوادگی خاصی ندارد. در معاینه بجز BP: 150/90 موردی ندارد.

در بررسی بعمل آمده :

Ald: 14 ng/ml

PRC: 2/4 ng/ml/h

Img overnight DST Cortisol: 1/2 ng/dl

ادرار 24 ساعته:

متانفرین: 3100 (>400)

نورمتانفرین: 1000 (>900)

اپی نفرین: 500 (>35)

نوراپی نفرین: 200 (>170)

در این مرحله کدامیک از اقدامات زیر را توصیه می کنید؟

بررسی ژنتیک RET

بررسی ژنتیک VHL

بررسی ژنتیک SOH

نیازی به بررسی ژنتیک ندارد.

۴۶- خانم جوانی با آمنوره اولیه ارجاع شده است. سابقه فشار خون دارد. در معاینه قد 173 سانتی متر و وزن 70 کیلوگرم دارد. فشار خون 160/110 است. تاراک و پوبارک در مرحله دو است و کلیتورومگالی ندارد. در آزمایشها:

Na: 140 mEq/l

K: 3 mEq/l

Aldosterone: low

PRA: low

LH & FSH: high

Estradiol: low

کدام تشخیص بیشتر مطرح است؟

سندرم ترنر

سندرم عدم حساسیت به آندروژن

هیپرپلازی مادرزادی ناشی از کمبود 11 بتا هیدروکسیلاز

هیپرپلازی مادرزادی ناشی از کمبود 17 آلفا هیدروکسیلاز

۴۷- خانم 56 ساله بدون سابقه فشار خون و مشکل قبلی، با فشار خون شدید مراجعه کرده است. سابقه خانوادگی فشارخون بالا ندارد و دارویی مصرف نمی‌کند. در بررسی‌های دو سال قبل فشارخون و الکترولیت‌ها نرمال بوده است. در حال حاضر:

Na: 140 mEq/l

K: 2.2 mEq/l

Cr: 1 mg/dl

Aldosterone: 2 ng/dl

PRA: <0.6 ng/ml/h

و در بررسی استروئیدهای ادراری افزایش قابل توجه دزوکسی کورتیکواسترون، کورتیکواسترون و 11-دزوکسی کورتیزول دارد. سایر استروئیدها نرمال است. محتمل‌ترین تشخیص کدام است؟

کمبود آنزیم 11-بتا هیدروکسیلاز

کمبود آنزیم 17-آلفا هیدروکسیلاز

کارسینوم آدرنوکورتیکال

سندرم لیدل

۴۸- خانم 24 ساله ای با سابقه هشت ماهه آمنوره ثانوی مراجعه کرده است. قبل از آن سیکل‌های ماهانه منظم داشته است. در شرح حال سابقه افسردگی دارد. گرگرفتگی ندارد. در معاینه BMI=22 و صفات ثانویه جنسی نرمال است. در بررسی آزمایشگاهی

TSH=2.5, PRL= 15 ng/ml, LH= 2, FSH=1.5 می‌باشند. کدامیک از اقدامات زیرکمک کمتری در تشخیص بیماری می‌کند؟

استرادیول سرم

MRI هیپوفیز

Challenge مدروکسی پروژسترون

معاینه pelvic

۴۹- خانم 56 ساله ای به علت ریزش موی مردانه، هیرسوتیسم پیشرونده و تغییر تون صدا از 3 سال قبل بدنبال منوپوز مراجعه کرده است. سابقه ده ساله هیرسوتیسم دارد و مدتی کنتراستپتیو نیز دریافت کرده است. سیکل ماهانه تا قبل از منوپوز منظم بوده است. در معاینه هیرسوتیسم منتشر صورت سینه شکم و پشت، آکانتوزیس اکزیلا، و کلیتورومگالی وجود دارد. در سونوگرافی لگن بزرگی نسبی تخمدان‌ها نسبت به سن بدون توده واضح گزارش شده است.

BMI=32, Bp=140/90 mmHg, Testosterone=200 ng/dl, LH=18, FSH=35, DHEA-S=60 mcg/dl

محتمل‌ترین علت ویریلیزاسیون بیمار کدام است؟

تومور آندروژن ساز آدرنال

گرانولوزا سل تومور تخمدان

سرتولی-لیدیگ سل تومور تخمدان

هیپرتکوز تخمدان

۵۰- خانم 28 ساله ای به علت آمنوره مراجعه کرده است. منارک 15 سالگی شروع شده، از 22 تا 27 سالگی کنتراستپتو مصرف کرده و یک سال اخیر بدنبال قطع ocp سه بار پرپود داشته است. در آزمایش‌های به عمل آمده:

FSH=102, LH=52, Estradiol= 10 pg/ml, TSH and Prolactin :normal

در سونوگرافی رحم و تخمدان‌ها فولیکول‌های آنترال نارس دیده می‌شود. بیمار راجع به احتمال بارداری بعد از ازدواج با شما مشاوره می‌کند. راهنمایی شما چگونه است؟

شانس بارداری طبیعی با درمان جان‌شینی استروژن و پروژسترون وجود دارد

در صورت درمان با استروژن با دوز بالا امکان بارداری وجود دارد

IVF با تخمک خود بیمار شانس بارداری متوسط دارد

oocyte donation تنها امکان بارداری است

۵۱- خانم 32 ساله یی با سابقه 3 ساله ی فشار خون بالا جهت دریافت قرص ضد بارداری با شما مشورت می‌کند در معاینه فیزیکی نکته یی ندارد فشار خون در دو نوبت 145/92 میلی‌متر جیوه می‌باشد و تحت درمان با قرص لوزارتان 25 میلی‌گرم دو بار در روز قرار دارد بهترین درمان برای ایشان کدام است؟

قرص ضد بارداری با دوز کم (Low dose)

قرص ضد بارداری Progestin –only

Implante etonogestrel

Levonorgestrel حاوی IUD

۵۲- خانم 17 ساله به علت آمنوره اولیه مراجعه کرده است گالاکتوره، آکنه و هیپرستیسیم ندارد در معاینه BMI:21 موهای آگزیلاری و پوبیس کم است معاینه Breast تانر 5 است در معاینه لگن کاف واژن مسدود است سرویکس وجود ندارد در آزمایشات FSH:8 , LH:20 , Prolactin:16 کدام تست در تشخیص کمک کننده‌تر است؟

سی تی شکم

کاربوتایپ

بررسی ژن FGFR1

اندازه گیری استرادیول

۵۳- خانم 66 ساله با هیپرستیسیم مراجعه کرده است ایشان تا زمان منوپاز که 52 سالگی بوده است منس منظم داشته است. از حدود 6 سال قبل دچار هیپرستیسیم در ناحیه چانه و پشت و قفسه سینه شده است. افزایش لیپیدو دارد. دارویی مصرف نمی‌کند BP:130/80

در معاینه موهای زائد بین Breast و صورت و بالای شکم و بازوها و ران ونیز کلیترومگالی دارد

BMI:25، استریا ندارد.

Test: 160ng/dl

DHEAS: 44µg/dl

LH:25 mIU/ml

FSH: 10.7 mIU/ml

Estradiol: 15pg/ml

کدام تست در تشخیص بیماری اهمیت بیشتری دارد؟

سی تی اسکن شکم و لگن

سونوگرافی ترانس واژینال

تست مهار دگزامتازون

نمونه گیری وریدی تخمدان

۵۴- آقای 36 ساله با تشخیص هیپوگنادیسم اولیه تحت درمان با آمپول تستوسترون انانتیت 200 میلی گرم هر دو هفته می باشد. در حال حاضر بیمار از تغییرات خلق و خستگی چند روز قبل از تزریق بعدی شاکی می باشد در معاینه حجم بیضه ها 10 سی سی می باشد.

(یک هفته بعد از تزریق) Total Testosterone=800ng/dl

HCT:45%

اقدام بعدی کدام است؟

تستوسترون انانتیت به تستوسترون Cypinoate

تستوسترون انانتیت 400 میلی گرم هر 4 هفته

تستوسترون انانتیت 100 میلی گرم هفتگی

تستوسترون انانتیت 300 میلی گرم هر سه هفته

۵۵- آقای 65 ساله ی با سابقه ی 10 ساله دیابت به علت Erectile dysfunction مراجعه کرده است علیرغم دریافت 100 میلی گرم سیلدنافیل در 5 نوبت پاسخ مناسبی نداشته است لیبیدو نرمال است سابقه فشار خون و دیس لیپیدی دارد تحت درمان با انالاپریل، آتورواستاتین و متفورمین می باشد. معاینه قلب و ریه و شکم طبیعی است ویریلیزاسیون و حجم بیضه ها و معاینه نورولوژیک طبیعی است

BP:130/70 , HR:70 , BMI:30

Testosterone: 300 ng/dl

HbA1C:7.5

TSH: 6

Prolactin: 20 ng/ml

کدام درمان را برای بیمار پیشنهاد می کنید؟

تبدیل سیلدنافیل به تادالافیل

تجویز Intra-urethral Alprostadil

توصیه ی Penile implant

اضافه کردن Yohimbine به سیلدنافیل

۵۶- پسر 14 ساله ای با شکایت از کوتاهی قد نسبت به همسالان مراجعه کرده است. قد او زیر منحنی 3 % است. قد پدر 169cm و قد مادر 153cm است. در معاینه از نظر بلوغ در مرحله ی P1 و G1 تانر است. سن استخوانی 11 ساله و پیشبینی قد نهایی 168cm است. در آزمایشات :

FSH=0.3mg/ml

LH=0.6ng/ml

testosterone= 0.1ng/ml

سایر بررسی ها از نظر بیماری های سیستمیک و اندوکراین نرمال است. کدامیک از توصیه های در مان زیر برای این بیمار ارجح است؟

اکساندرولون

تستوسترون

هورمون رشد

GnRH agonist و هورمون رشد

۵۷- پسر 16 ساله ای جهت بررسی Hypospadias و Micropenis مراجعه کرده است. در معاینه بیضه‌ها در محل طبیعی لمس می‌شوند. و رشد موهای پوبیک طبیعی است. کاربوتیپ XY 46 را نشان می‌دهد. نتایج آزمایش‌های انجام شده به شرح زیر است:

Total cholesterol=185 mg/dl

FSH=62 mlu/ml (1-13)

LH=32 mlu/ml (0.4-5.7)

Testosterone=1.8 ng/dl (2.4-18)

Pelvic CT=NL

Serum Cortisol=15 micg/dl

محتمل‌ترین تشخیص کدام است؟

Smith-lemi-optiz syndrome

Leydig cell hypoplasia

Lipoid CAH

side-chain cleavage enzyme deficiency

۵۸- پسر 13 ساله ای جهت مشاوره کوتاهی قد مراجعه کرده است Midparental height =183 cm است. در معاینه بالینی قد او 132 سانتی متر است. و رشد موهای پوبیک در مرحله تانر دو می‌باشد. سن استخوانی 11 سال گزارش شده است. Predicted adult height بیمار پایین است.

نتایج آزمایش‌های انجام شده به شرح زیر است:

Testosterone=35 ng/dl (Pre pubertal<20)

IGF1=75 ng/ml (Ref range:75-420)

Peak-clonidine-GH=7 ng/ml

بهترین اقدام بعدی کدام است؟

Aromatase inhibitor

GH+GnRH

GH

GnRH

۵۹- دختر 17 ساله ای با شکایت از امنوره ی اولیه مراجعه کرده است. رشد پستان‌ها از 12 سالگی شروع شده و در حال حاضر از نظر بلوغ در مرحله ی P5 , B5 تانر می‌باشد. ژنیتالیا نرمال و زنانه است قد 160cm است. کاربوتایپ 46xx است

FSH=4ng/ml LH= 3ng/ml Estradiol = 180pg/ml

prolactin=10µg/L

بررسی از نظر سایر محورهای هیپوفیز نرمال است. کدامیک از تشخیص‌های زیر برای این بیمار محتمل‌تر است؟

Constitutional delay

CNS tumor

Anatomical defect

Kallman syndrome

۶۰- خانم 65 ساله ای با سابقه نارسایی احتقانی قلب از 5 سال قبل، جهت بررسی استئوپوروزیس ارجاع شده است. علائم بالینی بیمار شامل ضعف، خستگی زودرس و خلق افسرده است؛ ولی سابقه ای از شکستگی، سنگ کلیوی یا علائم وابسته به آنها را ندارد. در دانسیتومتری استخوان، کمترین T-Score در ناحیه فمور معادل (-2.2) و کمترین Z-Score در ناحیه دیستال ساعد معادل (-2.8) گزارش شده است. با توجه به آزمایشات بیمار، مناسبترین اقدام بعدی کدام است؟

Ca=11mg/dl (8.2-10.2) P=2.2 mg/dl (2.3-4.7)

i-PTH=78 Pg/ml (10-65) BUN=20 mg/dl Cr=0.8 mg/dl (0.7-1.3)

25(OH) Vit-D=38 ng/ml (25-80)

24h-Urinary Calcium=200 mg/day

TC ^{99m}- Sestamibi +SPECT

Neck Surgical Exploration

Oral Bisphosphonate Therapy

Selective Estrogen Receptor Modulation

۶۱- خانم 60 ساله ای با سابقه فشار خون بالا از سه سال قبل تحت درمان با لوزارتان و هیدروکلروتیازید، به علت هیپرکلسمی خفیف، بی اشتها و کاهش وزن واضح، ارجاع شده اند. بیمار سابقه ای از مصرف کلسیم و ویتامین-د را نمیدهند و علیرغم قطع مصرف هیدروکلروتیازید به مدت سه ماه، هیپرکلسمی وی پایدار مانده است. سابقه ای از شکستگی یا سنگ کلیوی هم وجود نداشته و سایر معاینات و علائم حیاتی بیمار طبیعی است. بر اساس اطلاعات پاراکلینیکی زیر، مناسبترین اقدام بعدی کدام است؟

WBC=10000/mm³ Hb=12.5 gr/dl MCV=85 fl Albumin=3.9 gr/dl(3.5-5)

Ca=11.2 mg/dl(8.2-10.2) P=3.8 mg/dl (2.3-4.7) i-PTH=20 Pg/ml (10-65)

BUN=14 mg/dl Cr=1 mg/dl (0.7-1.3) 25(OH) Vit-D=32 ng/ml (25-80)

1,25(OH)₂Vit-D=75 Pg/ml(16-65) TSH=1.1 mlu/L CXR= Normal

انجام تست توبرکولین

اندازه گیری PTHrP

الکتروفورز پروتئین سرم و ادرار

سی تی اسکن قفسه سینه، شکم، لگن

۶۲- خانم 30 ساله ای به علت پارستزی اندامها و کرامپ عضلانی به دنبال ابتلا به اسهال و استفراغ در هفته قبل مراجعه کرده اند. در شرح حال، سابقه ای از اختلالات فامیلی نمی دهند و علیرغم تجویز کلسیم وریدی و خوراکی به همراه ویتامین-د و کلسیتریول با دوز بالا، تست تروسو شوستک مثبت دارند. با توجه به آزمایشات بیمار، توصیه به انجام کدامیک از آزمایشات زیر مقدم تر است؟

Albumin =3.7 gr/dl Ca=6.9 mg/dl (8.2-10.2) P=3.2 mg/dl (2.3-4.7)

i-PTH=15 Pg/ml (10-65) Cr=1 mg/dl (0.7-1.3)

25(OH) Vit-D=33ng/ml (25-80)

کلسیم ادرار 24 ساعته

سطح منیزیم سرمی

سطح 1,25(OH)₂Vit-D

آنتی بادی ضد PTH

۶۳- مرد 36 ساله جهت بررسی ضایعه رادیولوژیک به صورت توده ground glass در تنه هومروس چپ مراجعه کرده است. سابقه دو ساله درد مبهم قسمت فوقانی بازوی چپ را دارد که به تدریج بدتر شده است. سابقه تروما و شکستگی ندارد. سردردهای پاریتال دوطرفه مکرر را دارد که به ایبوپروفن جواب خوبی نمی‌دهد. کاهش وزن 4 کیلوگرم بی دلیل را نیز دارد. در معاینه، ضایعه ماکولر هیپریپگمانته با حاشیه نامنظم را در قسمت فوقانی پشت و گردن دارد که از خط وسط عبور کرده است. تیروئید بیمار بزرگ و ندولر می‌باشد. آزمایشات بیمار شامل همه تست‌های کبدی و فسفات بیمار، طبیعی هستند به جز TSH معادل 0.03 میلی واحد بین المللی و FT4=2.5 نانوگرم در دسی لیتر و آلکالن فسفاتاز 310 واحد در لیتر (طبیعی 50 تا 120) است. کدام تشخیص زیر جهت بیمار مطرح می‌شود؟

بیماری پاژه استخوان

سندرم مک کیون آلبرایت

پرکاری تیروئید به علت بیماری گریوز

استئومالاسی ناشی از تومور

۶۴- پسر 17 ساله ای با خستگی مزمن، بی اشتها، درد در ستون فقرات توراکولومبر، لگن و قسمت فوقانی ران که منجر به اختلال در حرکت وی از 6 ماه قبل شده؛ مراجعه نموده است. در معاینه بالینی، اسکولیوز، تندرنس مهره‌های تحتانی توراسیک و فوقانی کمری، ضعف عضلات پروگزیمال، پروتز پارسیل نیم فک تحتانی چپ و نیم فک فوقانی راست وجود دارد. در رادیوگرافی از ستون فقرات و لگن، تقعر سطوح فوقانی و تحتانی مهره‌های درگیر و بزرگی دیسک‌های بین مهره ای همراه با خطوط لوسنس ظریف با حاشیه اسکروتیک در گردن فمور دیده می‌شود. با توجه به آزمایشات زیر، کدامیک از تشخیص‌های ذکر شده، بیشتر مطرح می‌شود؟

Ca=8.6 mg/dl (8.2-10.2) P=3 mg/dl (2.3-4.7) i-PTH=80 Pg/ml (10-65) ALP= 30 IU/L (50-120) BUN=14 mg/dl Cr=1.1 mg/dl (0.7-1.3)

25(OH) Vit-D=12 ng/ml (25-80) 1, 25(OH)₂Vit-D=45 Pg/ml(16-65)

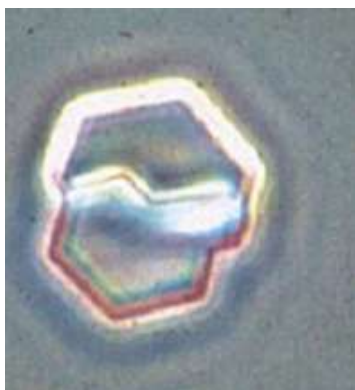
Osteogenesis Imperfecta

Vitamin-D Resistance Syndrome

Nutritional Vitamin-D Deficiency

Hereditary Hypophosphatasia

۶۵- آقای 23 ساله با سنگ‌های متعدد کلیه مراجعه نموده است. در رادیولوژی شکم، تصویر سنگ‌ها رادیوپاک است. سابقه سنگ‌های کلیوی مکرر از کودکی و سابقه سنگ‌های کلیه مکرر در پدر بیمار وجود دارد. تست سدیم نیتروپروساید ادرار بیمار مثبت است. در آزمایش ادرار بیمار کریستال زیر مشهود است:



همه توصیه‌های زیر در این بیمار صحیح است، بجز:

مصرف شیر و لبنیات باید کاهش یابد.

مصرف آب میوه باید کاهش یابد.

مصرف غذاهای پرپروتئین باید کم شود.

سیترات پتاسیم برای بیمار توصیه می‌شود.

۶۶- کدامیک از اظهارات زیر در مورد تفاوت ترشح انسولین در افراد چاق نسبت به نرمال درست است؟

- الگوی زمانی ترشح انسولین تغییر نمی کند.
- ترشح پایه انسولین کمتر از 40 درصد از ترشح روزانه است.
- دامنه پالس های ترشحاتی بعد از غذا کمتر است.
- نسبت به میزان ترشح پایه، پاسخ بعد از غذا کمتر است.

۶۷- یکی از فرزندان دوقلوی دیزینگوتیک خانواده ای در زمان بلوغ دچار دیابت نوع 1 شده است. در قل دیگر قند خون ناشتا و تست تحمل گلوکز نرمال بوده ولی آنتی بادی ضد GAD کمی بالاتر از محدوده نرمال گزارش شده است. والدین در مورد وی با شما مشورت می نمایند. کدام بررسی در پیگیری تشخیصی بروز دیابت مناسب تر است؟

- میزان سی پپتید ناشتا
- سطح آنتی GAD
- تست تحمل گلوکز وریدی
- انسولین و پروانسولین ناشتا

۶۸- دانشجوی پزشکی با دیابت نوع 1 تحت درمان با انسولین ان پی اچ و رگولار، در مورد تفاوت یک نوبت مصرف 20 گرم گلوکز خوراکی یا گلوکاگون تزریقی در برخورد با هیپوگلیسمی در منزل با شما مشورت می کند. عوارض مزمن دیابت نداشته و نمایه توده بدنی 23 کیلوگرم بر متر مربع دارد. با کدامیک به ترتیب میزان افزایش قند خون و مدت زمان بالا باقی ماندن آن بیشتر است؟

- گلوکاگون - گلوکاگون
- گلوکز خوراکی - گلوکز خوراکی
- گلوکاگون - گلوکز خوراکی
- گلوکز خوراکی - گلوکاگون

۶۹- خانم 37 ساله با دیابت نوع 2 تحت درمان با انسولین پایه قبل خواب، در هفته نهم اولین بارداری مراجعه نموده است. سابقه سقط ندارد و بررسی های قبل از بارداری نرمال بوده است. در آزمایش قند خون ناشتای 70 میلی گرم در دسی لیتر و هموگلوبین گلیکوزیله 6 درصد دارد. علائم هیپوگلیسمی را ذکر نمی کند و در ثبت قند خون با گلوکومتر قندهای ناشتا حدود 68 تا 75 و یک ساعت بعد از غذای 100 تا 120 داشته است. در مورد روند تغییر انسولین تا ویزیت بعدی نظر شما را جویا می شود. کدامیک از توصیه های زیر صحیح تر است؟

- کاهش تدریجی انسولین با همین روند اندازه گیری قند خون
- ادامه انسولین و با همین روند اندازه گیری قند خون
- کاهش تدریجی انسولین و اندازه گیری قندهای قبل بجای بعد از غذا
- ادامه انسولین و اندازه گیری قندهای قبل بجای بعد از غذا

۷۰- خانم 26 ساله با سابقه سندرم تخمدان پلی کیستیک که تحت درمان با روزی 1500 میلی گرم متفورمین بوده و با مثبت شدن تست بارداری مراجعه نموده است. اولین بارداری وی بوده و سابقه سقط یا نازایی نداشته است. سابقه دیابت در خود و خانواده درجه اول ندارد. در آزمایش همراه قند خون ناشتای 80 میلی گرم در دسی لیتر و هموگلوبین گلیکوزیله 5.5 درصد دارد. علاوه رعایت رژیم غذایی کدامیک از توصیه های زیر در مورد درمان دارویی کنترل قند خون در بارداری صحیح تر است؟

- ادامه متفورمین
- قطع متفورمین
- قطع متفورمین و شروع انسولین پایه
- ادامه متفورمین و شروع انسولین پایه

۷۱- به عنوان مشاور بخش اورژانس کرونا در مورد بیمار 45 ساله که با کتواسیدوز بستری شده با شما مشورت می‌شود. تحت درمان با داروهای خوراکی کاهنده قند خون بوده و بدلیل تب و درد عضلانی با شک ابتلا به COVID-19 سی تی اسکن ریه شده که نرمال است. بدلیل شلوغی اورژانس از دستورات دو ساعت گذشته فقط تزریق یک لیتر نرمال سالین و آنتی بیوتیک اجرا شده است. در معاینه فعلی فشار خون 100/70 میلی متر جیوه، مخاطات خشک بوده و الیگوریک است. اشباع اکسیژن شریانی در هوای محیط 95 درصد بوده و در آزمایش جدید

BS: 350 mg/dL, K: 4.6 meq/L, PH: 7.20, HCO₃: 10 meq/L

کدامیک از اقدامات زیر در این زمان مناسب‌تر است؟

- تجویز انسولین عضلانی + سرم سالین نرمال
- انفیوژن وریدی انسولین + سرم یک سوم دو سوم + پتاسیم در مایع وریدی
- تجویز انسولین زیر جلدی + سرم رینگر لاکتات
- انفیوژن وریدی انسولین + سرم سالین نیم نرمال + پتاسیم در مایع وریدی

۷۲- جوانی با دیابت نوع 1 بدنال عدم تزریق انسولین با تهوع و درد شکم بستری شده است.

BS: 400 mg/dL, Na: 135 meq/L, K: 4 meq/L, Cl: 100 meq/L

PH: 7.20, HCO₃: 6 meq/L, U/A: +1 ketone

با تشخیص کتواسیدوز دیابتی تحت درمان قرار می‌گیرد. آزمایش‌های چهار ساعت بعد

BS: 180 mg/dL, Na: 142 meq/L, K: 4.5 meq/L, Cl: 106 meq/L

PH: 7.32, HCO₃: 12 meq/L, U/A: +3 ketone

حال عمومی بیمار خوب است. درد شکم و تهوع ندارد. علائم حیاتی پایدار است.

در ادامه درمان کدام اقدام مناسب‌تر است؟

- انفوزیون انسولین با دوز کمتر و تغییر سرم به 5% دکستروز + نیم نرمال سالین
- شروع انسولین زیر جلدی و قطع انسولین وریدی در زمان وعده غذایی
- شروع انسولین زیر جلدی و قطع انفوزیون انسولین و سرم یک ساعت بعد
- ادامه انفوزیون انسولین با همان دوز و تغییر سرم به 5% دکستروز

۷۳- در مورد خانم جوانی که بدلیل تهوع شدید و استفراغ متناوب در هفته نهم بارداری در بخش اورژانس مراقبت‌های بارداری بستری شده با شما مشورت می‌شود. سابقه دیابت نوع 1 داشته و تحت درمان با انسولین آنالوگ بوده است. در هفته گذشته هر وعده غذایی را که بدلیل تهوع نمی‌خورده، انسولین آن وعده غذایی را هم تزریق نمی‌کرده است. تب ندارد و فشار خون 100/70 میلی‌متر جیوه است. با تجویز داروهای ضد تهوع کمی علائم بهتر شده و در آزمایش‌ها

BS: 152 mg/dL, Na: 142 meq/L, K: 4 meq/L, Cl: 102 meq/L

PH: 7.28, HCO₃: 12 meq/L, U/A: +3 ketone

در پاسخ مشاوره کدام اقدام مناسب‌تر است؟

- انفوزیون انسولین و سرم 5% دکستروز + نیم نرمال سالین + پتاسیم
- تجویز سرم نیم نرمال سالین و انسولین زیر جلدی با دوز قبلی خود بیمار
- تجویز سرم نرمال سالین و انسولین زیر جلدی برحسب قندخون قبل غذا
- انفوزیون انسولین، سرم رینگر و اندازه گیری کورتیزول سرم فردا 8 صبح

آزمون: غدد درون ریز و متابولیسم بالغین مدت آزمون: 140

۷۴- بیمار دیابتی که تحت درمان سه داروهای خوراکی کاهنده قند خون، آتورواستاتین و انالاپریدیل بوده جهت پیگیری مراجعه نموده است. در معاینه فشار خون 120/80 میلی‌متر جیوه است و در آزمایش

FBS: 130 mg/dl, HbA1c: 7.5%, Cr: 1 mg/dL, K: 4 meq/L

ALT: 30 IU/L, TG: 200 mg/dL, LDL-c: 75 mg/dL, U/A: nl

در بررسی اخیر چشم با توجه به کاهش حدت بینایی برای بیمار توموگرافی منسجم چشمی (OCT) انجام شده که ضخیم شدگی رتین در ناحیه مرکزی ماکولا گزارش شده است. در پیگیری درگیری چشم بیمار کدام اقدام مناسب‌تر می‌باشد؟

ارجاع بیمار برای تزریق داخل ویتروس مهار کننده VEGF

ارجاع بیمار برای تزریق داخل ویتروس استروئید

تشدید کنترل قند، چربی و فشار خون و انجام فلئورسین آنژیوگرافی

بررسی از نظر پروتئین اوری و انجام فلئورسین آنژیوگرافی

۷۵- آقای 45 ساله دیابتی تحت درمان با روزی 2 گرم متفورمین و 5 میلی گرم لیناگلیپتین برای پیگیری مراجعه کرده است. معاینه چشم و قلب مشکلی نداشته است. نمایه توده بدنی 25 کیلوگرم بر متر مربع و فشار خون 115/70 میلی‌متر جیوه دارد. آزمایش اخیر

FBS: 100 mg/dl, HbA1c: 7%, Cr: 0.9 mg/dL, K: 4.5 meq/L

Random spot urine: Cr: 2 g, Alb: 70 mg

در بررسی چهار ماه قبل دفع پروتئین ادرار 24 ساعته 40 میلی‌گرم بوده است. بیمار نگران درگیری کلیوی ناشی از دیابت است. کدامیک از اقدامات زیر را مناسب‌تر می‌دانید؟

تغییر متفورمین به امپاگلیفلوزین + تجویز انالاپریدیل و پیگیری

کاهش دوز متفورمین + شروع والسارتان و پیگیری

تجویز استاتین و بررسی مجدد پروتئین اوری در ویزیت بعد

ارجاع به نفرولوژیست

۷۶- بیمار میانسال دیابتی و تحت درمان با داروهای کاهنده قند خون خوراکی برای پیگیری مراجعه کرده است. از احساس سیری زودرس، درد و نفخ شکم و بیوست ناراضی است. در جدول اندازه گیری قند خون با گلوکومتر نوسانات قند خون مشهود است. در آزمایش

FBS: 130 mg/dl, HbA1c: 8.5%, Cr: 1 mg/dL, K: 4.2 meq/L

ALT: 40 IU/L, TG: 220 mg/dL, LDL-c: 85 mg/dL, U/A: nl

علاوه بر کنترل متابولیک بهتر، کدامیک از اقدامات زیر را مناسب‌تر می‌دانید؟

توصیه به مصرف غذای کم حجم با فیبر بیشتر

کاهش دفعات مصرف غذا و تجویز متوکلوپرامید

ارجاع بیمار برای انجام اندوسکوپی

بررسی تخلیه معده با سینتی گرافی

آزمون: غدد درون ریز و متابولیسم بالغین مدت آزمون: 140

۷۷- بیمار 50 ساله با آزمایش قند خون برای بررسی علت ناکچوری به شما ارجاع شده است. سابقه بیماری خاصی را نمی‌دهد. فشار خون 120/80 میلی متر جیوه و نمابه توده بدنی 27 کیلوگرم بر مترمربع و آکانتوزیس نیگریکانس در پشت گردن دارد. در آزمایش‌ها

FBS: 185 mg/dl, HbA1c: 9%, Cr: 0.8 mg/dL, ALT: 40 IU/L, U/A: +2 glucose

برای کنترل قند خون شروع با کدام درمان دارویی را مناسب‌تر می‌دانید؟

متفورمین + لیناگلیپتین

ریپاگلیناید + سیناگلیپتین

گلی کلایزید

پیوگلیتازون

۷۸- در مورد خانم 40 ساله دیابتی که بدلیل هیپوگلیسمی شدید از دو روز قبل در بخش اورژانس بستری است برای تنظیم داروهای کاهنده قند خون قبل از ترخیص با شما مشورت شده است. تحت درمان با متفورمین 2 گرم و گلی بن کلامید 10 میلی‌گرم در روز بوده است. مراجعات پزشکی نامنظم داشته و هر زمان غذای بیشتری مصرف می‌کرده تعداد قرص بیشتری هم مصرف می‌کرده و حملات افت قند گاهگاه نیز داشته است. فشار خون 135/85 میلی‌متر جیوه و نمابه توده بدنی 27 کیلوگرم بر مترمربع دارد. در آخرین آزمایش

BS: 220, HbA1c: 8.5%, Cr: 1.4 mg/dL (eGFR-CKD-EPI: 47 mL/min/1.73 m²),

K: 5 meq/L, ALT: 40 IU/L, Urine ACR: 60 mg/g

کدامیک از توصیه‌های زیر مناسب‌تر است؟

کاهش دوز متفورمین و تجویز ریپاگلیناید و سیناگلیپتین بجای گلی بن کلامید

تغییر داروها به گلی کلایزید و پیوگلیتازون

کاهش دوز متفورمین و تجویز امپاگلیفلوزین و لیناگلیپتین بجای گلی بن کلامید

تغییر گلی بن کلامید به گلی میپراید و آکاربوز

۷۹- بیمار مرد 30 ساله که در جریان آزمایشات استخدامی متوجه دیابت شده است. جهت درمان به شما مراجعه نموده است. آزمایشات بیمار به شرح زیر است :

FBS= 180 mg/dl HbA_{1c}=8.5 creatinin=1 mg/dl

آزمایش ادرار در دو نوبت متوالی آلبومینوری دارد. مناسب‌ترین اقدام درمانی برای بیمار فوق کدام است؟

Metformin 500mg TDS

Empagliflozin 10mg Daily

Empagliflozin/Meformin 5/500mg BD

Sitagliptin/ Metformin 5/500mg BD

آزمون: غدد درون ریز و متابولیسم بالغین مدت آزمون: 140

۸۰- خانم 50 ساله ای با سابقه دیابت نوع II از حدود 10 سال قبل، روی درمان با حداکثر دوز سه داروی خوراکی کاهنده قند خون، به علت قند خونهای بالاتر از سطح هدف درمانی، از حدود سه ماه قبل درمان با انسولین بازال گلازژین 100-U شروع شده و تیتراسیون دوز آن تا دوز 65 واحد روزانه صورت گرفته است. از عوارض دیابت بجز رتینوپاتی خفیف غیرپروفراتیو، عارضه دیگری وجود ندارد و $BW=60\text{Kg}$ بوده، علایم حیاتی بیمار پایدار و طبیعی هستند. بر اساس آزمایشات بیمار، کدامیک از مداخلات درمانی زیر ارجح است؟

FBS=145 mg/dl 2hpp-BS-10 AM=200 mg/dl

2hpp-BS-2PM=255 mg/dl BS-4 PM= 240 MG/DL

2hpp-BS-11PM=210 mg/dl HbA_{1c}= 8.3%

افزایش دوز گلازژین و تقسیم آن در صبح و شب

اضافه کردن آسپارت کوتاه اثر به وعده ظهر

اضافه کردن آسپارت کوتاه اثر به هر وعده غذا

تبدیل گلازژین 100-U به گلازژین 300-U

۸۱- پسر 13 ساله ای با وزن 60 کیلوگرم و قد 135 سانتی متر از شش ماه قبل، به علت قند خون بالا، تحت درمان با متفورمین 2000 میلیگرم روزانه و انسولین گلازژین 48 واحد روزانه قرار گرفته است. با توجه به آزمایشات اخیر بیمار اقدام مناسب بعدی کدام است؟

FBS=166 mg/dl 2hpp-BS= 230 mg/dl Hb-A_{1c}= 8.6%

Serum PH=7.40 HCO₃⁻=20 meq/l PCO₂= 40 mmHg

Urine Ketone=Negative Pancreatic Autoantibody=Negative

افزایش دوز متفورمین تا 3000 میلیگرم

افزایش تدریجی دوز انسولین گلازژین

افزودن لیراگلو تاید به درمان قبلی بیمار

شروع درمان با انسولین های سریع الاثر

۸۲- خانم 18 ساله با سابقه دیابت نوع 1 از 5 سال قبل تحت درمان انسولین گلازژین به میزان 6 واحد و انسولین آسپارت 3 واحد قبل از صبحانه و ناهار بوده است در معاینه $BMI=21\text{ kg/m}^2$ می باشد. مادر و مادر بزرگ بیمار سابقه دیابت داشته اند که با Metformin کنترل بوده در بررسی ژنتیک موتاسیون ژن گلوکوکیناز در مادر بیمار وجود دارد.

FBS=130 mg/dl

2 h PP BS=184mg/dl

HbA_{1c}=6.4%

برای درمان این بیمار کدامیک از موارد زیر را پیشنهاد می کنید؟

ادامه درمان با انسولین

قطع انسولین و شروع متفورمین

قطع انسولین و شروع سولفونیل اوره

قطع انسولین و follow-up بیمار

آزمون: غدد درون ریز و متابولیسم بالغین مدت آزمون: 140

۸۳- آقای 47 ساله ای با سابقه 5 ساله دیابت نوع II، جهت مشاوره از نظر اجازه انجام تمرینات قهرمانی وزنه برداری مراجعه کرده است. در معاینه بالینی رتینوپاتی خفیف غیرپرولیفراتیو و واکنش غیر طبیعی مردمک به نور دارد و از اختلال دید در رانندگی شبانه شاکی است؛ ولی سابقه ای از هیپوگلیسمی را ذکر نمی کند. با توجه به آزمایشات بیمار، کدامیک از توصیه های زیر ارجح است؟

FBS=110 mg/dl 2hpp-BS=145 mg/dl HbA_{1c}= 7%

BUN=12 mg/dl Cr=1.4 mg/dl 24h-Urine Albumin= 400 mg/day

محدودیتی از نظر انجام تمرینات مورد نظر ندارند.

انجام بررسی قلبی قبل از شروع تمرینات، ضروری است.

انجام تمرینات قهرمانی مورد نظر ممنوع است.

کنترل آلبومینوری قبل از انجام تمرینات، ضروری است.

۸۴- مرد 27 ساله با سابقه انفارکتوس میوکارد از سن 20 سالگی مراجعه کرده است. پدر بیمار در سن 40 سالگی به علت بیماری ایسکمیک قلبی در گذشته است. در معاینه گزانتوم در تاندون های اکستانسور اندام ها دیده می شود. پروفایل چربی پلاسما وی به قرار زیر است:

TG=150mg/dl, total cholesterol=350mg/dl, HDL=35mg/dl, LDL=285 mg/dl

کدامیک از گزینه های زیر را برای درمان وی انتخاب می نمایید؟

Atorvastatin 40mg/d

Simvastatin 40mg/d

Rosuvastatin 10mg/d

Pravastatin 80mg/d

۸۵- مرد 38 ساله بدون سابقه بیماری قلبی عروقی، آنمی، اختلال دید، نارسایی کلیه یا اختلالات عصبی با آزمایش های زیر مراجعه کرده است:

TG=150mg/dl, Total cholesterol=170mg/dl, HDL=8mg/dl, LDL=112mg/dl

داروی خاصی مصرف نمی کرده و سابقه بیماری قلبی عروقی را هم در خانواده نمی دهد.

احتمال کدامیک از اختلالات زیر در ایشان بیشتر است؟

موتاسیون در LCAT

آبتالیوپروتئینمی

موتاسیون در Apo-A1

کمبود CETP

۸۶- زن 40 ساله ای با سابقه دیابت و بیماری دریچه ای قلب در حال مصرف مت فورمین، ریاگلیناید، لوزارتان، هیدروکلروتیازید و وارفارین می باشد. آزمایش های وی به قرار زیر است:

Cholesterol= 250 mg/dl, LDL=126 mg/dl, TG=249 mg/dl, Cr=1 mg/dl, HbA_{1c}= 7.5%

مصرف کدامیک از استاتین های زیر را در ایشان کمتر پیشنهاد می نمایید؟

اتورواستاتین

رزوواستاتین

لوواستاتین

سیمواستاتین

آزمون: غدد درون ریز و متابولیسم بالغین مدت آزمون: 140

۸۷- آقای 54 ساله با سابقه هیپرلیپیدمی تحت درمان Simvastatin 40 mg/d به شما مراجعه کرده است وی حدود سه ماه قبل به علت انفارکتوس میوکارد در بیمارستان بستری بوده همچنین سابقه فشار خون بالا هم دارد که در حال حاضر تحت درمان Valsartan 80 mg BD می باشد در معاینه BP=120/80mm Hg در آزمایشات:

Cholesterol=180mg/dl

TG=150mg/dl

HDL=35mg/dl

LDL=75 mg/dl

FBS=110 mg/dl

برای کاهش ریسک MI مجدد در بیمار فوق کدام یک از موارد زیر مناسبتر است؟

نیاسین

فنوفیبرات

ازتیمایب

نیاز به اضافه کردن دارو نمی باشد

۸۸- آقای 25 ساله با سابقه دیابت از 3 سال قبل تحت درمان متفورمین و انسولین (NPH36U , Reg20U) صبح و (NPH40U Reg20U) شب جهت درمان چاقی به کمک Bariatric surgery به شما مراجعه کرده و از شما در رابطه با احتمال بهبودی دیابت بعد از جراحی سوال می کند. در معاینه BMI=42

FBS=240 mg/dl

HbA1c=9.5%

وجود کدامیک از موارد زیر در بیمار فوق شانس بهبودی دیابت را کاهش می دهد؟

سن ابتلا بیمار

عدم کنترل دیابت قبل از جراحی

مدت کوتاه زمان ابتلا به دیابت

اندکس توده بدنی بالای 40

۸۹- آقای 35 ساله با سابقه به علت چاقی و Infertility به شما مراجعه کرده است. سابقه دیابت نداشته در معاینه BMI=35% استریای ارغوانی در سطح پوست مشهود نیست. سونوگرافی کبد به نفع fatty liver, grade2 می باشد برای بهبودی کدامیک از عوارض زیر بیمار فوق نیازمند به کاهش وزن بیشتری است؟

FBS=115mg/dl HbA1c=6% Cholesterol=200mg/dl TG=350mg/dl

Testosterone=200 ng/dl HDL=30mg/dl

Impaired fasting Glucose

Steato hepatitis

Metabolic syndrome

Male hypogonadism

۹۰- خانم 56 ساله با سابقه فشار خون بالا و چاقی مراجعه کرده وی تحت درمان Valsartan 80mg می باشد. در معاینه $BMI=32 \text{ kg/m}^2$ علائمی به نفع سندرم کوشینگ ندارد در آزمایشات :

FBS=115 mg/dl

Cholesterol=250mg/dl

TG=320mg/dl

HDL=30 mg/dl

Cr=4 mg/dl

کدامیک از داروهای زیر برای کاهش وزن ایشان مناسبتر است؟

orlistat

lorcaserin

phentermine/ topiramate ER

naltrexone ER/bupropion ER

۹۱- در ارزیابی اعلام نشده جهت بررسی دوپینگ با هورمون رشد تزریقی در تیم وزنه برداری حاضر در اردوی تدارکاتی اندازه گیری کدامیک از موارد زیر را توصیه می کنید؟

Acid labile subunit (ALS)

IGF-1-IGFBP3

IGF1- ProcollagenIII P

GH-isoform

۹۲- آقای 36 ساله از یک سال قبل به دلیل فنوکروموسیتوم آدرنالکتومی شده و شش ماه قبل با تشخیص MTC تیروئیدکتومی توتال نیز انجام داده است. سابقه فامیلی نومورهای نورواندوکراین منفی است. نتیجه تست ژنتیک موتاسیون RET M918T در exon نوزده بوده است. نوزاد سه ماهه ای دارد که تست RET او نیز مثبت است. سونوگرافی گردن نوزاد طبیعی است. بهترین اقدام برای نوزاد کدام است؟

تیروئیدکتومی توتال قبل از یک سالگی

اندازه گیری Calcitonin و سپس تعیین زمان و نوع جراحی

تیروئیدکتومی توتال و Central Lymph node dissection قبل از یک سالگی

پیگیری نوزاد با سونوگرافی هر سه ماه یک بار تا یک سالگی

۹۳- بیمار مبتلا به تومور کارسینوئید روده، تحت عمل جراحی قرار گرفته است. به دنبال عمل دچار افت فشار خون، تاکی کاردی، فلاشینگ، هیپوترمی و اسهال شدید شده است. درمان انتخابی این بیمار کدام است؟

Interferon- α

Tyrosine kinase Receptors inhibitors

Somatostatin analogue

mTOR inhibitors

۹۴- پسر 15 ساله ای به علت اسپاسم کارپوپدال مراجعه کرده است. سابقه ی کاندیدیاز جلدی و مخاطی از نوزادی دارد. از 5 سالگی نارسایی ادرنال داشته است. سطح کلسیم و PTH سرم پایین است. در مورد بیماری ایشان کدام گزینه صحیح است؟

وراثت ان پلی ژنیک است

با HLA DR3 ارتباط دارد

با موتاسیون ژن AIRE همراه است

در زنان بیشتر دیده می شود

۹۵- بیمار مبتلا به بد خیمی که تحت درمان دارویی و کمورادیو تراپی قرار گرفته است با آزمایش زیر مراجعه کرده است

T4=4µg/dl TSH=1miu/ml T3RU=40

کدام یک از درمان های زیر ممکن است باعث ایجاد این نما در آزمایشات عملکرد تیروئید بیمار شده باشد؟

مصرف 5-Fluorouracil

مصرف Asparaginase

مصرف تاموکسیفن

رادیو تراپی

۹۶- کدامیک از آزمون های زیر برای تجزیه و تحلیل بقا، مقادیر پایه و متغیرهای مخدوش کننده را هم در نظر می گیرد؟

Kalplan- Meier

Log-rank

Cox proportional hazard model

Wilcoxon

۹۷- در یک پژوهش بالینی که با هدف تعیین ارتباط هیپوتیروئیدی اتوایمیون با نارسایی زودرس تخمدانی انجام شده، از 100 زن مبتلا به نارسایی زودرس تخمدانی، 18 نفر سابقه هیپوتیروئیدی اتوایمیون داشته اند. از 100 زن با عادت ماهانه طبیعی، سه نفر سابقه هیپوتیروئیدی اتوایمیون داشته اند. در ضمن دو گروه مورد و شاهد هم سان سازی شده بودند. در این مطالعه، شدت رابطه بین هیپوتیروئیدی اتوایمیون با نارسایی زودرس تخمدان چقدر است؟

2.5

7.1

6.3

5.4

۹۸- در 100 زن باردار در سه ماهه اول بارداری و 100 زن غیرباردار همسان سازی شده آزمایش TSH انجام می شود. توزیع TSH نرمال نیست. برای مقایسه غلظت این هورمون در این دو گروه کدام آزمون مناسب است؟

Mann-Withney test

T-test

Sign test

Fisher's Exact test

۹۹- معیار چاقی شکمی، با اندازه گیری دور کمر، در مردان و زنان ایرانی، به ترتیب چند سانتی متر است؟

88 و 102

90 و 90

80 و 90

90 و 85

۱۰۰- طبق مطالعه IMOS، طرح جامع پیشگیری، تشخیص و درمان استئوپروز در کشور، که در سال های ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۳ انجام شده است، در سنین بالای ۶۰ سال حدوداً چند درصد از مردان دچار استئوپروز هستند؟

۲ درصد

۱۰ درصد

۲۰ درصد

۵۰ درصد

اخلاق پزشکی - فوق تخصصی

۱۰۱- بیماری با علائم شبیه سرماخوردگی، به علت نگرانی از ابتلای به کرونا، درخواست انجام سی تی اسکن از ریه را دارد. با توجه به معاینات و پالس اکسی متری، از نظر پزشک، انجام سی تی اسکن ضرورتی ندارد. بهترین کاری که این پزشک می تواند بکند آن است که:

دستور انجام سی تی اسکن را بدهد تا بیمار علیه او به اتهام قصور پزشکی شکایت نکند.

دستور انجام سی تی اسکن را بدهد اما به بیمار بگوید که بیمه پول آن اسکن را نخواهد پرداخت، چون از نظر پزشکی اندیکاسیون ندارد.

دستور انجام سی تی اسکن را ندهد، اما به بیمار پیشنهاد کند که او را به پزشک دیگری ارجاع نماید تا نظر او را هم بداند.

دستور انجام سی تی اسکن را ندهد و به بیمار بگوید که باید در جای دیگری به دنبال مراقبت سلامت بگردد.

۱۰۲- خانمی 85 ساله کاملاً هوشیار جهت بیوپسی معده به بیمارستان مراجعه کرده است. نتیجه پاتولوژی کانسر متاستاتیک معده را گزارش می کند. اعضای خانواده بیمار به پزشک اصرار می کنند که به دلیل اینکه بیمار از نظر روحی فردی شکننده است و با توجه به سن بالا نباید از بیماری خود مطلع شود تا بتواند باقیمانده عمر را با آرامش سپری کند. کدام اقدام را به پزشک توصیه می کنید؟

درخواست خانواده را بپذیرد و بیمار را در جریان بیماری قرار ندهد.

از خانواده بخواهد که درخواست خود را به صورت مکتوب با امضا ارائه دهند تا در پرونده بیمار ثبت شود.

اطلاعات را بدون واسطه به بیمار ارائه کند چون اوست که باید مطلع شده و در مورد درمان تصمیم بگیرد.

پزشک ابتدا باید نظر بیمار را در مورد اطلاع وی از بیماری و جزئیات آن جویا شود و در صورت عدم تمایل بیمار، اطلاعات را با خانواده وی در میان بگذارد.

سی و چهارمین دوره آزمون دانشنامه فوق تخصصی - (سال ۱۳۹۹)

رشته: غدد درون ریز و متابولیسم بالغین

جهت اگر این پاسخنامه متعلق به شما نیست، مسئول جلسه را آگاه سازید. پاسخ سئوالات باید با مداد مشکی نرم و پررنگ در بیضی مربوطه مطابق نمونه صحیح علامت گذاری شود. نحوه علامتگذاری: صحیح ● غلط ○

لطفاً در این مستطیل ها هیچگونه علامتی نزنید.

۱	۵۱	۱۰۱	۱۵۱	۲۰۱	۲۵۱
۲	۵۲	۱۰۲	۱۵۲	۲۰۲	۲۵۲
۳	۵۳	۱۰۳	۱۵۳	۲۰۳	۲۵۳
۴	۵۴	۱۰۴	۱۵۴	۲۰۴	۲۵۴
۵	۵۵	۱۰۵	۱۵۵	۲۰۵	۲۵۵
۶	۵۶	۱۰۶	۱۵۶	۲۰۶	۲۵۶
۷	۵۷	۱۰۷	۱۵۷	۲۰۷	۲۵۷
۸	۵۸	۱۰۸	۱۵۸	۲۰۸	۲۵۸
۹	۵۹	۱۰۹	۱۵۹	۲۰۹	۲۵۹
۱۰	۶۰	۱۱۰	۱۶۰	۲۱۰	۲۶۰
۱۱	۶۱	۱۱۱	۱۶۱	۲۱۱	۲۶۱
۱۲	۶۲	۱۱۲	۱۶۲	۲۱۲	۲۶۲
۱۳	۶۳	۱۱۳	۱۶۳	۲۱۳	۲۶۳
۱۴	۶۴	۱۱۴	۱۶۴	۲۱۴	۲۶۴
۱۵	۶۵	۱۱۵	۱۶۵	۲۱۵	۲۶۵
۱۶	۶۶	۱۱۶	۱۶۶	۲۱۶	۲۶۶
۱۷	۶۷	۱۱۷	۱۶۷	۲۱۷	۲۶۷
۱۸	۶۸	۱۱۸	۱۶۸	۲۱۸	۲۶۸
۱۹	۶۹	۱۱۹	۱۶۹	۲۱۹	۲۶۹
۲۰	۷۰	۱۲۰	۱۷۰	۲۲۰	۲۷۰
۲۱	۷۱	۱۲۱	۱۷۱	۲۲۱	۲۷۱
۲۲	۷۲	۱۲۲	۱۷۲	۲۲۲	۲۷۲
۲۳	۷۳	۱۲۳	۱۷۳	۲۲۳	۲۷۳
۲۴	۷۴	۱۲۴	۱۷۴	۲۲۴	۲۷۴
۲۵	۷۵	۱۲۵	۱۷۵	۲۲۵	۲۷۵
۲۶	۷۶	۱۲۶	۱۷۶	۲۲۶	۲۷۶
۲۷	۷۷	۱۲۷	۱۷۷	۲۲۷	۲۷۷
۲۸	۷۸	۱۲۸	۱۷۸	۲۲۸	۲۷۸
۲۹	۷۹	۱۲۹	۱۷۹	۲۲۹	۲۷۹
۳۰	۸۰	۱۳۰	۱۸۰	۲۳۰	۲۸۰
۳۱	۸۱	۱۳۱	۱۸۱	۲۳۱	۲۸۱
۳۲	۸۲	۱۳۲	۱۸۲	۲۳۲	۲۸۲
۳۳	۸۳	۱۳۳	۱۸۳	۲۳۳	۲۸۳
۳۴	۸۴	۱۳۴	۱۸۴	۲۳۴	۲۸۴
۳۵	۸۵	۱۳۵	۱۸۵	۲۳۵	۲۸۵
۳۶	۸۶	۱۳۶	۱۸۶	۲۳۶	۲۸۶
۳۷	۸۷	۱۳۷	۱۸۷	۲۳۷	۲۸۷
۳۸	۸۸	۱۳۸	۱۸۸	۲۳۸	۲۸۸
۳۹	۸۹	۱۳۹	۱۸۹	۲۳۹	۲۸۹
۴۰	۹۰	۱۴۰	۱۹۰	۲۴۰	۲۹۰
۴۱	۹۱	۱۴۱	۱۹۱	۲۴۱	۲۹۱
۴۲	۹۲	۱۴۲	۱۹۲	۲۴۲	۲۹۲
۴۳	۹۳	۱۴۳	۱۹۳	۲۴۳	۲۹۳
۴۴	۹۴	۱۴۴	۱۹۴	۲۴۴	۲۹۴
۴۵	۹۵	۱۴۵	۱۹۵	۲۴۵	۲۹۵
۴۶	۹۶	۱۴۶	۱۹۶	۲۴۶	۲۹۶
۴۷	۹۷	۱۴۷	۱۹۷	۲۴۷	۲۹۷
۴۸	۹۸	۱۴۸	۱۹۸	۲۴۸	۲۹۸
۴۹	۹۹	۱۴۹	۱۹۹	۲۴۹	۲۹۹
۵۰	۱۰۰	۱۵۰	۲۰۰	۲۵۰	۳۰۰