

درس گوارش و کبد بالغین _ فوق تخصصی

۱- مسئول یک تور گردشگری رصد ستارگان کویر برای دانشجویان اختر فیزیک به تلفن همراه شما زنگ می‌زند و می‌گوید در روز سوم سفر ۲۵ نفر از ۵۰ نفر شرکت کنندگان از یک ساعت قبل دچار اسهال مکرر غیرخونی و حالت تهوع شده‌اند. بیماران درجه حرارت دهانی ۳۷/۴ را ثبت کرده‌اند و می‌توانند مایعات در حجم کم را تحمل کنند. فاصله تا نزدیک‌ترین مرکز درمانی مجهز ۴ ساعت است. کدام اقدام درمانی برای همه اعضای گروه مناسب‌تر است؟

بیسموت

آزیترومایسین

سیپروفلوکساسین

پروبیوتیک

۲- آقای ۶۹ ساله با CHF-EF=20% و دیابت قندی که دو سال قبل به خاطر آنمی تحت کولونوسکپی قرار گرفته و یک پولیپ ۳/۵ سانتی‌متری در کولون نزولی داشته که با EMR برداشته می‌شود. هیستولوژی پولیپ High Grade with focal adeno carcinoma Dysplasia گزارش می‌شود. بیمار به خاطر مشکلات جسمی رغبت به کولونوسکپی در یک و نیم سال گذشته نداشته و راضی به جراحی هم نیست. الان به اصرار هماتولوژیست برای کولونوسکپی مراجعه کرده است. در کولونوسکپی در حاشیه همان محل پولیپکتومی قبلی که فیبروتیک بنظر می‌رسد یک پولیپ ۳ سانتی‌متری مشاهده می‌شود. نمونه برداشته شده HGD گزارش می‌شود.

چه اقدامی در این مقطع ارجح است؟

Refer to Surgery

Endoscopic Mucosal Resection

Endoscopic Submucosal Dissection

Endoscopic Full Thickness Resection

۳- خانم ۲۶ ساله‌ای با رکتوراژی تحت کولونوسکوپی قرار گرفته و توده‌ای در رکتوسیگموئید با انسداد نسبی داشت. از توده نمونه برداری شد. سه پولیپ دیگر با اندازه‌های ۴ تا ۱۱ میلی‌متر در کولون صعودی و عرضی مشاهده گردید که با COLD SNARE برداشته شدند. در هیستولوژی، هر سه پولیپ ادنوماتوز همراه با low grade dysplasia و بیوپسی از توده، Adenocarcinoma گزارش گردید. در این مرحله کدام اقدام لازم است؟

ارجاع جهت کولکتومی توتال

بررسی از نظر موتاسیون DNA mismatch repair genes در خون محیطی

بررسی از نظر Microsatellite Instability در بافت تومور

بررسی از نظر موتاسیون ژن APC در خون محیطی

۴- کدامیک از عوامل خطر ساز زیر، سن شروع غربالگری سرطان کولون را تغییر می‌دهد؟

چاقی

سابقه رادیاسیون به شکم

مصرف مقادیر زیاد الکل

دیابت

۵- در خانم ۳۳ ساله‌ای با سابقه Breast Cancer از نوع Hereditary Breast And Ovarian Cancer بررسی ژنتیک انجام شده که وجود موتاسیون در ژن BRCA1 را تایید کرده است. سابقه کانسر کولون در خود یا خانواده ندارد. کولونوسکوپی غربالگری در وی از چه سنی باید شروع شود؟

از ۴۵ سالگی

از ۴۰ سالگی

از هم اکنون

از ۳۵ سالگی

۶- خانم ۳۴ ساله‌ای با سابقه تهوع و استفراغ پس از غذا و کاهش وزن از شش ماه پیش مراجعه کرده است. تصویر رادیولوژی بیمار را مشاهده می‌کنید:



در تشخیص افتراقی این بیمار کدامیک از موارد زیر بیشتر مطرح می‌باشد؟

Median Arcuate Ligament Syndrome

Congenital Midgut Malrotation Syndrome

Superior Mesenteric Artery Syndrome

Celiac Artery Compression Syndrome

۷- مرد ۶۷ ساله‌ای با عدم تحمل وعده معمول غذا و استفراغ مکرر طی سه ماه گذشته که منجر به ۱۰ کیلوگرم کاهش وزن شده است مراجعه می‌کند. بیمار اظهار می‌دارد فقط مایعات می‌خورد و به دلیل نگرانی از استفراغ دو هفته است غذای جامد نمی‌خورد. وی تحت اندوسکوپی قرار می‌گیرد و کانسر معده در خم بزرگ برای او پیدا می‌شود. در بررسی‌های اولیه قلبی - ریوی و در جستجوی متاستاز و بیماری‌های همراه، یافته‌ای پیدا نمی‌شود و بیمار کاندیدای گاسترکتومی می‌گردد. در معاینه اندام تحتانی ادم ۲ مثبت و پوست براق نازک دارد. بیمار اظهار می‌دارد به راحتی از صندلی بلند نمی‌شود و قدرت عضلات پروگزیمال اندام تحتانی ۴ از ۵ است. بررسی‌های نورولوژیک بالینی و پاراکلینیک سالم هستند. آزمایش‌های بیمار به شرح زیر هستند:

Hb = 10, Ferritin = 10, Alb = 2.9, Mg = 1.8, Ca = 8.7

تدبیر مناسب در این بیمار چیست؟

تغذیه خوراکی حمایتی برای دو هفته قبل و دو هفته بعد عمل

تغذیه وریدی برای یک هفته قبل و یک هفته بعد عمل

تجویز آلبومین یک گرم به ازای هر کیلوگرم و فورزماید صبح عمل

عمل جراحی در اسرع وقت و تغذیه حمایتی ترکیبی بعد عمل

۸- دختر ۲۳ ساله‌ای با سابقه ۷ ساله بیماری کولیت اولسروز خفیف و تحت درمان با مزالازین با افزایش مستمر آنزیم‌های کبدی جهت بررسی مراجعه کرده است. وی از شروع بیماری، کاهش وزن و دل دردهای متناوب نیز داشته است. تست تراکم سنجی استخوان استئوپروز شدید در ستون فقرات و فمور را نشان می‌دهد. MRCP با کلانژیت اسکروزان اولیه مطابقت دارد.

ALT=80, AST=75, ALP = 690 (n= 44-147 IU/L), GGT=245 (n<۳۰ IU/L), Bil= 1.4 (D=0.8), INR=1.1, Alb=3.5, Hb= 10.2, WBC= 10500

در حال حاضر همه بررسی‌های زیر لازم است بجز:

Serum IgG4 Level

Total IgA & Anti-tTG (IgA)

Percutaneous Liver biopsy

Serum CA19-9 Level

۹- برای کاهش ریسک پرفوراسیون در بیمار مبتلا به دیورتیکول منتشر کولون از کدام دارو می‌توان استفاده کرد؟

فیبرات‌ها

پروبیوتیک‌ها

ترکیبات بیسموت

استاتین‌ها

۱۰- در بیمار ۵۵ ساله‌ای که سابقه بیماری کرون با درگیری ایلئوم را دارد و روی Infliximab می‌باشد بعلت کانسر پروستات کاندید دریافت کمورادیوتراپی می‌باشد. کدامیک از موارد زیر شانس Radiation Induced Colopathy را در این بیمار افزایش می‌دهد؟

درمان بیولوژیک

وجود بیماری زمینه‌ای IBD

ترکیب کموتراپی با رادیوتراپی

انجام رادیوتراپی در وضعیت Prone

۱۱- خانم ۶۵ ساله‌ای با سابقه اسهال مزمن آبکی از ۱۰ سال پیش مراجعه نموده است. بیمار به دلیل رفلاکس مزمن از فاموتیدین و به دلیل اضطراب از سرتالین استفاده می‌کند. بجز این سابقه بیماری خاصی در وی و بستگانش وجود ندارد. در کلونوسکوپی کامل شامل ایلئوسکوپی نمای ظاهری طبیعی بود ولی برای بیمار نمونه برداری شد که تصویر نمونه برداری از کولون عرضی بیمار را مشاهده می‌کنید. علی‌رغم قطع داروهای بیمار، علائم بهبود نیافت و برای بیمار بودزوناید ۹ میلی‌گرم شروع شد.



در پیگیری این بیمار چه توصیه‌ای دارید؟

برای اطمینان از بهبودی التهاب لازم است یک سال بعد بیمار مجدداً کلونوسکوپی شود.

برای پایش فعالیت بیماری، اندازه‌گیری کمی کالپروتکتین مدفوع قابل اتکا نیست.

در صورت عدم پاسخ ظرف دو هفته به بودزوناید، آزوتایوپرین اضافه شود.

این بیمار هر سه سال یک بار باید برای احتمال وقوع ادنوما یا سرطان روده کلونوسکوپی شود.

۱۲- مرد ۶۵ ساله‌ای با درد شدید شکم و علائم حیاتی بی‌ثبات تحت عمل جراحی قرار می‌گیرد. در گزارش جراحی همی کولکتومی راست، ایلئوستومی و بستن انتهای باقیمانده کولون چپ در شکم ذکر شده است. گزارش آسیب شناسی سوراخ شدگی و زخم در میانه بخش خارج شده کولون و شواهد نکروز و ایسکمی نشان داده است. سلول‌های التهابی مزمن مشاهده نشد و آبسه کریپت و تغییرات ساختارهای غدد مخاطی مشهود نیست. بیمار یک ماه بعد از عمل با دردهای پراکنده شکمی و دفع ترشحات خونی از رکتوم مراجعه می‌کند. ایلئوسکوپي در ظاهر طبیعی است و بافت شناسی ایلئیت غیراختصاصی گزارش شده است. در کولونوسکپی زخم‌های پراکنده در کولون و خراشیدگی‌های متعدد در رکتوم گزارش می‌شود. نتیجه بافت شناسی ندولار هیپرپلازی همراه سلول‌های التهابی بدون لنفوپلاسماسیتوز است.

تدبیر مناسب بیمار چیست؟

ایلئوکولیک آناستوموز بعد از اصلاح وضعیت تغذیه‌ای

شروع اینفلیکسیماب بعد از اطمینان از فقدان توبرکلوزیس

انمای استروئید موقع خواب و شیاف مزالازین صبح و عصر

توتال کولکتومی و ایلئال آنال آناستوموزیس با پاچ

۱۳- آقای ۳۸ ساله با دفع خون از راه مقعد در دو نوبت در روز گذشته که کاسه توالت فرنگی را کاملاً خونی کرده بوده، مراجعه کرده است. بیمار سابقه بیماری خاصی را در خود و اقوام درجه اول بیان نمی‌کند. معاینه بالینی شامل توشه رکتال طبیعی است. نبض ۶۸ در دقیقه و فشارخون ۱۲۰/۸۰ بدون تغییرات اورتوستاتیک است. هموگلوبین بیمار صبح امروز ۱۶ گزارش شده است.

اقدام مناسب بعدی چیست؟

کولونوسکوپي در اولین نوبت در درمانگاه

بستری و اقدامات حمایتی و شروع آماده‌سازی برای کولونوسکوپي در بیمارستان

بستری و اقدامات حمایتی و اندوسکوپي فوقانی و سپس شروع آماده‌سازی برای کولونوسکوپي در بیمارستان

بستری و اقدامات حمایتی و سی تی آنژیوگرافی شکمی

۱۴- خانم ۲۵ ساله‌ای با وزن ۶۰ کیلوگرم مورد شناخته شده کولیت اولسروز با تشدید علائم به صورت اسهال خونی ۱۰ بار در روز، تب و ضعف و بی‌حالی با هموگلوبین ۸ در بخش بستری می‌شود. بررسی‌های انجام شده برای عفونت‌ها از جمله نمونه‌برداری رکتوسیگموئید و CMV -IHC منفی است. برای بیمار هیدروکورتیزون وریدی ۴۰۰ میلی‌گرم در روز شروع می‌شود. در پایان روز پنجم علائم بیمار بهبود نیافته و CRP بیمار ۹۸ میلی‌گرم در لیتر گزارش شده است. برای بیمار تزریق Infliximab 300 mg IV انجام می‌شود. پنج روز بعد یعنی در روز دهم شرایط و آزمایش‌های بیمار تغییری نمی‌کند. بیمار انتخاب جراحی را قبول نمی‌کند. در این مرحله کدامیک از درمان‌های زیر را برای بیمار توصیه می‌کنید؟

Methylprednisolone 500 mg IV

Infliximab 600 mg IV infusion

Cyclosporine 120 IV infusion daily

Tacrolimus 6 mg PO divided dose

۱۵- Heyde Syndrome به خونریزی گوارشی ناشی از آنژیودیسیپلازی روده‌ای همراه ضایعه دریچه‌ای قلب اطلاق می‌شود. کدام ضایعه دریچه‌ای در این سندرم دیده می‌شود؟

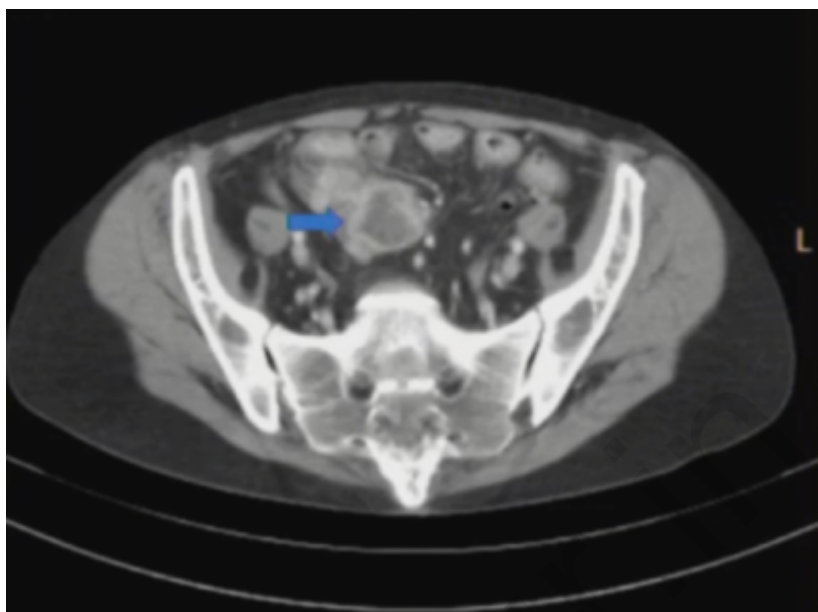
تنگی دریچه میترال

تنگی دریچه آئورت

نارسائی دریچه پولمونر

نارسائی دریچه تریکوسپید

۱۶- آقای ۲۹ ساله با بیماری کرون ایلئو کولیک همراه با درد شکم، تب، افزایش CRP، ESR و پروکلسیتونین بالا مراجعه کرده است. CT اسکن بیمار را مشاهده می‌کنید. اندازه ضایعه مشاهده شده در CT اسکن ۲/۳ سانتی‌متر است. برای بیمار آنتی‌بیوتیک مناسب شروع گردید.



اقدام بعدی شما چیست؟

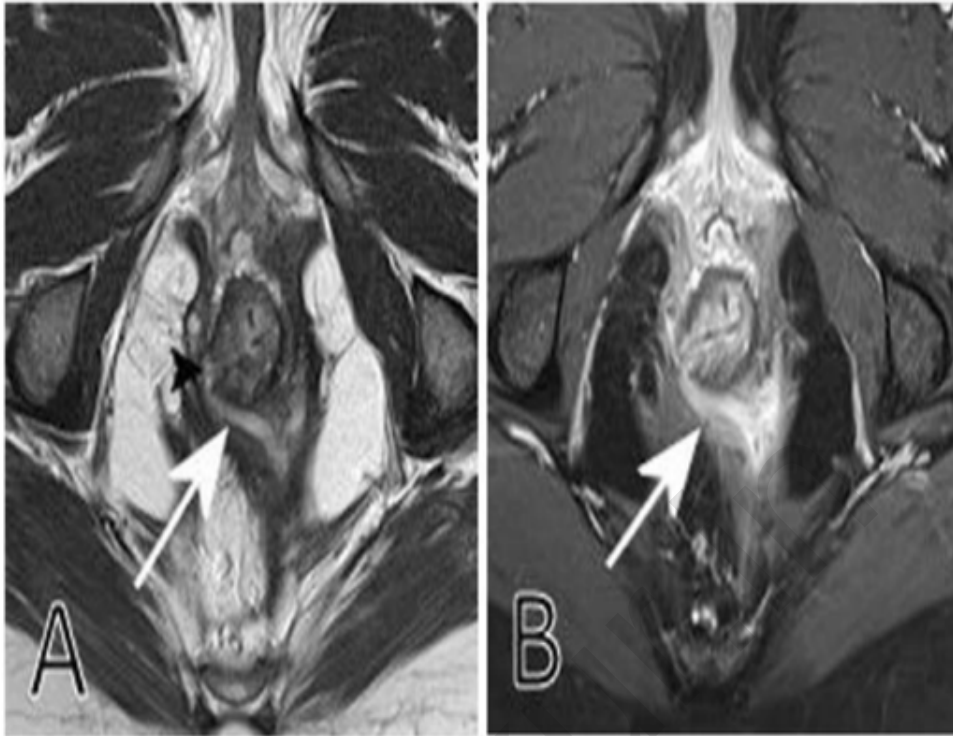
در حال حاضر اقدام دیگری لازم نیست

درناژ ضایعه از راه پوست

جراحی و تخلیه کامل ضایعه

Total Parental Nutrition

۱۷- بیمار ۲۹ ساله با تشخیص کرون و فیستول پری آنال تحت Pelvic MRI قرار گرفته که ملاحظه می فرمایید.



ضمن شروع آنتی بیوتیک مناسب چه اقدام درمانی دیگری را لازم می دانید؟

Refer To Surgen for Non-Cutting Seton

Refer To Surgen for Diversion Colostomy

Start Adalimumab

Refer To Surgen for Fistulotomy

۱۸- در یک پرستار بخش عفونی که به دلیل ابتلا به UC کاندید مصرف Tofacitinib می‌باشد تست IGRA انجام شده که جواب آن Indeterminate می‌باشد. عکس ریه طبیعی است. کدامیک از گزینه‌های زیر انتخاب بعدی شماست؟

شروع درمان با ایزونیاژید

آزمایش خلط جهت Acid Fast

انجام BCG

تکرار IGRA

۱۹- آقای ۳۲ ساله با سابقه‌ی سه ساله بیماری کرون روده باریک تحت درمان نگهدارنده با انفوزیون 5mg/kg Infliximab هر هشت هفته می‌باشد. اما طی ۱۲ هفته‌ی گذشته درد شکمی و اسهال بیمار تشدید شده است و دفعات اجابت مزاج بیمار از دو بار در روز به هشت بار در روز رسیده است. بیمار ضعف شدید و کاهش وزن در حدود 4kg دارد. CT Enterography تایید کننده بیماری فعال روده‌ی باریک می‌باشد. تست آنتی‌بادی بر علیه Infliximab منفی و سطح سرمی آن 7µg/ml می‌باشد. بررسی از نظر بیماری‌های عفونی منفی است. سطح فاکتورهای التهابی بالاست.

بهترین اقدام برای این بیمار کدام است؟

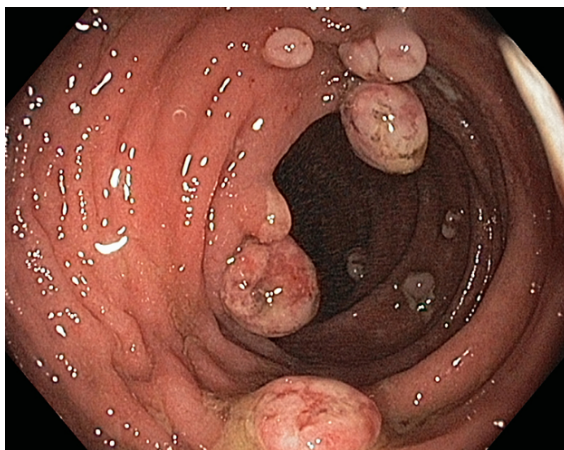
قطع Infliximab و شروع Adalimumab

افزایش دوز Infliximab به 10mg/kg هر هشت هفته

اضافه کردن Azathioprine به Infliximab

شروع درمان با Vedolizumab و قطع Infliximab

۲۰- آقای ۳۴ ساله‌ای که مورد شناخته شده کولیت اولسروز به صورت پان کولیت است، هشت سال پس از تشخیص، کولونوسکوپی شده که این ضایعات را در ناحیه سیگموئید ملاحظه شده است.



در مورد این ضایعات گزاره درست کدام است؟

- توصیه می‌شود کلیه ضایعات مشاهده شده از طریق کولونوسکوپی برداشته شوند.
- این ضایعات احتمال تبدیل به سرطان بالایی ندارند و نیاز به نمونه‌برداری از همه آنها نیست.
- برای بیمار نمونه برداری به صورت هدفمند با راهنمایی NBI و نمونه‌برداری تصادفی از کل کولون انجام شود.
- Sessile بودن این نوع پولیپ‌ها، احتمال تبدیل به بدخیمی را می‌افزاید.

۲۱- در کدامیک از بیماران مبتلا به کرون درمان ترکیبی Anti TNF + AZT کم خطرتر است؟

- آقای ۶۷ ساله با درگیری کولون و عدم پاسخ به استروئید
- آقای ۳۵ ساله مبتلا به کرون ایلئوسکال و عدم پاسخ به استروئید
- آقای ۲۷ ساله با Anti EBV منفی
- خانم ۴۷ ساله با سابقه ابتلا به کانسر سرویکس

۲۲- مرد ۳۴ ساله‌ای با تشخیص IBS-M از سه سال قبل و شکایت اصلی درد شکمی مقاوم به درمان‌های قبلی کلیدینیوم – مبورین – مترونیدازول – پسلیوم مراجعه می‌کند. بیمار اختلال خلقی و اضطرابی واضحی ندارد.

برای این بیمار شروع کدام دارو انتخاب مناسب‌تری است؟

نورتریپتیلین

اس سیتالوپرام

کلونازپام

سدیم والپروات

۲۳- مرد ۴۵ ساله‌ای از حدود سه سال قبل با علائم درد هیپوگاستر هفته‌ای سه بار که با دفع با قوام مدفوعی نمره ۶-۷ در مقیاس بریستول همراه بود. پس از بررسی تحت درمان قرار می‌گیرد و علائم او پس از تجویز یک دوره ریفاکسیمین سه هفته‌ای اولیه، در ادامه با درمان نگهدارنده کلیدینیوم-سی کنترل شده است. علائم فعلی او حدود یک پنجم شکایات اولیه است. در حال حاضر تنها شکایت اصلی او نیاز به اجابت مزاج سریع با قوام مدفوعی شل در صورت خوردن غذا در میهمانی یا جلسه یا رستوران‌ها است که تا یک روز ادامه می‌یابد.

داروی مناسب بیمار را انتخاب کنید:

اندانسترون یک ساعت قبل از شرایط محرک علائم

لوپرامید با شروع علائم محرک تا سه روز

مبورین یک ساعت قبل از شرایط محرک علائم

ریفاکسیمین با شروع علائم محرک تا سه روز

۲۴- آقای ۴۵ ساله‌ای بدون بیماری زمینه در خودش ولی با سابقه سرطان روده بزرگ در برادر ۴۰ ساله‌اش قرار است کولونوسکوپی شود. استفاده از مایعات شفاف را تا چه موقع قبل از کولونوسکوپی اجازه می‌دهید؟

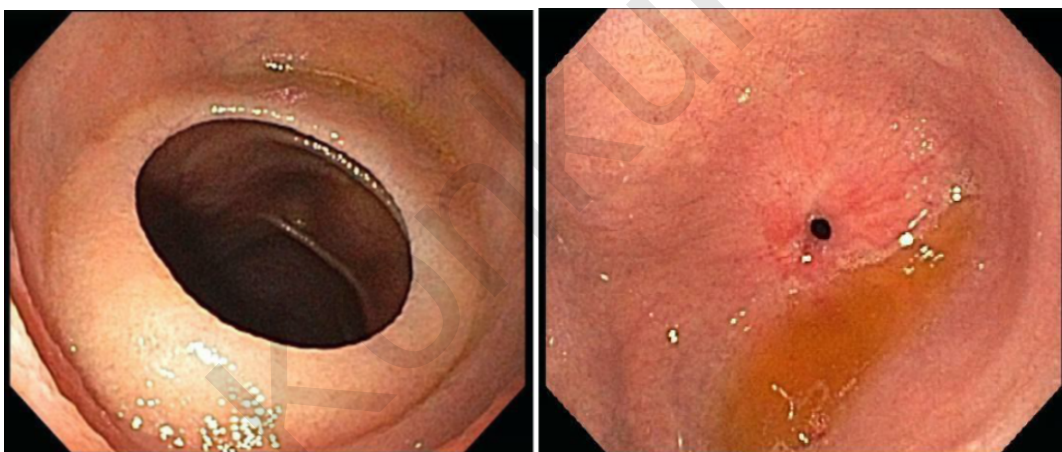
یک ساعت قبل

دو ساعت قبل

چهار ساعت قبل

شش ساعت قبل

۲۵- خانم ۵۰ ساله بدلیل آنمی فقر آهن از یکسال قبل به شما مراجعه می‌نماید. بیمار از دردهای گاه‌گاهی اطراف ناف شاکی می‌باشد. بیمار بدلیل درد مزمن کمر سابقه مراجعات متعدد به روماتولوژیست داشته است. آندوسکوپی فوقانی با بیوپسی دئودنوم و کولونوسکوپی توتال با مشاهده ایلئوم ترمینال و سی تی اسکن شکم نرمال گزارش می‌شود. جهت بیمار آنترواسکوپی انجام می‌شود. چند نمای مربوط به ژژنوم را مشاهده می‌کنید. بیوپسی نشان‌دهنده التهاب خفیف و فیبروز زیر مخاطی می‌باشد.



محتمل‌ترین تشخیص کدام است؟

Crohn's Disease

Tuberculosis

Eosinophilic Enteritis

NSAID Injury

۲۶- آقای ۳۴ ساله‌ای با سابقه خون دماغ‌های مکرر در گذشته و کم خونی فقر آهن با مثبت بودن آزمایش مدفوع برای خون نهفته، تحت بررسی قرار گرفته و این ضایعه در ناحیه سیکوم مشاهده شده است. تصویر در زمان اقدام اندوسکوپی برای درمان ضایعه با APC گرفته شده است.



چه اشکالی در این اقدام وجود دارد؟

برای بیمار علی‌رغم فقدان خونریزی فعال اقدام درمانی شده است.

کاتتر به صورت اریب نه عمود به سمت ضایعه برده شده است.

نشانگر انتهای کاتتر در زمان شروع به کواگولاسیون دیده نمی‌شود.

به دلیل خطر پارگی با APC درمان‌های دیگر ارجح هستند.

۲۷- خانم ۵۶ ساله به دلیل اسهال پس از یک دوره درمان آنتی‌بیوتیکی جهت برونشیت مراجعه می‌کند. توکسین A/B کلستریدیوم دیفیسیل و تست گلوتامات دهیدروژناز مثبت است. WBC=16000/ul بیمار تحت درمان با وانکومایسین خوراکی قرار می‌گیرد. طی ۲۴ ساعت بعد بیمار دچار تب ۳۸/۸ سانتی‌گراد، کاهش حرکات روده و دیستانسیون با کاهش صداهای روده‌ای شد.

برای بیمار چه توصیه‌ای دارید؟

انجام پیوند میکروبیوتا مدفوع (FMT)

انمای وانکومایسین و مترونیدازول وریدی

شروع فیداکسی مایسین

درمان با بزلوتوکسیمب

۲۸- خانم سی ساله‌ای که با تشخیص بیماری کرون تحت درمان با Adalimumab بوده است در ماه پنجم بارداری با درد و دیستانسیون شکمی مراجعه کرده است. در MRE تنگی فیبرواستنوتیک به طول 7cm در ileum با دیلاتاسیون لوپ‌های روده‌ای پروگزیمال به آن گزارش شده است. آزمایشات بیمار:

Stool calprotectin: 45 ESR: 18 CRP: 5 WBC: 9800 Hb: 11.5

اقدام بعدی شما چیست؟

اضافه کردن پردنیزولون به رژیم درمانی و جراحی در سه ماهه سوم بارداری

جایگزینی Adalimumab با Infliximab و جراحی در صورت عدم بهبود علایم

دیلاتاسیون محل تنگی با بالون از طریق انتروسکپی

انجام جراحی برای رفع تنگی و انسداد روده‌ای

۲۹- آقای ۴۵ ساله‌ای بدون هیچ بیماری قبلی با درد شکم، تهوع و استفراغ از شش ساعت قبل مراجعه کرده است. در معاینه بالینی علائم حیاتی پایدار ولی شکم متسع و صداهاى روده به خوبی شنیده نمی‌شوند. تصویر عکس شکم بیمار را می‌بینید.



اقدام مناسب بعدی چیست؟

مشاوره فوری جراحی

عکس برداری از شکم با تجویز گاستروگرافین خوراکی

هیپارین درمانی

نئوستیگمین وریدی

۳۰- در کارآزمایی بالینی درمان فیشر رکتال با مقایسه اثر پماد نیفدیپین با پماد نیتروگلیسیرین ۸۹ درصد از گروه اول و ۵۸ درصد گروه دوم در پایان فاز پیگیری اولیه بهبود پیدا کردند ($P < 0.04$). هفت درصد گروه اول و ۴۰ درصد گروه دوم عوارض گرگرفتگی و سردرد گزارش نمودند. کدام عبارت نتیجه این مطالعه را به درستی بیان می‌کند؟

Number Needed to Treat برای نیفدیپین به نیتروگلیسیرین حدود ۳ است.

Number Needed to Harm برای نیفدیپین به نیتروگلیسیرین حدود ۳ است.

Effect Size برای نیفدیپین به نیتروگلیسیرین حدود ۳ است.

Absolute Risk Reduction برای نیفدیپین به نیتروگلیسیرین حدود ۳ است.

۳۱- خانم ۲۶ ساله‌ای که یک ماه قبل زایمان داشته، بدلیل سنگ مجرای مشترک صفراوی و درد کولیکی تحت ERCP قرار گرفت. روز بعد از عمل از درد مختصر شکم شاکی بود. در معاینه اطراف ناف و ناحیه RUQ دردناک بود. آمیلاز یک و نیم برابر نرمال و لیپاز در حد نرمال بود ولی تست‌های عملکردی کبد نسبت به قبل از عمل کاهش داشتند. تب نداشت اما لکوسیتوز مختصر وجود داشت. آزمایش ادرار نرمال بود. رژیم مایعات و سپس جامدات شروع شد. در معاینه روز بعد تب مختصر همراه با تشدید و درد شکم تندرns واضح و ریband تندرns در ناحیه RLQ داشت. در آزمایش‌ها تشدید لکوسیتوز گزارش شد. در سونوگرافی تورم آپاندیس و سکوم دیده شد. در گرافی ایستاده و خوابیده شکم هوای آزاد نداشت.

با توجه به مراتب فوق کدام تشخیص برای وی محتمل‌تر است؟

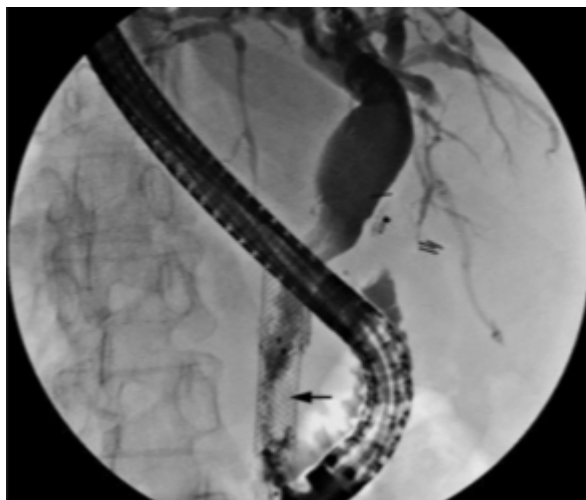
آپاندیسیت حاد

میکروپر فوراسیون

پانکراتیت حاد

آنتروکولیت یرسینیایی

۳۲- بیمار آقای ۵۵ ساله‌ای است که ۶ ماه گذشته به دلیل کلانژیوکارسینوم تحت استنت گذاری فلزی partially covered قرار گرفت. اخیرا به دلیل افزایش بیلی روبین تحت ERCP مجدد قرار گرفت که آن را در تصویر زیر ملاحظه می‌کنید.



بهترین پیشنهاد کدام است؟

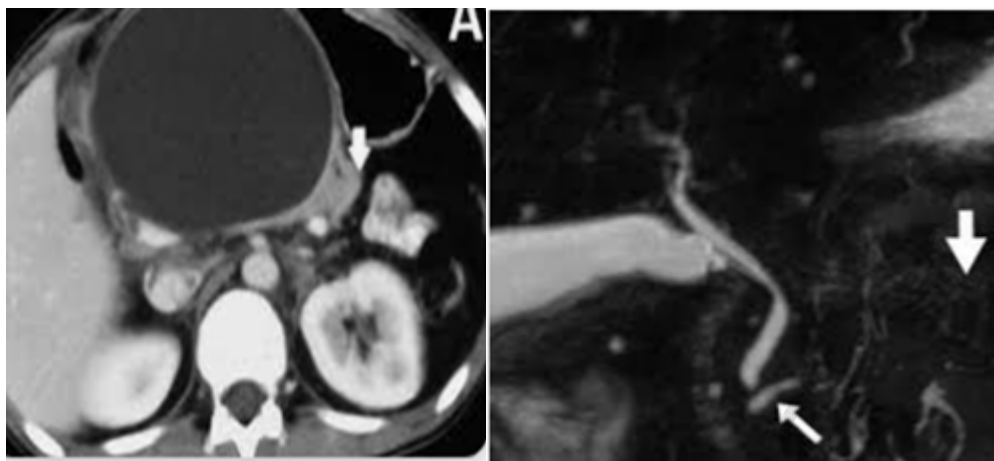
خارج کردن استنت اول و نصب استنت فلزی fully covered

خارج کردن استنت اول و نصب حداقل دو عدد استنت پلاستیکی

دیلاتاسیون قسمت تنگ شده استنت

نصب استنت دیگر درون استنت اولیه

۳۳- بیمار جوان ۱۷ ساله‌ای است که به دلیل ترومای پانکراس بعد از تصادف با موتورسیکلت دچار پانکراتیت شدید و سپس بستری شده است. بیمار با اقدامات درمانی نگهدارنده به مدت دو هفته و کاهش نسبی علائم ترخیص شد. به علت تداوم درد، مجدداً در هفته ۱۲ بستری شده و مورد بررسی دوباره قرار می‌گیرد. سی تی اسکن و MRCP بیمار را مشاهده می‌نمایید.



بهبودترین اقدام در حال حاضر برای این بیمار کدام است؟

انجام اسپیراسیون کامل نکروز پانکراس و بررسی برای عفونت

انجام سیستوگاستروستومی و تعبیه استنت پلاستیکی دابل پیگتیل و پیگیری بیمار

انجام سیستوگاستروستومی و نصب استنت LAMS و خارج کردن آن بعد از تخلیه کسیت

درناژ پرکوتانئوس از طریق اینترونشن رادیولوژی

۳۴- آقای ۶۰ ساله‌ای با شکایت از دردهای مبهم و خفیف شکم مراجعه کرده و در بررسی تشخیص پانکراتیت مزمن همراه با آتروفی و کلسیفیکاسیون پانکراس با مجرای پانکراس دیلاته به قطر یک سانتی‌متر در سی تی اسکن و MRCP داده شد. در اندوسونوگرافی انجام شده در Main PD دو عدد سنگ به اندازه دو و سه میلی‌متر یافت شد. بیمار اسهال، کاهش وزن، مدفوع چرب و دیابت ندارد.

در حال حاضر چه درمانی برای ایشان پیشنهاد می‌کنید؟

ERCP و تعبیه استنت در مجرای پانکراس

ERCP جهت خارج کردن سنگ‌های PD

جراحی لترال پانکراتوژوژنوستومی

پیگیری بیمار بدون اقدام خاص

۳۵- آقای ۴۵ ساله با شکایت از درد شدید ناحیه فوقانی شکم و تهوع و استفراغ از روز گذشته بستری شده است. در حال حاضر، در معاینه حال عمومی بیمار خوب است و فقط تندرns عمقی مختصر در ناحیه اپیگاستر دارد.

T=37.2, BP=120/80, PR=88, RR=18

در سونوگرافی کیسه صفرا و قطر CBD طبیعی بوده و پانکراس کمی بزرگتر از نرمال ولی به وضوح قابل رویت نمی‌باشد. در آزمایشات انجام شده:

WBC= 11000, Hb= 15, Plt= 285000, BS= 100, Cr= 1.1, BUN= 20 mg/dl Na=134 mEq/L, K=4.2 mEq/L, Ca=8.5 mg/dl, P=3.5 mg/dl, TG=1300 mg/dl, Total Chol=350 mg/dl AST=45 IU/L, ALT=50 IU/L, AlkP=250 IU/L, Amylase=750 U/L, Lipase=800 U/L pH=7.35, HCo3=23.5, PCo2=38, Room air O2 sat=96, Lactate=1.5 mmol/L

در حال حاضر مناسب ترین اقدام درمانی کدام است؟

اقدامات حمایتی کفایت می‌کند

انجام پلاسما فرزیس اورژانس

تجویز انسولین وریدی بعلاوه سرم گلوکز

تجویز انفوزیون وریدی هیپارین

۳۶- خانم ۲۵ ساله متاهل و فاقد فرزند که ۶ هفته پیش بعلت پانکراتیت حاد شدید نکروزان بستری و تحت درمان بوده است، جهت کنترل تحت CT اسکن شکم با کنتراست قرار گرفته که در آن آنوریسم شریان طحالی با قطر ۱/۵ سانتی‌متر گزارش می‌شود.

حال عمومی بیمار خوب است و هیچ‌گونه مشکلی ندارد. مناسب ترین اقدام کدام است؟

اقدام خاصی ضرورت ندارد

انجام CT اسکن سریال سالیانه جهت سرویلانس

انجام CT اسکن ۶ ماه بعد و در صورت عدم تغییر اندازه اقدام دیگری لازم نیست

ارجاع جهت رادیولوژی مداخله‌ای

۳۷- خانم ۶۵ ساله‌ای بواسطه وجود توده پانکراس کاندیدای انجام EUS+FNA می‌باشد. وی سابقه آنژیوپلاستی و تعبیه استنت در ۴ ماه قبل را دارد که در حال حاضر تحت درمان با Aspirin و Clopidogrel می‌باشد. پیشنهاد شما در مورد انجام FNA به وی چیست؟

قطع Aspirin و Clopidogrel

ادامه Aspirin و Clopidogrel

ادامه Aspirin و قطع Clopidogrel

ادامه Clopidogrel و قطع Aspirin

۳۸- آقای ۳۰ ساله‌ای است که بواسطه رکتورژی به شما مراجعه می‌کند. در معاینه متوجه وجود ماکول‌های پیگمانته در لب‌ها و حفره دهان می‌شوید. در کولونوسکوپی چند عدد پولیپ در قسمت‌های مختلف کولون رویت شده و در پاتولوژی پولیپ‌ها از نوع هامارتوم بوده‌اند. در آزمایشات بیمار به شرح زیر است:

FBS=132 Hb=11.3 HbA1C=6.5

با توجه به شرح حال، معاینه فیزیکی و یافته‌های کولونوسکوپی و آزمایشگاهی اولین اقدام شما در این بیمار کدام است؟

انجام MRI در سن ۴۰ سالگی

انجام اندوسونوگرافی در اولین فرصت

انجام سی تی اسکن با پروتکل پانکراس در سن ۵۰ سالگی

اندازه‌گیری CA19-9 در اولین فرصت

۳۹- آقای ۶۵ ساله‌ای با Borderline Resectable Pancreatic Cancer است که دو ماه و نیم پیش برای وی Stent پلاستیکی جهت کاهش زردی گذاشته شده و روی درمان Neoadjuvant chemotherapy جهت کاهش سایز تومور قرار گرفته است. در حال حاضر بدلیل تب، لرز و درد RUQ و افزایش آنزیم‌های کبدی به اورژانس مراجعه کرده است. در سونوگرافی بعمل آمده دیلاتاسیون خفیف مجاری داخل کبدی و کیسه صفرا متسع حاوی Sludge فراوان گزارش شده است.

پس از شروع آنتی‌بیوتیک کدام اقدام زیر برای او مناسب‌تر است؟

PTBD (درناژ پرکوتانه مجاری صفراوی)

کوله سیستکتومی

ERCP و گذاشتن استنت فلزی

درناژ پرکوتانه کیسه صفرا

۴۰- برای آقای ۴۸ ساله‌ای که به دنبال یک حمله دیورتیکولیت سی تی شکم انجام شده که در پانکراس ضایعه‌ای دیده شد. برای بررسی تکمیلی MRCP انجام شده که گزارش آن به شرح زیر است:

A 20 mm cystic lesion in head of pancreas with connection to PD. The main pancreatic duct is 11mm

مناسب‌ترین اقدام شما کدام است؟

EUS-FNA

مشاوره جراحی

ERCP

پیگیری سالیانه با MRCP

۴۱- بیمار خانم ۵۵ ساله‌ای است که جهت بررسی دردهای غیر اختصاصی شکم تحت سونوگرافی قرار گرفته است. در سونوگرافی متوجه وجود پولیپ در کیسه صفرا به قطر 6mm شده‌اید که همراه افزایش ضخامت جدار کیسه صفرا در محل پولیپ به میزان 5mm بوده است. توصیه شما به این بیمار چیست؟

سونوگرافی مجدد ۶ ماه بعد

MRCP

کله سیستکتومی

HIDA Scan

۴۲- خانم ۲۸ ساله ۳۴ هفته حامله به دلیل درد ناحیه RUQ و تب ۳۸/۵ درجه و ضربان قلب ۱۳۰ در دقیقه و فشار ۸۵/۶۰ مراجعه نموده است در گزارش سونوگرافی

Dilated CBD (17mm) with no obvious filling defect and dilated intrahepatic duct. Multiple small stones with in thin wall Gallbladder

گزارش شده است. آزمایشات بیمار هموگلوبین ۱۱ g/dl و WBC: 19000 با ۱۰٪ باندی و پلاکت ۱۶۲۰۰۰ و PT:12/5 ثانیه و بیلیروبین توتال ۳/۷ با دایرکت ۲/۵ و AST:68 و ALT:95 و آلکالین فسفاتاز ۵۹۰ (NL 45-105) و CRP:187 دارد. پس از شروع آنتی‌بیوتیک برای بیمار، پس از ۶ ساعت بهبودی قابل توجهی نداشته است. کدام اقدام زیر را مناسب‌تر می‌دانید؟

ختم حاملگی

ERCP در اولین فرصت

ادامه آنتی‌بیوتیک و درمان حمایتی

MRCP

۴۳- بیمار خانم ۴۵ ساله‌ای است که بواسطه احساس درد تکرار شونده ناحیه اپی گاستر و حالت تهوع پس از خوردن غذا تحت بررسی قرار گرفته است. در بررسی‌ها فقط سنگ کیسه صفرا به اندازه 13mm یافت شده است که همراه با ضخامت نرمال جدار کیسه صفرا و اندازه طبیعی مجاری صفراوی می‌باشد. بیمار سابقه زایمان اخیر را می‌دهد و از داروی خاصی استفاده نمی‌کند. بیمار با تشخیص احتمالی دیس پپسی فونکسیونل تحت اندوسکوپی و درمان قرار گرفته ولی بهبودی چشمگیری نداشته است.

اقدام بعدی شما کدام است؟

کله سیستکتومی

UDCA بمدت ۳ ماه و بررسی پاسخ به درمان

کوله سینتی‌گرافی جهت ارزیابی Ejection Fraction

انجام EUS

۴۴- آقای سی پنج ساله‌ای که به علت PSC دو ماه پیش پیوند کبد شده است، با زردی و خارش بدن مراجعه کرده است. آزمایش‌ها به شرح زیر هستند:

Alt=32, ALP=880, AST=44

داروهای بیمار شامل مایکوفنولیت ۲ گرم در روز، پردنیزولون ۱۰ میلی‌گرم، تاکرولیموس ۳ میلی‌گرم و UDCA ۹۰۰ میلی‌گرم در روز می‌باشد. تصویر MRCP تنگی‌های متعدد مجاری صفراوی داخل و خارج کبدی را نشان می‌دهد. کدامیک از اقدامات زیر را به عنوان اولویت اول توصیه می‌کنید؟

ERCP و براشینگ مجرای صفراوی

نمونه برداری از کبد

سونوگرافی داپلر عروق کبدی

اندوسونوگرافی مجاری صفراوی

۴۵- بیمار شصت ساله‌ای با علائم زردی و خارش مراجعه کرده است. MRI + MRCP، اتساع مجاری صفراوی و CBD 12 mm بدون ضایعه مشخص را نشان می‌دهد. آندوسکوپی ساید ویو، پاپی اندکی بزرگ‌تر از نرمال و بیوپسی پاپی مخاط نرمال را نشان می‌دهد. آندوسونوگرافی تنها اتساع CBD را نشان داده ولی به علت وجود دیورتیکول، تصویر آمپول کامل نبوده است.

کدامیک از موارد زیر را پیشنهاد می‌کنید؟

اسفکترتومی برای کم کردن فشار پاپی

نمونه برداری از داخل پاپی

MRI دینامیک

مانومتري اسفنکتر اودی

۴۶- مرد ۴۵ ساله‌ای با درد مبهم ناحیه RUQ مراجعه کرده. در سونوگرافی دیلاتاسیون مجاری صفراوی خارج و داخل کبدی همراه با افزایش آلکالین فسفاتاز و آنزیم‌های کبدی دارد. بیلی روبین طبیعی بود. بیمار آندوسکوپی Side view شد که ضایعه تومورال در پاپی با انتشار به جدار روده دیده شد. بیوپسی Well differentiated adenocarcinoma بود. در آندوسونوگرافی تومور محدود به Submucosal layer بود. در بررسی‌های تکمیلی درگیری غدد لنفاوی و متاستاز دوردست نداشت.

توصیه شما برای این بیمار چیست؟

رژکسیون آندوسکوپی بدون نیاز به شیمی درمانی یا رادیوتراپی

جراحی ویپل بدون نیاز به شیمی درمانی یا رادیوتراپی

جراحی ویپل و سپس شیمی درمانی یا رادیوتراپی

جراحی ویپل بعد از انجام شیمی درمانی یا رادیوتراپی

۴۷- بیمار خانم ۵۳ ساله چاق به خاطر افزایش یک و نیم تا دو برابری آنزیم‌های کبدی طی سه سال گذشته به شما ارجاع شده است. لووتیروکسین و متفورمین مصرف می‌کند. از خستگی و خارش شاکی بوده ولی تهوع و تغییر رنگ ادراری ندارد. در معاینه چند Spider Angioma در chest wall دارد. نتایج آخرین بررسی‌ها به شرح زیر است

AST=47 ALT=66 BIL=1.3 ALP=560 GGT=230 Alb=4 ASMA=NEG ANA=1/20 AMA=1/160

در سونوگرافی فقط شواهد کبد چرب دارد.

در مدیریت این بیماری چه اقدامی درست است؟

شروع Budesonide

شروع UDCA

شروع Obeticholic acid

انجام liver biopsy

۴۸- آقای هفتاد و چهار ساله با کاهش وزن، تعریق شبانه و درد مبهم اپی گاستر مراجعه کرده است. سونوگرافی توده شش سانتی‌متری را در سر لوزالمعده نشان می‌دهد. سی تی اسکن توده enhancing به همراه غدد لنفاوی متعدد در اطراف پانکراس و منطقه سلیاک را نشان داده است. آزمایش‌ها به شرح زیر هستند:

Hb=9.6, AST=70, Alt=50, Alk phosphatase=360 (Normal up to 306), T. Bil=1.1, D-Bil=0.5, Ca19-9=20

احتمال وجود کدامیک از موارد زیر در نمونه برداری بیمار بیشتر است؟

Adenocarcinoma

Neuroendocrine tumor

Solid pseudopapillary tumor

Large B cell lymphoma

۴۹- بیمار آقای ۶۰ ساله‌ای است که به دلیل درد شکم مورد بررسی قرار گرفته و تومور کیسه صفرا برای وی تشخیص داده شد. در سی تی اسکن متاستاز دور دست ندارد. برای بررسی بیشتر Staging Laparoscopy شد که لیگامان هپاتو دئودنال درگیر بود ولی سیدینگ صفاقی و آسیت نداشت و شریان‌ها و وریدهای بزرگ اطراف درگیر نبودند. از لحاظ قلبی و ریوی شرایط خوبی دارد.

بهترین اقدام کدام است؟

یک دوره درمان نئودجوانت و سپس ارزیابی مجدد جهت جراحی رادیکال

مشاوره جراحی جهت رادیکال کله سیستکتومی و سپس ادجونت تراپی

PET-CT و اگر درگیری بیشتر نداشت جراحی رادیکال

درمان حمایتی چون این بیمار قابل جراحی نیست

۵۰- خانم ۵۵ ساله با سابقه حملات مکرر تب و لرز و ایکتر مجدداً با همان علائم در بخش بستری و تحت درمان آنتی‌بیوتیکی مناسب قرار گرفته است. در بررسی‌های بعمل آمده کیست‌های متعدد با منشأ مجاری صفراوی محدود به لب چپ کبد گزارش شده است. سایر نقاط کبد و سیستم صفراوی نرمال هستند. بهترین اقدام برای این بیمار کدام است؟

پیوند کبد پس از کنترل عفونت

رزکسیون جراحی لوب چپ کبد

درمان نگهدارنده طولانی با آنتی‌بیوتیک

ERCP و تعبیه استنت در شاخه چپ مجرای صفراوی

۵۱- خانم ۲۸ ساله با دریچه فلزی آئورت، قرار است برای تنگی مری ناشی از زخم رفلاکسی تحت بالون دیلاتاسیون مری با هدایت آندوسکوپی قرار گیرد. برای جلوگیری از آندوکاردیت کدامیک از موارد زیر را توصیه می‌کنید؟

شروع آنتی‌بیوتیک خوراکی قبل از عمل تا ۴۸ ساعت بعد از عمل

شروع آنتی‌بیوتیک تزریقی بلافاصله قبل از عمل

شروع آنتی‌بیوتیک در صورت وجود دیابت

نیاز به انجام پروفیلاکسی آندوکاردیت نیست

۵۲- خانم ۳۷ ساله مورد شناخته شده کانسر پستان که تحت شیمی درمانی می باشد به واسطه دیسفاژی نسبت به مایعات و جامدات به شما مراجعه می کند. اظهار می دارد که تا ۵۰ روز قبل رادیوتراپی می شده است. در عکس از وفاگوگرام تنگی شدید به طول ۳ سانتی متر مشاهده می شود که موجب تنگی شدید شده بطوری که قطر مجرای داخلی مری حدود ۸ میلی متر شده است. دیلاتاسیون تنگی را با چه سایزی از بالون شروع می کنید؟

8mm

10mm

12mm

6mm

۵۳- آقای ۵۸ ساله با دیسفاژی شدید و عدم توانایی بلع مایعات که بطور ناگهانی در حین صرف غذا رخ داده مراجعه نموده است. اندوسکوپی food Impaction در دیستال مری نشان داده که امکان عبور به معده نداشت و با اندوسکوپی خارج شد. بیمار ۶ ماه قبل RF ablation جهت مری بارت با low grade dysplasia، انجام داده است. پس از خروج جسم خارجی تنگی مری مشاهده شد.



علاوه بر شروع PPI کدام اقدام صحیح است؟

آندوسکوپی و نمونه برداری پس از ۴ هفته

دیلاتاسیون مری در همان جلسه

سی تی اسکن قفسه صدری

اندوسونوگرافی جهت تشخیص ماهیت تنگی

۵۴- آقای ۲۸ ساله بخاطر بلع بسته‌های هروئین از زندان به بیمارستان اعزام شده و در آی سی یو بستری است. ۸ ساعت پس از شروع درمان با پلی اتیلن گلیکول ۵ بسته مواد دفع گردید و سپس ۴ نوبت دفع مدفوع آبکی بدون وجود جسم خارجی داشته است. بیمار کاملاً هوشیار بوده، علامت خاصی ندارد و شاخص‌های همودینامیک نرمال است. بهترین اقدام در این مرحله کدام است؟

سی تی اسکن شکم با کنتراست خوراکی

تحت نظر در بخش جنرال تا ۲۴ ساعت

انجام آندوسکوپی فوقانی و خارج کردن بسته‌ها با اور تیوپ

رادیوگرافی شکم با گاستروگرافین

۵۵- خانم ۴۵ ساله با توده بدنی ۳۵ و با سابقه ترش کردن طولانی برای بررسی بیشتر به شما ارجاع شده است. در آزمایش‌های همراه بیمار شمارش سلول‌های خونی و بیوشیمی خون طبیعی هستند بجز آنزیم‌های کبدی که دو و نیم برابر نرمال گزارش شده. در مرکز دیگری به دلیل سابقه بیماری NET در یکی از اقوامش، برای بیمار کروموگراین A درخواست شده که مقدار آن پنج برابر طبیعی است. بیشترین احتمال برای بالا بودن این آزمایش در این بیمار چیست؟

Neuroendocrine tumor

Chronic use of PPI

Atrophic gastritis

Chronic liver disease

۵۶- خانم ۳۰ ساله‌ای با سابقه طولانی دیس پپسی و مصرف امپرازول (که ادامه دارد)، آندوسکوپی شده که در آن بیش از ۲۰ عدد پولیپ ۵ تا ۸ میلی‌متری در body و ۷ پولیپ با همان اندازه در آنتروم معده گزارش شده است. شکل ظاهری پولیپ‌ها با fundic gland polyps مطابقت داشته و پاتولوژی نیز آن را تایید کرده است. سابقه فامیلی از سرطان‌های گوارشی ندارد. تست اوره آز سریع از نظر هلیکوباکتر منفی است. در ادامه کدام بررسی برای بیمار صحیح است؟

بررسی دوازدهه با دئودنوسکوپ

بررسی گاسترین سرم

انجام کولونوسکوپی

درخواست آنتی ژن مدفوع از نظر هلیکوباکتر

۵۷- کدامیک از بیماران جراحی شده زیر ریسک بیشتری برای ابتلا به سرطان معده دارند؟

Sleeve gastroplasty

Funduplication for refractory GERD

Vagotomy and pyloroplasty

Antrectomy and Gastrojejunostomy

۵۸- در بیمار با سرطان معده از نوع Diffuse در ناحیه کاردیا ارزش تشخیصی کدام روش جهت Staging کمتر از بقیه است؟

(FDG) PET/CT

Contrast enhanced CT scan

EUS

Laparoscopy

۵۹- مرد ۵۵ ساله بعلت بلع دردناک و درد قفسه سینه از یک هفته قبل تحت بررسی می باشد. بیمار یک ماه قبل تحت عمل پیوند کبد بعلت سیروز کبدی کریپتوزنیک قرار گرفته است. بیمار تب ندارد و معاینه دهان نرمال می باشد. در اندوسکوپی فوقانی اولسره های خطی سطحی و عمقی در قسمت میانی مری مشاهده می گردد. از همان قسمت بیوپسی شده است. اقدام مناسب تکمیلی در شرایط کنونی کدام است؟

رنگ آمیزی IHC از نظر CMV

PCR بافتی از نظر CMV

CMV- PCR در خون

اندازه گیری سطح آنتی ژن PP65 در خون

۶۰- مرد ۳۱ ساله ای بعلت خونریزی از زخم اثنی عشر بستری شده است. در زمان اندوسکوپی اول بیوپسی نشده. کاهش وزن، بی‌اشتهایی، استفراغ را ذکر نمی‌کند. سابقه خانوادگی سرطان معده و مری را ذکر نمی‌کند. معاینه بالینی نرمال می‌باشد. در بررسی‌های قبلی شامل آزمایشات روتین طبیعی و تست‌های مربوط به سلایک منفی می‌باشد. آزمایش هلیکوباکتر پیلوری سرم مثبت بوده. جهت بیمار درمان ریشه کنی هلیکوباکتر پیلوری بمدت ۲ هفته شروع شده که دو ماه قبل خاتمه یافته ولی امپرازول تا کنون ادامه یافته است. برای بیمار در این مرحله چه اقدامی را مناسب می‌دانید؟

انجام تست آنتیژن مدفوعی هلیکوباکتر پیلوری

قطع امپرازول و انجام تست اوره آز تنفسی دو هفته بعد

ادامه امپرازول تا یک سال

انجام اندوسکوپی فوقانی و بیوپسی معده

۶۱- مرد ۷۲ ساله بعلت ملنا بستری شده است. بیمار سابقه تعبیه استنت کرونر دو ماه قبل و درمان با آسپرین ۸۰ و کلوپیدوگرل ۷۵ میلی‌گرم روزانه را ذکر می‌کند. وی سابقه اولسر پپتیک قبلی را ذکر می‌کند ولی اخیرا علائم بالینی نداشته است. سابقه مصرف داروهای ضد التهابی غیراستروئیدی و ضد انعقادی را نمی‌دهد. در معاینه فیزیکی نکته‌ای ندارد و همودینامیک وی پایدار می‌باشد. جهت بیمار پنتوپرازول وریدی ۸۰ میلی‌گرم روزانه شروع می‌گردد. در اندوسکوپی که صبح روز بعد از مراجعه انجام می‌گردد یک زخم ادرا سانتی‌متری با بستر تمیز در نزدیک پیلور مشاهده می‌گردد. در معده و دئودنوم هیچ خون تازه یا کافی گراند یا لخته مشاهده نمی‌گردد. بیوپسی از معده از محلی غیر از اولسر از نظر هلیکوباکتر پیلوری و التهاب و تست اوره آز سریع منفی است.

اقدام مناسب شما چیست؟

پنتوپرازول وریدی بصورت انفوزیون تا ۷۲ ساعت و ادامه بصورت پنتوپرازول خوراکی تا ۸ هفته

پنتوپرازول خوراکی ۴۰ میلی‌گرم دو نوبت در روز تا دو هفته و ادامه با یکنوبت در روز تا ۸ هفته

پنتوپرازول وریدی هر ۱۲ ساعت تا ۴۸ ساعت و ادامه بصورت پنتوپرازول خوراکی ۱۲ هفته

پنتوپرازول خوراکی ۴۰ میلی‌گرم دو نوبت در روز تا دو هفته و ادامه با یکنوبت در روز بمدت نامحدود

۶۲- آقای ۷۸ ساله به دلیل Squamous Cell Carcinoma مری فوقانی مراجعه کرده است. اندوسونوگرافی نشان دهنده عبور تومور از لایه عضلانی بوده است. سایر بررسی‌های قبل از درمان منفی بودند. Neoadjuvant Chemoradiotherapy انجام شد. در Chest CT Scan پس از درمان تومور یا ضایعه‌ای مشاهده نشد. برای اثبات پاسخ کامل و عدم نیاز به جراحی کدام اقدام صحیح‌تر است؟

PET/CT scan with IV contrast

Endoscopy with mucosal biopsy

Abdominal CT scan with IV/Oral contrast

Endosonography with FNA

۶۳- آقای ۵۰ ساله با اظهار ناراحتی هنگام بلع طی چند ماه گذشته مراجعه کرده است. در شرح حال و معاینه نکته قابل ذکر وجود ندارد. در اندوسکوپی فوقانی انجام شده یک ضایعه برجسته با مخاط ظاهری نرمال در فاصله ۳۰ سانتی‌متری از دندان‌های پیشین مشاهده شده که در EUS با فرکانس ۷/۵ و ۱۲ مگاهرتز توده ۲/۵ سانتی‌متری هیپواکوئیک هموژن با حاشیه صاف منشا گرفته در لایه سوم گزارش گردیده است. محتمل‌ترین تشخیص کدام است؟

Schwannoma

Lipoma

GIST

Leiomyoma

۶۴- بیمار خانم ۴۳ ساله‌ای است که حدود ۸۰ روز قبل تحت عمل جراحی Sleeve قرار گرفته است. در حال حاضر بواسطه تب، لرز و احساس تنگی نفس به جراح مراجعه نموده و با شک به leak تحت CT scan قرار می‌گیرد که نشان دهنده Collection به قطر 5cm در محل اتصال مری و معده می‌باشد. ضمن انجام اندوسکوپی و شروع آنتی‌بیوتیک کدام اقدام اصلح است؟

تخلیه زیر گاید سونوگرافی

تعبیه Bariatric Stent

تعبیه Double Pig Tail Stent

تعبیه Over the Scope Clips

۶۵- مرد ۵۵ ساله بعلت سوء هاضمه تحت آندوسکوپی فوقانی و بیوپسی استاندارد قرار می‌گیرد. سابقه سرطان معده در مادر بیمار ذکر می‌شود. در آندوسکوپی اریتم و اریزیون‌های پراکنده در آنتروم و بادی معده مشاهده می‌گردد. در بیوپسی معده التهاب خفیف همراه با آتروفی شدید و متاپلازی در آنتروم و بادی گزارش می‌گردد. هلیکوباکتر پیلوری نیز در بافت غیر متاپلاستیک معده مشاهده گردید. سوریلانس آندوسکوپی مناسب برای بیمار مذکور چگونه می‌باشد؟

هر ۱ تا ۲ سال

هر ۳ سال

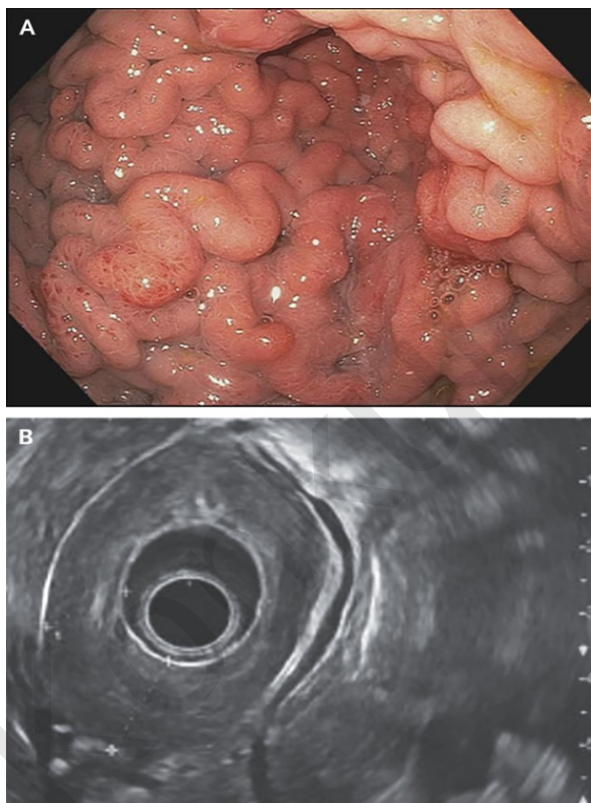
هر ۳-۵ سال

هر ۵ تا ۷ سال

Konkur.in

۶۶- خانم ۶۰ ساله بعلت سیری زودرس، تهوع و ۷ کیلوگرم کاهش وزن طی دو ماه گذشته مراجعه نموده است. در معاینه ملتحمه رنگ پریده می‌باشد. بیمار تحت اندوسکوپی فوقانی قرار می‌گیرد که معده بطور منتشر در فوندوس، بادی و آنتروم دارای اریتم، اریتم و ادم همراه با حجیم شدن فولدهای معده می‌باشد. حجم معده کاهش یافته و اتساع پذیری طبیعی مشاهده نمی‌گردد. بیوپسی‌های استاندارد با فورسپس جامبو انجام می‌شود که پاسخ آن تشخیصی نمی‌باشد. سی تی اسکن شکم ولگن افزایش ضخامت جدار معده را نشان می‌دهد و نکته دیگری ندارد. در اندو سونوگرافی افزایش قابل ملاحظه در دیواره معده به میزان ۱۲ میلی‌متر گزارش می‌شود. ساختار جدار معده محو شده و افزایش ضخامت عمدتاً در قسمت‌های عمقی مخاط و لایه عضلانی رخ داده است. در آزمایشات مقادیر زیر را داریم:

Hb=10 MCV=75 Ferritin=5 Alb= 4 LDH=250 H pylori IgG=Negative



محتمل ترین تشخیص کدام است؟

H Pylori Gastritis

Lymphocytic Gastritis

Linitis Plastica

MALT Lymphoma

۶۷- آقای ۷۰ ساله‌ای با سابقه پنومونی آسپیراسیون همراه با هیپوکسمی شدید در دو سال قبل که منجر به بستری شدن بیمار در ICU شده، با تشخیص سپسیس ادراری مجدداً در ICU بستری شده است. سابقه بیماری سیستمیک و خونریزی گوارشی ندارد. مصرف دارو را ذکر نمی‌کند. در حال حاضر علائم حیاتی stable هستند. تغذیه بیمار با enteral feeding شروع شده است. آنتی‌بیوتیک‌های متعدد می‌گیرد. $O_2 \text{ sat in room air} = 95$ می‌باشد.

INR=1.24 , PTT=32 , WBC=16,000 , Plts=167,000 , Urea=20 , Cr=1 , ABG=NL

در مورد Stress Ulcer Prophylaxis در بیمار فوق کدام مورد صحیح است؟

شروع PPI وریدی

شروع سوکرافیت خوراکی

نیازی به پروفیلاکسی نیست

تجویز H2 receptor antagonist

۶۸- بیمار ۴۵ ساله‌ای با سیروز و افت مکرر هموگلوبین در بیمارستان بستری شده است. سابقه واریس مری داشته که با EVL برطرف شده است. در آندوسکوپی واریس مری و معده نداشته است ولی معده، سرتاسر مخاط شکننده و پر خون داشته و از نقاط متعددی oozing خون دیده شده است. علی‌رغم درمان با بتا بلوکر غیرانتخابی، اوکتروتاید و تجویز آهن، افت هموگلوبین ادامه دارد و نیاز به ترانسفیوژن مکرر خون دارد. کدام اقدام در کنترل خونریزی بیمار تاثیر کمتری دارد؟

TIPS

پیوند کبد

شانت اسپلنورنال

APC با آندوسکوپ

۶۹- مرد ۳۰ ساله با سابقه ازوفازیت ائوزینوفیلیک با تداوم دیسفاژی تحت بررسی می‌باشد. بیمار از ۸ هفته قبل تحت درمان با فلوئیکازون ۲۲۰ میکروگرم چهار بار در روز بصورت بلعی می‌باشد که منجر به بهبودی علائم نشده است. سابقه مشاوره تغذیه و مصرف امپرازول بدون پاسخ بالینی نیز داشته است. اقدام مناسب بعدی کدام است؟

شروع بودزوناید توپیکال

شروع پردنیزولون خوراکی

انجام اندوسکوپی فوقانی

انجام مانومتري مری

۷۰- زن ۳۳ ساله‌ای مورد شناخته شده لوپوس اریتماتو سیستمیک با علائم پنج روزه درد مبهم شکم با شدت ۴ از ۱۰ (گاهی قولنجی و اغلب به صورت درد ثابت تمام شکم) و بی‌اشتهایی همراه با تهوع بعد غذا که به استفراغ منجر می‌شود همراه با مدفوع اسهالی و کاهش دفعات اجابت مزاج مراجعه کرد. بیمار دو کیلوگرم کاهش وزن در این مدت را ثبت کرده است. در بررسی اندوسکوپی اریتم آنتروم مشاهده می‌شود. علائم حیاتی شامل تعداد نبض ۹۹ تعداد تنفس ۱۹ فشارخون سیستولی ۱۱۰ دمای بدن ۳۷/۷ گزارش شده است. یافته‌های پاراکلینیک به شرح زیر هستند:

WBC=11000 PMN 8000 Hgb= 11.7 PLT= 270000, VBG respiratory alkalosis, ALT=102 AST=123, Amylase = 230
LDH=650 Cr=0.7 CRP= 20 Alb=3.5 SE= No WBC/RBC

Abdominopelvic CT with IV contrast: No free fluid, No thrombosis, generalized small intestinal wall edema and enhancement

کدام تدبیر برای این بیمار مناسب‌تر است:

تجویز پالس استروئید

تجویز پالس سیکلوفسفامید

لاپاروسکوپی

کولونوسکوپی

۷۱- در بیمار مبتلا به آشالازی که تحت درمان تزریق توکسین بوتولسم قرار گرفته است بهبود علایم بیماری معمولا چند ساعت بعد از تزریق توکسین مشاهده می شود؟

یک ساعت

شش ساعت

بیست و چهار ساعت

هفتاد و دو ساعت

۷۲- در بیمار مبتلا به آشالازی کدامیک از موارد زیر کنتراندیکاسیون انجام POEM می باشد؟

سن زیر ۱۴ سال

Sigmoid Esophagus

سابقه EMR در دیستال مری

درمان قبلی با تزریق توکسین بوتولسم

۷۳- خانم ۳۵ ساله با شکایت از سوزش شدید سر دل حداقل ۵ روز در هفته از سال گذشته مراجعه می کند. شکایت بیمار علی رغم مصرف PPI با دوز بالا دو نوبت در روز با همان شدت ادامه دارد. اندوسکوپی گوارش فوقانی وی کاملا طبیعی گزارش شده و آزمایش پاتولوژی از نمونه های بیوپسی برداشته شده از قسمت های مختلف مری نکته خاصی نداشته است. نهایتا برای بیمار impedance pH monitoring/ off PPI انجام می شود که total acid exposure time زیر ۴ درصد و $\text{symptom index} = 30\%$ و $\text{symptom association probability} = 60\%$ گزارش می شود. محتمل ترین تشخیص بیمار کدام است؟

GERD

NERD

Reflux Hypersensitivity

Functional Heartburn

۷۴- آقای ۶۵ ساله با شکایت از سوزش سر دل به مدت چند سال جهت مشاوره مراجعه می‌کند. وی اظهار می‌دارد که با مصرف ۲ نوبت PPI در روز مشکل برطرف می‌گردد. بیمار تحت اندوسکوپی گوارش فوقانی قرار می‌گیرد که در دیستال مری Salmon Colored Epithelium C3M6 بدون هیچگونه Irregularity مخاطی گزارش می‌شود. بیوپسی‌های مری از ناحیه گرفتار بصورت چهار طرفه هر ۲ سانتی‌متر گرفته می‌شود و گزارش پاتولوژی حاکی از مری بارت بدون دیسپلازی است. در مورد تکرار اندوسکوپی و بیوپسی جهت سرویلانس مناسب‌ترین زمان کدام است؟

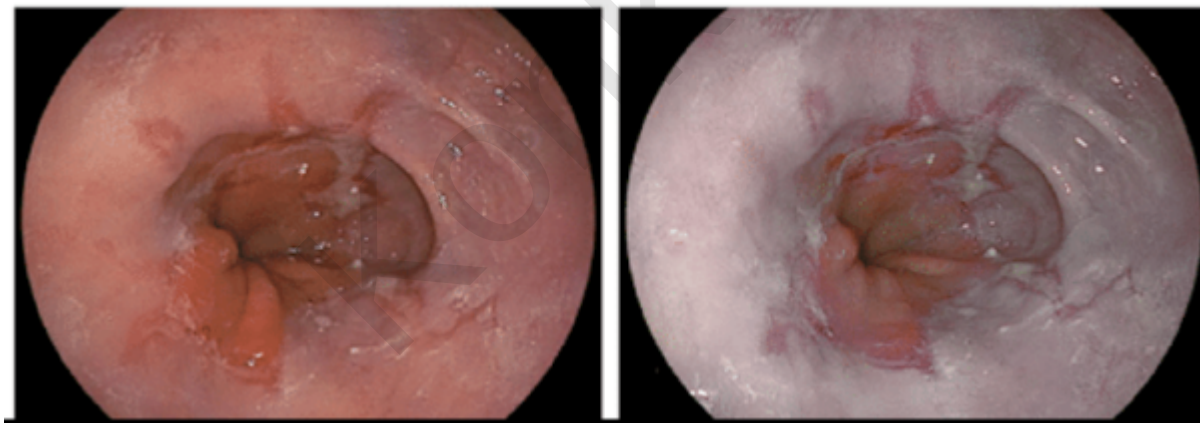
۶ ماه بعد

۱ سال بعد

۳ سال بعد

۵ سال بعد

۷۵- خانمی ۳۸ ساله با شکایت سوزش سر دل، درد ساب استرنال و کم خونی فقر آهن مراجعه نمود. بیمار یک هفته قبل در مرکز دیگری اندوسکوپی شده ولی بیوپسی نشده است. تصویر آنرا مشاهده می‌کنید. علایم بیمار پس از شروع ۴۰ میلی‌گرم امپرازول روزانه رفع می‌گردد.



علاوه بر ادامه درمان دارویی در این مرحله اقدام صحیح کدام است؟

اندوسکوپی در اولین فرصت و بیوپسی از ضایعه

کاهش دوز دارو پس از سه ماه و پیگیری بالینی

اندوسکوپی مجدد پس از ۲ ماه

تکرار اندوسکوپی پس از ۶ ماه

۷۶- خانم ۲۵ ساله با چاقی متوسط، با حاملگی ۳۰ هفته و شکم اول با درد شکمی همراه با تهوع و استفراغ مشاوره شد. بیمار پلی اوری و پلی دیپسی دارد و حال عمومی خوب نیست. در سونوگرافی کبد هیپراکو با مختصر افزایش سایز و مایع مختصر داخل شکمی دارد. فشارخون بیمار ۱۳۰/۹۰ است. در آزمایشات:

Hb=11, Plat= 91000, INR=1.8, PTT=40, Bil=8 (D:3.5), ALT= ۱۲۰, AST= ۱۶۰, Alk.Ph.=380, FBS=65mg/dl, uric acid= 6.5, Bun= 70, Cr= 2

با توجه به مراتب فوق کدامیک از موارد زیر در تشخیص‌های افتراقی وی بیشتر مطرح است؟

Acute HEV Infection

Intrahepatic Cholestasis of Pregnancy

Pre-Eclampsia

Autoimmune Hepatitis

۷۷- خانم سی هشت ساله‌ای که در حال مصرف قرص ضد بارداری بوده با بزرگ شدن سریع شکم، یرقان و افزایش آنزیم‌های کبدی و بی‌خوابی شبانه از یک و نیم ماه پیش مراجعه کرده است. سونوگرافی آسیت به همراه ترومبوز وریدهای کبدی و IVC را نشان میدهد. کدامیک از اقدامات زیر اولین انتخاب درمانی است؟

Thrombolytic Therapy

Balloon Angioplasty and Stenting of Hepatic Veins

Trans-Hepatic Porto-Systemic Shunt

Surgical Porto-Systemic Shunt

۷۸- مرد ۲۴ ساله‌ای با تب و اختلال سطح هوشیاری و آسیت و تندرns شکمی و آستریکسی به اورژانس آورده شده است. شرح حال، مصرف قبلی و اخیر الکل به مقادیر زیاد را می‌دهد. در آزمایشات لکوسیتوز همراه با:

AST=368 IU/L, ALT=146 IU/L, Total Bili=6.2 mg/dL, PT=34 sec (control 12 sec), Alb=2.3 g/dL

گزارش شده است. بیمار تبار و هیپوتانسو است. شکم حاد جراحی رد شده است. جهت بیمار درمان با مایعات تزریقی کافی و آنتی‌بیوتیک وسیع‌الطیف و PEG شروع شده است. مایع آسیت High SAAG است. همه این موارد میتواند صحیح باشد، بجز؟

شروع کورتیکواستروئید وریدی

تجویز ان- استیل سیستین وریدی

شروع آلبومین و TPN

درخواست مشاوره برای پیوند کبد

۷۹- آقای ۴۲ ساله‌ای جهت بررسی کبد چرب به شما مراجعه می‌کند. در شرح حال اخذ شده مصرف مداوم مشروبات الکلی حداقل هفته‌ای ۷۰ گرم را ذکر می‌کند. در آزمایشات همراه وی :

ALT = 65 U/L, AST 141 U/L, ALP= 124 U/L, platelets= 186000 /L, INR=1.2, Alb=4.1mg/dl

برای بیمار الاستوگرافی درخواست می‌کنید که در آن F4(16KpS) گزارش می‌گردد. ضمن توصیه به قطع الکل برای پیگیری بیمار کدامیک از اقدامات زیر را انجام می‌دهید؟

تکرار الاستوگرافی کبد دو هفته پس از قطع مصرف الکل

تکرار آزمایشات کبدی دو هفته بعد و در صورت غیر طبیعی بودن بیوپسی کبد

معرفی جهت پیوند کبد

اندوسکپی فوقانی جهت بررسی واریس مری

۸۰- آقای ۴۵ ساله با سابقه مصرف مزمن الکل، بعد از مصرف ۲۰ واحد مشروبات الکلی دچار درد شکم گردیده و به اورژانس مراجعه می‌کند و تحت درمان و تجویز دوز مناسب تیامین قرار می‌گیرد. در آزمایشات بدو بستری آمیلاز ۱۲۰۰ گزارش می‌گردد و در CT scan ضایعه‌ای بجر تورم سر پانکراس گزارش نمی‌شود. بیمار در بخش بستری شده و فردای آن روز در کشیک عصر بیمار دچار تشنج تونیک و کلونیک می‌گردد. کدامیک از داروهای زیر را برای کنترل تشنج بیمار تجویز می‌کنید؟

فنوباربیتال

والپروات سدیم

کاربامازپین

فنی توئین

۸۱- آقای ۶۵ ساله به دلیل افزایش آنزیم‌های کبد ارجاع داده شده است. سابقه دیابت، هیپر لیپیدمی، مصرف الکل و دارو ندارد ولی چاق است (BW: 95; BMI:32) سابقه خانوادگی گانسر پروستات دارد. مارکرهای ویروسی، اتوایمیون، پروفایل آهن و لیپیدها همه نرمال است. سونوگرافی کبد چرب گرید ۲ و الاستوگرافی کبد معادل 5KpS گزارش شده است. ALT=95 ; ALP = 65; AST = 98 FBS = 98 , INR=1.230, Bilirubin=0.5 بیوپسی کبد استاتوهپاتیت خفیف نشان می‌دهد. توصیه به ورزش، رژیم غذایی کم کربوهیدرات و کاهش وزن گردید. پس از ۶ ماه ۲ کیلوگرم کاهش وزن داشته ولی آنزیم‌ها تغییری ندارد.

از بین گزینه‌های زیر کدام درمان دارویی صحیح است؟

Vitamin E

UDCA

Liraglutide

Metformin

۸۲- خانمی ۳۸ ساله جهت بررسی کبد چرب معرفی شده است. سابقه دیابت ؛ مصرف دارو یا الکل نداشته است. علی‌رغم کاهش ۱۰ درصد وزن در ۶ ماه گذشته نتایج آزمایشها تغییری نکرده است. در حال حاضر در معاینه BMI=32 BP=135/90 و دور شکم معادل ۱۰۵ سانتی‌متر دارد. آزمایش‌های بیمار به شرح زیر است:

ALT=110; AST=95; ALP=250; Bili=1 (direct:0.4), INR =1; Ferritin=250, ANA and ASMA=Negative; Hb=12gr/dl; WBC:5000, Platelet:130000, Sonography=Fatty liver grade 3, HBS ag and HCV Ab =Negative

علاوه بر توصیه به کاهش وزن و تغییر سبک زندگی، کدام اقدام صحیح است؟

Sono-guided Liver biopsy

Genetic study for hemochromatosis

Vitamin E 400 mg daily

Phlebotomy

۸۳- بیمار ۴۳ ساله‌ای که با تشخیص Acute liver failure در ICU بستری شده و دچار آنسفالوپاتی grade III می‌باشد دچار Hypertension, Bradycardia, Irregular Respiration شده است. کدامیک از ترکیبات بعنوان خط اول درمان توصیه می‌شود؟

مانیتول

دگزامتازون

سوماتواستاتین

ایندومتاسین

۸۴- بیمار ۵۰ ساله مبتلا به سیروز با تشخیص SBP و سندروم هیپاتورنال در بخش ICU بستری شده است. BP=85/50 PR:90. جواب آزمایشها : WBC: 8200 Hb: 10.5 platelet: 96000 Na: 135 K: 4 BUN: 52 Cr: 1.8 آنالیز مایع آسیت PMN: 340 cells/mm³ می باشد. برای بیمار انفوزیون آلبومین شروع شده است. کدامیک از ترکیبات زیر همزمان با انفوزیون آلبومین بعنوان خط اول درمان توصیه می شود؟

Vasopressin

Octreotide

Midodrine

Norepinephrine

۸۵- خانم ۴۰ ساله، مورد شناخته شده سیروز کبدی به علت ناشناخته، برای مشاوره قبل از عمل ماموپلاستی مراجعه کرده است. آزمایشها :

Platelet=120000 Hb=10, INR=1.2, Meld=16

کدامیک از جملات زیر در مورد وی صحیح است؟

با توجه به قابل قبول بودن پلاکت و INR عمل با رعایت احتیاط بلامانع است.

قبل از عمل انجام آندوسکوپی فوقانی ضروریست.

انجام عمل الکتیو به هر صورت توصیه نمی شود.

انجام عمل در صورت نرمال بودن سطح فیبرینوژن بلامانع است.

۸۶- خانم سی و پنج ساله‌ای به علت هپاتیت اتو ایمیون با پردنیزولون ده میلی‌گرم در روز و تاکرولیموس سه میلی‌گرم در روز تحت درمان می‌باشد. از ۵ روز قبل دچار ادم هر دو پا و بی‌حالی شده است. آزمایش‌های اولیه: $Bun=57$ $Creatinine=2.6$ $AST=36$ $ALT=32$ است. سطح سرمی تاکرولیموس چک شده ولی جواب آماده نیست. کراتینین بیمار در طی سه ماه گذشته بین ۱ تا ۲/۱ نوسان داشته است.

کدامیک از موارد زیر را توصیه می‌کنید؟

قطع تاکرولیموس، شروع سایکلواسپورین با دوز پایین

کاهش تاکرولیموس به یک میلی‌گرم، شروع سیرولیموس

قطع تاکرولیموس تا زمان آماده شدن سطح دارو

قطع تاکرولیموس و نمونه برداری کلیه

۸۷- آقای ۴۵ ساله‌ای به دلیل خارش و بی‌حالی بدون علایم گوارشی از شش ماه قبل مراجعه کرده است. در بررسی‌ها تشخیص - PSC IBD با درگیری مجاری داخل و خارج کبدی داده شده است. در معاینه بالینی تنها یافته مثبت آثار خارش روی پوست است. آزمایش‌های بیمار به شرح زیر است :

$Alb=4.2$, $PLT=19000$ $TB=1.2$, $D.B=0.4$, $AST=56$, $ALT=64$, $ALP=1450$, $GGT=456$, $INR=1.1$, $Cr=0.6$

برای این بیمار غربالگری برای همه سرطان‌های زیر را توصیه می‌کنید، بجز؟

آدنوکارسینومای کیسه صفرا

آدنوکارسینومای روده بزرگ

کولانژیوکارسینوما

هیپاتوسلولار کارسینوما

۸۸- کدامیک از درمان‌های زیر در بیماران مبتلا به هپاتیت فولمینانت توصیه نمی‌شود؟

تنوفویر در بیمار هپاتیت B

آسیکلوویر در بیمار هرپس سیمپلکس

پنی سیلین G در بیمار مسمومیت با قارچ

ترینیتین در بیمار ویلسون

۸۹- بیمار شصت ساله‌ای به علت کبد چرب پیوند کبد شده است. آزمایش‌های فرد دهنده کبد:

HBS Ag : Negative, Anti HBC Ab=positive, HBV DNA =Undetectable

آزمایش‌های فرد گیرنده کبد:

HBS Ag : Negative, Anti HBC Ab=negative , HBV DNA =Undetectable

بهترین پیشنهاد درمانی کدام است؟

Tenofovir 25 mg daily indefinitely

HBIG for 6 months + lifelong Tenofovir 25 mg daily

HBIG +Tenofovir 25 mg both for 6 months

No treatment is necessary

۹۰- خانم ۴۵ ساله‌ای که قبلاً با پگ اینترفرون برای هپاتیت مزمن B تحت درمان قرار گرفته بود مبتلا به لنفوم نان هوچکین شده و کاندید شروع ریتوکسیمب می‌باشد. قبل از شروع درمان درمورد نحوه کم خطر کردن درمان مشاوره می‌شود. آزمایشات بیمار به شرح زیر است:

ALT= 65 U/L, HBeAb=Negative, HBeAg=Negative, HBsAb=Negative, HBcAb=Positive, HBsAg=Negative, INR=1.0, Albumin=4.2 g/dL

تدبیر مناسب در مورد بیمار زیر چیست؟

چک دوره‌ای HBV-DNA-PCR و شروع درمان در صورت مثبت شدن

قبل از شروع درمان لنفوم درمان با تنوفویر شروع شود تا حداقل یکسال پس از قطع ریتوکسیمب

در صورت وجود استروئید با دوز بالا در پروتکل درمان لنفوم بیمار، پیشگیری با تنوفویر شروع شود

برای تصمیم گیری شروع درمان آنتی‌ویرال بیوپسی کبد انجام شود

۹۱- آقای ۳۳ ساله با اعتیاد تزریقی بعلت زردی و هپاتیت حاد در بیمارستان بستری شده است. در آزمایشات اولیه وی آلکالین فسفاتاز و بیلی روبین طبیعی و

AST=1500 IU/L, ALT=2000 IU/L, Bili =12 mg/dL, INR= 2.5 Anti-HAV IGM =negative, HBsAg= positive, Anti-HBc Ab IgM= positive, Anti-HCV Ab =negative

بوده است. در طی بستری کوتاه در بیمارستان و با دریافت قرص تنوفویر و لامیودین آنزیم‌های کبدی کاهش قابل توجه می‌یابند و ALT به ۱۲۰ می‌رسد و INR طبیعی می‌شود. بیمار با دارو از بیمارستان مرخص می‌شود. هفت روز بعد با کانفیوژن به اورژانس بیمارستان بر می‌گردد. در آزمایشات جدید AST و ALT در حد ۱۵۰۰ و ۲۰۰۰ می‌باشند و INR معادل ۴.۱ است.

کدام تشخیص بیشتر محتمل است؟

هپاتیت حاد A تکرار شونده شدید

هپاتیت B فولمینانت ناشی از موتاسیون ویروس با داروی لامیودین

اضافه شدن هپاتیت D روی هپاتیت B

اضافه شدن هپاتیت C روی هپاتیت B

۹۲- پرستار بخش ارتوپدی با زردی و افزایش آنزیم کبدی مراجعه کرده است. در شرح حال دقیق‌تر از وی مشخص می‌شود که یک ماه قبل موقع رگ گیری Needle Stick شده است. پرستار سابقه تزریق واکسن هپاتیت B را نمی‌دهد. در بازبینی مدارک پزشکی مشخص می‌شود. بیمار بخش دارای HBsAg مثبت و HBeAg منفی و سطح DNA ویروس هپاتیت بمقدار ۲۰۰۰ واحد در میلی‌لیتر بوده است. در صورتیکه عامل زردی پرستار ویروس هپاتیت بی باشد، در آزمایشات این پرستار کدام حالت مورد انتظار است؟

HBs Ag +ve, HBc Ab IgM +ve, HBe Ag +ve

HBs Ag +ve, HBc Ab IgM +ve, HBe Ag -ve

HBs Ag +ve, HBc Ab IgM -ve, HBe Ag -ve

HBs Ag +ve, HBc Ab IgM -ve, HBe Ag +ve

۹۳- خانم ۳۳ ساله‌ای ۴۵ روز پس از پیوند مغز استخوان با راش پوستی و پر رنگ شدن ادرار و بی‌اشتهایی و تهوع مراجعه کرده است. در معاینه راش پوستی دارد و اسکلرا ایکتریک است. کبد در لمس بزرگ و دردناک است اما آسیت ندارد. طحال لمس نشد. آزمایشات بیمار به شرح زیر است.

AST=46 , ALT=58 , Alk Ph=960(NL: up to 306) , T-Bil=4 , D-Bil:3 , Cholesterol=320 mg/dL

برای بیمار سونوگرافی شکم انجام شده که در آن کبد بزرگ‌تر از حد معمول بوده ولی سایر موارد طبیعی بوده است. ضمناً آسیت در حفره شکم و لگن دیده نشده است. جهت تشخیص قطعی عارضه ایجاد شده اقدام مناسب کدام است؟

MRCP

بیوپسی کبد

EUS

دایپلر عروق کبدی

۹۴- خانم ۲۱ ساله‌ای با هیپاتیت اتوایمیون که با پردنیزولون و آزاتیوپرین تحت کنترل بوده بصورت ناخواسته حامله می‌شود.

کدام جمله در مورد این بیمار صحیح است؟

بیماری در دوره حاملگی کنترل می‌شود و عود نمی‌کند.

بیماری ممکن است بعد از زایمان شعله ور شود.

در سه ماهه اول بارداری باید داروها قطع شود.

افزایش آنزیم‌های کبدی تا ۲ برابر در طول حاملگی نشان دهنده عود بیماری نیست.

۹۵- خانم ۶۹ ساله مبتلا به هیپاتیت اتوایمیون (AIH)، فشارخون بالا و استئوپنی با BMI=27 برای ادامه درمان به شما مراجعه می‌کند. در طول ۴ سال گذشته، بیماری کبد او با آزاتیوپرین 50mg و پردنیزولون 10mg بصورت پایدار آزمایشات ALT= 59, AST=52 دارد. بقیه تست‌های آزمایشگاهی طبیعی است.

کدامیک از عبارات زیر در مورد این بیمار صحیح است؟

افزایش پردنیزون به 1mg/Kg در روز

قطع آزاتیوپورین و شروع تاکرولیموس

بیوپسی کبد و تصمیم‌گیری بر اساس نتیجه آن

انجام الاستوگرافی و تصمیم‌گیری براساس نتیجه آن

۹۶- خانم ۳۵ ساله با زردی اخیر و افزایش شدید آنزیم‌های کبدی مراجعه کرده است. در آزمایشات، پلاکت کمتر از ۱۵۰۰۰ و INR مختل است. آلبومین کاهش یافته است. طحال بزرگ و کبد کوچک است. تیتر ANA و IgG بصورت قابل ملاحظه‌ای بالا است. در آزمایشات:

HBS Ag=positive , HBV DNA PCR=1000 IU/mL, HBeAg=negative

می‌باشد. جهت بیمار داروی تنفوویر شروع شده است. تجویز کدام دارو در این بیمار توصیه نمی‌شود؟

پردنیزولون

بودزوناوید

ازارام

سلسپت

۹۷- خانم شانزده ساله با زردی اخیر و ضعف و بی‌حالی مراجعه کرده است. در بررسی‌ها آنزیم‌های کبدی بالای هزار و تست‌های انعقادی مختل و پلاکت طبیعی است. مراحل اولیه آنسفالوپاتی کبدی دارد. آسیت ندارد. آزمایشات ویروسی منفی بوده است. جهت بیمار هیدروکورتیزون تزریقی شروع و سپس با پردنیزولون خوراکی سی میلی گرم در روز ادامه می‌یابد. در حال حاضر آنزیم‌های کبدی و تست انعقادی طبیعی هستند و علائم بیمار برطرف شده است. بهترین اقدام برای این بیمار کدام است؟

کاهش دوز کورتن و شروع آزارام

کاهش دوز کورتن و دیدن سیر آنزیم‌های کبدی

بیوپسی کبد

فیبرواسکن کبد

۹۸- آقای ۵۷ ساله مورد سیروز Compensated در زمینه HCV که از ۲ سال پیش پس از درمان موفقیت آمیز HCV PCR وی منفی شده است، به دلیل توده کبدی مشکوک به HCC بررسی می شود. وی هیچ علامتی ندارد و از نظر جسمی Performance مناسبی دارد. در بررسی های بعمل آمده : آلفا فیتوپروتئین: ۶۰ ng/ml (NL: 0-40 ng/ml) و MELD Score: 8 دارد.

در آندوسکوپی گرید دو واریس مری دارد. گزارش MRI کبد به شرح زیر است:

35 mm HCC lesion in segment 5 and 18 mm HCC lesion in segment 7 without macroscopic vascular invasion or extra hepatic spread, porto systemic collaterals was seen. No Ascites.

مناسب ترین اقدام برای او کدام است؟

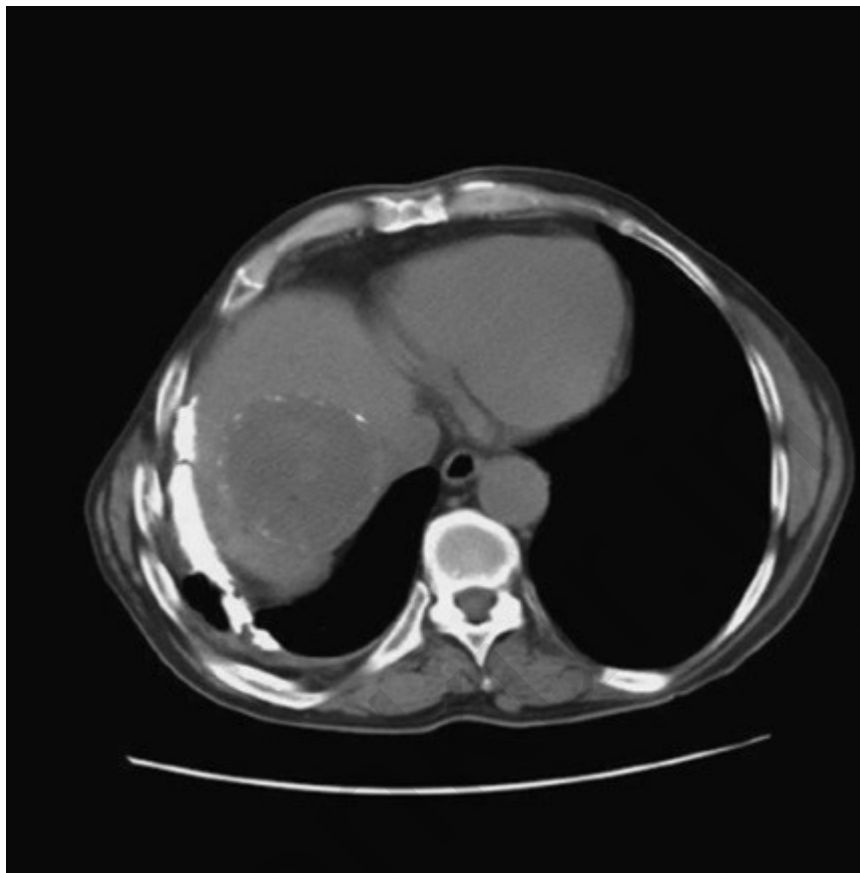
Sorafenib

Liver transplantation

RF ablation + Sorafenib

Surgical resection

۹۹- خانم ۶۰ ساله اهل روستاهای تالش به دلیل درد مبهم شکم با ارجحیت در قسمت راست و بالای شکم، مراجعه کرده است. آزمایشات بعمل آمده به شرح زیر است: هموگلوبین ۱۳/۵ gr/dl، WBC=9000 با PMN=60% و لنفوسیت=۲۹%، ائوزنوفیل=۱% و بازوفیل=۳% و پلاکت=۳۵۰۰۰۰ و تست‌های کبدی وی طبیعی است. سی تی اسکن بیمار را در عکس زیر مشاهده می‌نمایید.



محتمل ترین تشخیص بیمار کدام است؟

آبسه آمیبی کبد

همانژیوم کبدی

کیست هیداتید

بیلیاری سیست آدنوم

۱۰۰- خانم ۲۴ ساله‌ای با سابقه ویلسون که از ۱۲ سال قبل تحت درمان با پنی سیلامین یک گرم و ویتامین B6 روزانه بوده با بارداری ۱۳ هفته به شما مراجعه کرده است. در آزمایش‌های انجام شده موارد زیر گزارش شده است:

WBC: 4800, HB: 10, plt: 165000 AST: 30, ALT: 28, alpk: 98, bil: 1.4, PT: 12, INR: 1.2, ۲۴ hour urine copper: 67

شواهد درگیری نورولوژیک ندارد. بهترین تصمیم در مورد این بیمار کدام است؟

توصیه به سقط جنین با توجه امکان تراتوژنی پنی سیلامین

قطع پنی سیلامین و کنترل هفتگی تست‌های کبدی

جایگزین کردن ترینتین به جای پنی سیلامین و ادامه بارداری

کاهش دوز پنی سیلامین به ۷۵۰ میلی‌گرم روزانه و ادامه بارداری

اخلاق پزشکی

۱۰۱- خانم ۴۴ ساله‌ای به علت دیس پپسی در بخش گوارش بیمارستان آموزشی بررسی و سنگ ریزه‌های متعدد در کیسه صفرا مشخص می‌شود. انتظار می‌رود با انجام کله سیتستکتومی مشکلات گوارشی رفع شود. پزشک متخصص به بیمار توصیه می‌نماید که برای بررسی وضعیت معده و دوزادده آندوسکوپی فوقانی انجام شود. بیمار این پیشنهاد را نمی‌پذیرد. دستیار بخش برای وادار نمودن بیمار به انجام آندوسکوپی، اطلاعات نادرستی مبنی احتمال سرطان معده به وی ارائه می‌نماید و به نوعی وی را وادار به پذیرش آندوسکوپی می‌نماید. کدام گزینه در مورد پیش‌گیری از این مشکل اخلاقی مناسب‌تر است؟

محروم نمودن دستیار برای متنبه شدن به مدت محدود توسط استاد

اغماض این اشتباه و تذکر موازین اخلاقی بالینی به دستیار

آموزش دستیار مبنی بر شناخت مرز بین تشویق و اجبار

افشای خطای دستیار برای بیمار و راهنمایی وی برای انجام شکایت

۱۰۲- خانم ۴۵ ساله‌ای با سرطان پستان پیشرفته که ۳ ماه پیش درمان کلاسیک داشته است، در حال حاضر با متاستاز استخوانی و درد شدید مراجعه نموده است. درمان دارویی و شیمی درمانی قادر به کنترل بیمار نیست. وی درخواست قطع درمان‌ها و کمک به پایان دادن زندگی را دارد. اقدام مناسب کدام است؟

قطع کلیه درمان‌ها و کمک به پایان زندگی با داروهای مخدر

کم کردن درمان‌های شیمی درمانی و دادن مسکن مناسب تزریقی

ادامه درمان‌های پیشرفته و درمان‌های کمکی دیگر در حد امکان

استفاده از امکانات موجود در هر منطقه از جهان برای درمان وی

Konkur.in

کلید اولیه

سی و هفتمین دوره آزمون دانشنامه فوق تخصصی شهریور ۱۴۰۲

گوارش و کبد بالغین

توجه! 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 ننویسید.

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	