

## غدد درون ریز و متابولیسم بالغین

۱- خانم 42 ساله ای با احساس فشار در گردن تحت سونوگرافی گردن قرار گرفته و ندول 8 میلی متری هیپواکو، با حاشیه نامنظم و میکروکلسیفیکاسیون در پل فوقانی لوب چپ دارد. غده لنفاوی غیرطبیعی گزارش نشده است. TSH: 0.7 mIU/L دارد. کدام اقدام در مورد وی صحیح است؟

FNA از ندول با راهنمای سونوگرافی

سونوگرافی مجدد 6-12 ماه بعد

تجویز لوتیروکسین با مقدار ساپرسیو

اسکن رادیو ایزوتوپ تیروئید

۲- در همه موارد زیر جذب ید رادیواکتیو افزایش می یابد بجز ؟

مصرف کلستیرامین

نقص ژنتیکی سنتز Tg

فاز هیپوتیروئیدی تیروئیدیت

نارسایی مزمن کلیه

۳- کدامیک از موارد زیر در مورد انواع Selenodeiodinase صحیح می باشد؟

D1 مسئول اصلی تولید در T3 هیپوفیز می باشد

D2 به اثرات PTU حساس می باشد

سطح D2 با افزایش T4 کاهش می یابد

D3 مسئول تجزیه rT3 می باشد

۴- آقای ۵۶ ساله ای به دنبال total thyroidectomy تحت درمان با دوز کامل لووتیروکسین جهت طبیعی کردن سطح TSH قرار می گیرد. در مقایسه با یک فرد نرمال کدامیک از یافته های آزمایشگاهی زیر محتمل تر می باشد؟

یکسان بودن سطح T4

افزایش نسبت T4 به T3

پایین تر بودن سطح T3

یکسان بودن نسبت T4 و T3

۵- آقای ۲۵ ساله ای با تشخیص آپاندیسیت حاد در اورژانس بستری و در حال حاضر NPO می باشد. بیمار سابقه ۵ ساله هیپوتیروئیدی و درمان با لووتیروکسین را می دهد. آخرین آزمایش بیمار که یک هفته قبل انجام شده به قرار زیر است: TSH=30 mIU/L و  $T4=3.8 \mu\text{gr/dl}$ . همچنین بیمار از دو روز قبل نیز با توجه به مشکلات گوارشی دارو را مصرف نکرده است. اقدام مناسب کدام است؟

انجام عمل جراحی ده ساعت پس از تجویز لووتیروکسین

انجام عمل جراحی و مراقبت حین عمل

تجویز وریدی هیدروکورتیزون 100mg

انجام عمل جراحی پنج ساعت پس از تجویز لیوتیرونین

۶- خانم ۵۱ ساله ای بدون شکایت خاصی، به علت اختلال آزمون های تیروئید ارجاع شده است. در آزمایش های همراه که به فاصله دو ماه انجام شده  $TSH=0.3 \text{ mIU/l}$ ,  $FT4=1.7 \text{ ng/dl}$  می باشد. در معاینه تیروئید به صورت منتشر در حد ۳۰-۳۵ گرم لمس می گردد. سابقه فامیلی بیماری اتوایمون تیروئید مثبت بوده و بیمار از یک سال قبل یائسه شده است. اقدام مناسب کدام است؟

شروع متی مازول 15 mg روزانه

درخواست BMD

تکرار آزمایشات 2 ماه دیگر

شروع پروپرانولول 20mg دو بار در روز

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

۷- آقای ۶۵ ساله ای با سابقه دیابت و پرفشاری خون با تابلوی unstable angina مراجعه کرده است. در آنژیوگرافی تشخیص 3vessel disease گذاشته و بیمار کاندید CABG می گردد. در بررسی های به عمل آمده  $FT4=0.6$  ،  $TSH=30$  mIU/l ،  $ng/dl$  مناسب ترین اقدام قبل از جراحی کدام است؟

تعویق جراحی و شروع لووتیروکسین  $25 \mu g$  روزانه

تجویز لووتیروکسین وریدی  $300 \mu g$  به مدت دو روز و سپس جراحی

انجام جراحی و شروع لووتیروکسین  $25 \mu g$  روزانه پس از عمل

تجویز لیوتیرونین IV  $25 \mu g$  هر 12 ساعت به مدت دو روز و سپس جراحی

۸- آقای ۳۰ ساله ای به علت اختلال در آزمون های تیروئیدی ارجاع شده است. بیمار از تپش قلب و کاهش وزن در حد ۴ کیلوگرم در چند ماه گذشته شکایت دارد. در معاینه  $HR=88$  و تیروئید در حد 30-35 گرم لمس می گردد. ترمور خفیفی دارد و رفلکس ها افزایش یافته است. در شرح حال خانوادگی نکته خاصی وجود ندارد.  $TSH=4.5$  mIU/l ،  $FT4=2.2$  ng/dl در تست تحریکی بدنبال تزریق TRH ، TSH افزایش پیدا نمی کند. اقدام مناسب تشخیصی کدام است؟

MRI هیپوفیز

سنجش heterophilic Ab

بررسی موتاسیون ژن THRβ

بررسی موتاسیون ژن TSH

۹- بر اساس مطالعه قند و لیپید تهران اختلال متابولیسم گلوکز چه اثری در بروز بیماری های قلبی و عروقی دارد؟

خطر ابتلا به بیماری های قلبی عروقی در مردان بیشتر است .

دیابت خطر ابتلا به بیماری های قلبی عروقی را در زنان بیشتر از مردان افزایش می دهد .

خطر یک فرد دیابتی برای ابتلا به بیماری عروق کرونر قلب دو برابر با خطر فردی است که یک بار به بیماری ایسکمی قلبی مبتلا شده است .

خطر یک فرد دیابتی برای ابتلا به بیماری عروق کرونر قلب تقریباً نصف خطر فردی است که یک بار به بیماری ایسکمی قلبی مبتلا شده است .

۱۰- بر اساس مطالعات کشوری میزان بروز چاقی در ایران به چه صورت است؟

نرخ بروز چاقی در زنان نزدیک به دو برابر مردان است .

از نظر سنی بالاترین میزان بروز چاقی در زنان نزدیک به مردان است .

از نظر سنی بالاترین میزان بروز چاقی در زنان پایین تر از مردان است .

بروز تجمعی چاقی در زنان و مردان مشابه است .

۱۱- در یک مطالعه قرار است ارتباط بین الگوی خواب و تست های شناختی در همان روز بررسی شود.

کدام یک از موارد زیر در این مطالعه بهتر قابل بررسی است؟

prevalence

cause

incidence

prognosis

۱۲- در یک مطالعه ریسک مرگ ناگهانی قلبی در تجویز سرپایی آزیترومايسين با آموکسی سیلین مقایسه شده است. با استفاده از electronic medical records طی سال های ۲۰۰۶ تا ۲۰۲۲ از دو منطقه مجزا در کشور انتخاب شده، بصورتی که حداقل یک سال قبل از تجویز سرپایی داده های آنها ثبت شده بوده است. افرادی که بیماری زمینه ای وخیم قبل از تجویز دارو داشته اند از مطالعه کنار گذاشته شده اند. تعداد افرادی که وارد مطالعه شدند ۱/۷ میلیون نفر آزیترومايسين و ۶/۱ میلیون آموکسی سیلین دریافت کرده بودند و پیامد نهایی مرگ قلبی عروقی طی پنج روز اول تجویز با روز ششم تا دهم بعد از تجویز سرپایی بوده است. نتایج نشان داده که با تجویز آزیترومايسين ریسک مرگ قلبی عروقی در ۵ روز اول بطور بارز افزایش یافته ولی در روز ششم تا روز دهم افزایش نیافته است. البته چنین نتیجه ای در مورد مرگ و میر غیر قلبی عروقی هم دیده شده و causality برای محققین روشن نشده است. این مطالعه با چه طراحی انجام شده است؟

case-control study

non-randomized clinical trial

cross-sectional study

nested double-cohort study

۱۳- در یک مطالعه ۱۰۰۰ نفر طی دو سال برای ایجاد سرطان ریه پیگیری شده اند که از میان آنها هر سال ۵۰ مورد جدید سرطان ریه پیدا شده است.

Risk ایجاد سرطان ریه در این مطالعه چند در صد بوده است؟

۵

۱۰

۲/۵

۱۵

۱۴- در یک کارآزمایی بالینی اثر تجویز متفورمین در دیابت بارداری بررسی شده و پیامد اصلی بروز هرگونه عارضه حاد perinatal بصورت بله/خیر بوده است. نتیجه مطالعه این بود که در گروه درمان شده ۱۰ نفر از ۵۰۰ نفر دچار عارضه شده و در گروه کنترل ۲۰ نفر از ۵۰۰ نفر عارضه دار شده اند. (NNT) Number Needed to Treat برای این پیامد با تجویز متفورمین چقدر است؟

۱۰

۲۰

۵۰

۱۰۰

۱۵- آقای ۵۷ ساله با سابقه دیابت یک ساله جهت بررسی ندول منفرد ریه بستری شده است. فشار خون 130/80 میلی متر جیوه و نمایه توده بدنی ۲۶ کیلوگرم بر متر مربع دارد. برای کنترل قند خون روزانه سه عدد متفورمین ۵۰۰ میلی گرمی مصرف می کند.

FBS: 100 mg/dL, HbA1c: 6.8%, Cr: 1.6 mg/dL [eGFR \_ CKD-EPI: 50 mL/min/1.73 m<sup>2</sup>]

TG: 150 mg/dL, LDL: 70 mg/dL, U/A: nl, Urine ACR: 28 mg/g

در مورد چگونگی مصرف متفورمین قبل از انجام سی تی اسکن قفسه صدی با ماده حاجب ید دار با شما مشورت شده است. کدامیک از توصیه های زیر در این بیمار مناسب تر است؟

ادامه درمان با متفورمین و انجام سی تی اسکن

قطع متفورمین از یک روز قبل از سی تی اسکن

تبدیل متفورمین به انسولین از سه روز قبل از تصویر برداری

تبدیل متفورمین به ریپاگلیناید از سه روز قبل از تصویر برداری

۱۶- آقای ۶۸ ساله با سابقه دیابت جهت پیگیری مراجعه نموده است. از درد و سوزش پاها به ویژه در طول شب ناراضی است بطوری که مانع خواب کافی و موثر بیمار شده است. در معاینه فشار خون 130/80 میلی متر جیوه، نبض های اندام تحتانی پر و قرینه لمس می شود ولی تست مونوفیلان مختل است. بیمار تحت درمان با متفورمین، ویتامین ب ۱۲، آتورواستاتین و ونلافاکسین و پاسخ نسبی به درمان دارد.

FBS: 110 mg/dL, HbA1c: 6.8%, Cr: 1 mg/dL [eGFR \_ CKD-EPI: 82 mL/min/1.73 m<sup>2</sup>]

TG: 140 mg/dL, LDL: 60 mg/dL, Urine ACR: 20 mg/g

کدامیک از توصیه های زیر در این بیمار مناسب تر است؟

تبدیل ونلافاکسین به آمی تریپ تیلین

تبدیل ونلافاکسین به گاباپنتین

اضافه کردن اوکسی کودون

اضافه کردن پره گابالین

Konkur.in

۱۷- آقای ۴۵ ساله بدون شرح حال مصرف دارو با علائم Hypoactive sexual desire و Erection dysfunction مراجعه کرده است.  
در بررسی انجام گرفته:

Total Testosterone= 150 ng/dl (300-900 ng/dl)

Free Testosterone= 8 ng/dl (9-30 ng/dl)

Prolactin pooled serum = 45 ng/ml (4-23 ng/ml)

Total Estradiol= 6 pg/ml (10-40 pg/ml)

LH= 7 mIU/mL (1-9 mIU/ml)

FSH= 9 mIU/mL (1-13 mIU/ml)

### اقدام تشخیصی ارجح کدام است؟

اندازه گیری Fe – TIBC – Ferritin

اندازه گیری TSH - Free T4

انجام MRI هیپوفیز

اندازه گیری SHBG

### ۱۸- تمام سندرم‌های نئوپلازی زیر ارثی هستند بجز :

هامارتومای متعدد همراه با افزایش ریسک کانسر پستان و تیروئید و آندومتر

همانژیوم بلاستوما مغز همراه با RCC و فنوکروموسیتوما

ماکولای café-au-lait همراه با هامارتوم ایریس و گلیومای اپتیک و فنوکروموسیتوما

پیگمانتاسیون café-au-lait همراه با فیبروز دیسپلازی و آکرومگالی و ریکتز هیپوفسفاتمیک

۱۹- آقای ۳۷ ساله با سابقه فئوکروموسیتوما که جراحی یکطرفه آدرنال شده مراجعه کرده است.

در بررسی :

Ca=11.8 mg/dL P= 2.1mg/dL Cr= 1.1mg/dL

PTH= 307 pg/mL(10-85pg/dL) 25 OH vit D=26 ng/mL

Serum Alb=4.2 g/dL Urinary Calcium=310mg/24h

می باشد. تست های ادراری فئوکروموسیتوما منفی هستند.

در سونوگرافی علاوه بر ندول سمت راست تیروئید با خصوصیات هیپواکو و سائز 20×15mm، غده پاراتیروئید چپ فوقانی با سائز 22×8mm رؤیت شد.

FNA از ندول تیروئید MTC گزارش شد و Sestamibi scan بزرگی غده پاراتیروئید فوقانی چپ را که منطبق با سونو می باشد گزارش کرده است.

علاوه بر تیروئیدکتومی کدام یک از روشهای جراحی زیر را همزمان برای این بیمار انتخاب می کنید؟

ساب توتال پاراتیروئیدکتومی

رزکسیون غده پاراتیروئید بزرگ شده

توتال پاراتیروئیدکتومی با اتوترانس پلانت پاراتیروئید

ساب توتال پاراتیروئیدکتومی و تیمکتومی یکطرفه

Konkur.in

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

۲۰- آقای ۲۸ ساله با شکایت افزایش وزن و ادم و تنگی نفس مراجعه کرده است علائم از حدود یکسال قبل شروع و به تدریج پیشرفت کرده است در معاینه کاملاً کوشینگوئید است.

فشار خون BP=180/100mmHg، BMI=32.2 و PR=110 min دارد

پوست بیمار هیپرپیگمانتاسیون منتشر دارد. در سمع قلب S1 کاهش دارد و در اکو EF=25% گزارش شده است.

نتایج بررسی ها و تستها به قرار زیر است:

Cortisol 8Am= 35  $\mu$ g/dL    1mg ODST= 31  $\mu$ g/dL    UFC= 145  $\mu$ g/24h (4-50)

HDDST= 24  $\mu$ g/dL    ACTH = 112 Pg/mL (10-60)    k= 2.7

در تصویربرداری انجام شده، MRI هیپوفیز نرمال است، یک توده ۸cm در مدیاستن قدامی که منجر به ایجاد ترومبوز در SVC شده است دیده می شود. در اکترواسکن توده جذب بالا دارد تحت گاید CT بیوپسی انجام میشود که پاتولوژی به شرح زیر است:

Well differentiated neuroendocrine tumor Ki67: 2%

به دلیل سایز توده و خطر خونریزی بالا جراحان توده بیمار را غیرقابل جراحی گزارش می کنند در این مرحله علاوه بر درمان نارسائی قلب و شروع درمان فارماکولوژیک جهت کنترل کوشینگ و هیپوکالمی، کدام یک از گزینه های زیر را برای درمان NET این بیمار پیشنهاد می کنید؟

شروع somatostatin receptor ligand

انجام PRRT with 177Lu-DoTATATE

شروع Everolimus

شروع کموتراپی با Capecitabine و Temozolomide

۲۱- آقای ۳۴ ساله با خستگی، رنگ پریدگی و سابقه میاستنی گراویس مراجعه کرده است در معاینه Pale است و در آسپیراسیون مغز استخوان اریترو بلاست وجود ندارد ولی سایر رده های میلوئید و مگاکاریوسیتها نرمال اند.

در معاینه دهان موکوکوتانیوس کاندیدیازیس رؤیت شد. آنتی TPO آنتی بادی مثبت و TSH بیمار ۱۰ می باشد.

کدام یک از بیماریهای زیر توجیه کننده همه موارد فوق است ؟

APS-II

Thymic tumor

APS-I

Autoimmune lymphoproliferative syndrome type V

۲۲- بیمار ۵۲ ساله مبتلا به advanced HIV با علائم کاهش وزن و هیپرپیگمانتاسیون و خستگی مفرط و افت مکرر فشار خون مراجعه می کند.

در بررسی انجام شده محور تیروئید نرمال است و آزمایشات به قرار زیر است:

Cortisol 8Am = 32  $\mu$ g/dL (10-18  $\mu$ g/dL)

ACTH = 110 Pg/mL (10-60)

Na = 135 mEq/L (136-142 mEq/L)

K = 5 mEq/L (3.5-5 mEq/L)

شایع ترین علت تغییر فونکسیون آدرنال در این مرحله کدام یک از موارد زیر است؟

پاسخ به استرس ناشی از شدت بیماری

تخریب بافت آدرنال توسط CMV

قطع ناگهانی Megestrol acetate

مصرف دگزامتازون

۲۳- آقای ۲۵ ساله با سابقه آزواسپرمی به علت Retrograde ejaculation مراجعه کرده است به دلیل germ cell tumor قرار است تحت کموتراپی قرار گیرد.

کدام یک از روش های زیر را قبل از شروع درمان برای Fertility Preservation بیمار ترجیح می دهید؟

Sperm Freezing

Testicular tissue freezing

Testicular tissue Culture

Stem Cell

۲۴- آقای ۶۸ ساله با سابقه دیابت نوع دو از ۱۲ سال قبل جهت درمان به شما مراجعه کرده است . تحت درمان متفورمین ۲۰۰۰ میلی گرم روزانه است.

FBS: 120mg/dl

A1C: 7.8%

eGFR: 50ml/min

کدام یک از توصیه های زیر در این بیمار مناسبتر است؟

متفورمین ۱۰۰۰ میلی گرم و گلی کلازید ۳۰ میلی گرم روزانه

ادامه درمان فعلی و رعایت رژیم غذایی و ورزش

۱۰۰۰ میلی گرم متفورمین و امپاگلیفلوزین ۱۰ میلی گرم روزانه

۱۰۰۰ میلی گرم متفورمین و لینا گلیپتین ۵ میلی گرم روزانه

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

۲۵- خانم ۵۵ ساله با سابقه دیابت نوع دو به علت استئومیلیت پا ( گزارش MRI) در بیمارستان بستری شده است. تحت درمان انسولین ۷۰/۳۰ ( مخلوط NPH و رگولار : ۳۰ واحد قبل از صبحانه و ۲۰ واحد قبل از شام ) می باشد و A1C اخیر 11.2% است.

از بخش جراحی برای دبریدمان صبح روز بعد با شما مشاوره می شود.

توصیه شما چیست؟

قطع انسولین ۷۰/۳۰ و انسولین درمانی بر مبنای Sliding Scale

ادامه درمان با کاهش دز انسولین

قطع انسولین ۷۰/۳۰ و تجویز انسولین بازال

انسولین بازال و انسولین بولوس تصحیحی

۲۶- آقای ۵۲ ساله تحت درمان با قرص ترکیبی امپاگلیفلوزین و لیناگلیپتین و انسولین گلازین ۴۰ واحد قبل از صبحانه و آتوروستاتین می باشد. وعده غذایی در ۲ نوبت صبحانه و شام می باشد .

BMI: 25kg/m<sup>2</sup>

BP: 120/80 mmHg

قند خون بر مبنای SMBG در ۴۸ ساعت گذشته به شرح زیر است:

ناشتا	بعد از صبحانه	ظهر	بعد از شام
۱۲۰	۱۴۰	۱۲۰	۲۸۵
۱۲۴	۱۴۲	۱۲۶	۲۷۶

توصیه شما چیست؟

تغییر زمان تزریق گلازین از صبح به قبل از خواب

۴ واحد افزایش گلازین و اضافه کردن ۴ واحد انسولین آسپارت قبل از شام

کاهش ۴ واحد انسولین گلازین و اضافه کردن ۴ واحد انسولین آسپارت قبل از شام

انسولین گلازین 30 واحد قبل از صبحانه و ۱۰ واحد قبل از شام

۲۷- خانم ۸۲ ساله مبتلا به دیابت از ۶ سال قبل به دلیل هیپوگلیسمی مکرر به شما ارجاع شده است. تحت درمان انسولین گلازژین ۳۰ واحد و ریپاگلیناید نیم میلی گرم قبل از هر غذا و ۱۰۰ میلی گرم سیتا گلیپتین می باشد. قادر به تحمل متفورمین و امپاگلیفلوزین نبوده است. ۳ بار روزانه قند خون را چک می کند. طی چند هفته گذشته چندین بار قند کمتر از ۵۰mg/dl در ساعات مختلف روز داشته است ولی علامتی ندارد.

HbA1c: 6.2% و سایر آزمایشات نرمال است.

بهترین انتخاب دارویی کدام است؟

کاهش انسولین به ۲۰ واحد و قطع ریپاگلیناید و ادامه سیتاگلیپتین

تبدیل به انسولین دتمیر و قطع ریپاگلیناید و سیتاگلیپتین

کاهش انسولین به ۲۰ واحد و ادامه ریپاگلیناید و قطع سیتاگلیپتین

ادامه انسولین گلازژین ۳۰ واحد و قطع داروهای خوراکی

۲۸- بیمار ۲۵ ساله با دیابت نوع یک تحت درمان ۲۵ واحد انسولین گلازژین و انسولین آسپارت بر اساس شمارش کربوهیدرات می باشد، کنترل دیابت خوب است. HbA1c: 6.5% انجام ورزش با تردمیل، ۵ بار در هفته در سبک زندگی وی قرار گرفته است. قند خون افزایش پس از ورزش دارد به خصوص در ورزش های با شدت بالا، و میان وعده شامل پروتئین و کربوهیدرات مختصر پس از ورزش میل می کند. ولی spike های هیپرگلیسمی حتی قبل از میان وعده رخ می دهد.

کدام یک از توصیه های زیر در این بیمار مناسب تر است؟

انسولین بولوس اصلاحی قبل از پیک هیپرگلیسمی

انسولین بولوس ۱۵ واحد قبل از توقف فعالیت

کاهش شدت ورزش در 15 دقیقه آخر

خودداری از میان وعده پس از ورزش

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

۲۹- دختر ۲۲ ساله با هیپرتری گلیسریدمی و دیابت نوع 2 اخیرا در بیمارستان بستری شده است. BMI:40kg/m<sup>2</sup>

HbA1c: 11.4%

FBS:343mg/dl

Chol:415mg/dl

TG:4800mg/dl

HDL:26mg/dl

بیمار NPO و انسولین شروع شد. ۲۴ ساعت بعد: HDL:34mg/dl؛ تری گلیسرید: ۱۳۰۰؛ کلسترول توتال: ۳۱۸، رژیم غذایی و انسولین بازال شروع شد. کدامیک از لیپوپروتئین های ذیل کلسترول بیمار را بالا برده است.

LDL

VLDL

شیلومیکرون

آپولیپوپروتئین B48

۳۰- خانم ۶۲ ساله با سابقه فشار خون بالا و دیابت و هیپرلیپیدمی و ایسکمی گذرای مغزی (۳ سال قبل) مراجعه نموده است. تحت درمان متفورمین، تلمیسارتان و ازتیمایب می باشد. در طی سال ها چندین بار استاتین شروع شد ولی به علت کرامپ های عضلانی شدید قطع شده است.

HbA1C: 5.7%

Chol: 252 mg/dl Tg: 357 mg/dl LDL: 118 mg/dl HDL: 63 mg/dl

چه درمانی را توصیه می کنید؟

Bempedoic acid

Fenofibrate

Evolocumab

Icosapent ethyl

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

۳۱- آقای ۵۰ ساله با سابقه انفاکتوس میوکارد (در ۴ ماه قبل) مراجعه کرده است. سابقه هیپرتانسیون و دیس لیپیدمی دارد و 20 pack/year سیگار می کشد. رزواستاتین ۴۰ میلی گرم در روز مصرف می کند.

Chol: 150 mg/dl    Tg: 140 mg/dl    LDL: 69 mg/dl    HDL: 40 mg/dl

درمان تزریقی را نمی پذیرد.

کدام یک از اقدامات زیر برای رسیدن به هدف درمان لیپیدها در وی موثرتر است؟

تجویز رزواستاتین ۸۰

تجویز اتورواستاتین ۸۰

افزودن کلستیرامین به داروها

افزودن ازتیمایب به داروها

۳۲- خانم ۲۲ ساله ای به دلیل ندول تیروئید مراجعه کرده است و در سونوگرافی انجام شده ندول ۱۱ میلی متری هایپواکو، سالیید کیستیک و با حاشیه مشخص دیده شده است. غدد لنفاوی zone VI مشکوک گزارش شده است. تست های عملکرد تیروئید نرمال است.

مناسب ترین اقدام تشخیصی بعدی کدام است؟

FNA ندول تیروئید

تکرار سونوگرافی ۶ ماه بعد

اسکن ایزوتوپ تیروئید

اندازه گیری کلسی تونین

۳۳- خانم ۴۲ ساله با سابقه تومور ۲/۵ سانتی متری پاپیلاری تیروئید یک سال قبل تیروئیدکتومی شده است و ۴ غده لنفاوی گردنی از ۱۲ غده لنفاوی برداشته شده نیز مبتلا بوده است که بزرگترین آنها ۱/۳ سانتی متر است. وی با 100mci ید رادیواکتیو درمان شده است. بررسی ایشان بعد از درمان ساپرسیو با لووتیروکسین شامل: Tg: 0.5 ng/ml و Anti Tg:normal می باشد. سونوگرافی ندول ۵ میلی متری در بستر لوب چپ را نشان می دهد. غدد لنفاوی گردن نرمال است.

کدام مورد در توصیف ارزیابی پاسخ به درمان در ایشان صحیح است؟

Biochemical incomplete response

Excellent response

Indeterminate response

Structural incomplete response

۳۴- خانم ۵۰ ساله ای با ندول تیروئید مراجعه و در بررسی سونوگرافی نمای سالیید و هایپواکو دارد. FNA مشکوک به کارسینوم مدولاری می باشد و میزان کلسی تونین سرم 490 pg/ml می باشد.

اولین اقدام تشخیصی کدام است؟

سی تی اسکن گردن و قفسه سینه

MRI شکم

FDOPA PET scan

اسکن تمام بدن با ید ۱۳۱

۳۵- آقای ۴۲ ساله ای با سابقه هاشیموتو با لمس توده در غده تیروئید مراجعه و تحت سونوگرافی قرار گرفته است. در سونوگرافی انجام شده توده سالیید و هایپواکو به قطر ۲/۵ سانتیمتر در لوب راست دیده شد. در FNA انجام شده مشکوک به کنسر پاپیلاری است. پس از جراحی توتال تیروئیدکتومی در پاتولوژی کنسر پاپیلاری تیروئید نوع کلاسیک، با درگیری سه عدد از غدد لنفاوی مرکزی در حد یک میلیمتری گزارش شده است.

اقدام مناسب درمانی بعدی در ایشان کدام است؟

ید درمانی به میزان 30 میلی کوری

ید درمانی به میزان 100 میلی کوری

جراحی مجدد و سپس ید درمانی

تجویز لووتیروکسین 150 میکروگرم در روز

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

۳۶- خانم ۱۸ ساله ای با تب و لرز و درد جلوی گردن و بلع دردناک از ۲ هفته قبل مراجعه کرده است وی بدحال و کمی توکسیک به نظر می رسد. تست های تیروئید نرمال است. WBC:18000 با پولی نوکلئوز و ESR:95 دارد. در سونوگرافی یک ناحیه هایپواکو و التهاب لوب چپ تیروئید را نشان می دهد. در FNA مایع چرکی خارج شده است.

کدام یک از روش های زیر جهت بررسی علت ایجاد بیماری تیروئید ایشان تشخیصی است؟

اسکن گالیوم

اسکن تکنزیوم

بلع باریم

سی تی اسکن گردن

۳۷- خانم ۲۸ ساله ای با سابقه بیماری هاشیموتو پس از زایمان از ۴ هفته قبل دچار علائم طپش قلب، لرزش دست، تعریق و کاهش وزن ۳ کیلوگرم شده است. وی به نوزاد خود شیر می دهد. در معاینه تیروئید با قوام سفت و بدون حساسیت لمس می شود.

در بررسی: T4: 18µg/dl, T3:380ng/dl, TSH< 0.005 mIU/L

مناسب ترین اقدام کدام است؟

شروع درمان با متی مازول 20 میلی گرم روزانه

تکرار TFT دو هفته بعد

اندازه گیری آنتی بادی ضد گیرنده TSH

درمان با پروپییل تیوبوراسیل 200 میلی گرم روزانه

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

۳۸- خانم ۲۵ ساله ای با ندول  $6.5 \times 11$  میلی متری لب راست تیروئید که در سونوگرافی، سالیدهایپو اکو و با حدود نامنظم گزارش شده است با پاسخ دو نوبت FNA ندول با گاید سونوگرافی که Nondiagnostic بوده، مراجعه کرده است.

TSH = 1.4 mlu/l است.

کدام اقدام مناسب تر است؟

لوبکتومی

تست مولکولی RNA

تست بررسی ژنتیکی

اسکن با ید ۱۲۳

۳۹- در جریان حاملگی سطح کدام یک از هورمون های زیر در خون مادر کاهش می یابد؟

Testosterone

DHEA-S

Androstenedione

Epinephrine

Konkur.in

۴۰- بیمار ۱۹ ساله ای جهت رفع ابهامات تغییر جنسیت مراجعه کرده است. پس از تولد بیمار به عنوان دختر رشد کرده و اطلاعاتی از معاینه دستگاه تناسلی در زمان تولد در دسترس نمی باشد. در دوران کودکی و نوجوانی تمایل مشخص به ورزش هایی نظیر فوتبال و بوکس داشته است. در سن ۱۰ سالگی شرح حال جراحی به علت توده دردناک ناحیه اینگواینال راست را می دهد که از پاتولوژی آن اطلاعی در دسترس نیست. رشد موهای ناحیه پوبیک و آگزینا از سن حدوداً ۱۳ سالگی شروع ولی رشد سینه ها و شروع منس اتفاق نیفتاده است. از سن ۱۵ سالگی به تدریج صدای بیمار کلفت شده و با توجه به فقدان پریود در سن ۱۶ سالگی مراجعه پزشکی داشته است. سونوگرافی آن زمان موید فقدان رحم و ضمام بوده است. پس از آن بررسی خاص دیگری انجام نشده است. در حال حاضر در معاینه B1P3 بوده و کلیترومگالی در حد 5 cm همراه با فقدان labial fusion و single orifice به همراه توده 2cm در دیستال اینگواینال چپ جلب توجه می نماید. در بررسی ها کاریوتایپ بیمار XY بوده و یافته های آزمایشگاهی به قرار زیر است:

LH=25 IU/L , FSH=35 IU/L , Testosterone =3.8 ng/ml,

DHEAS=340(234-407) µg/dL , Androstenedione=3.2 ng/ml(0.3-3.3) , 17OHP=1.8 ng/ml , DHT=191(up to 399) pg/mL

محتمل ترین تشخیص کدام است؟

17βHSD III deficiency

5 α reductase II deficiency

Partial androgen insensitivity syn

Mixed gonadal dysgenesis

۴۱- دختر ۱۵ ساله ای با تشخیص کمبود ایزوله و ایدیوپاتیک هورمون رشد از سن ۸ سالگی تحت درمان می باشد. در طی این مدت پاسخ به درمان مناسب بوده و داروی خاص دیگری دریافت نکرده است بیمار در سن ۱۳ سالگی پریود شده و در یکسال گذشته در حد 1.5cm رشد داشته است.

اقدام مناسب در این مرحله کدام است؟

قطع درمان و اندازه گیری IGF1 سه ماه دیگر

ادامه درمان با تجویز یک روز در میان دارو

قطع درمان و انجام تست تحریکی هورمون رشد سه ماه دیگر

ادامه درمان همراه با کاهش دوز به نصف مقدار قبلی

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

۴۲- آقای 62 ساله ای با توجه به اختلالات تست های تیروئید به شما ارجاع داده شده. در آزمایشات همراه  $T4=5.5$  ،  $TSH=9$  mIU/L ،  $T4=5.3$   $\mu\text{g/dL}$  ،  $TSH=8.5$  mIU/L می باشد. در شرح حال بیمار بروز MI و به دنبال آن  $EF=35\%$  از سن ۶۰ سالگی که به دنبال آن تحت درمان دارویی است جلب توجه می نماید. در حال حاضر از لحاظ قلبی-عروقی وضعیت پایداری داشته و شکایت خاصی ندارد. در معاینه تیروئید در حد 35 gr با قوام سفت و بدون ندول لمس می گردد. مناسب ترین اقدام در این مرحله کدام است؟

شروع لووتیروکسین 25  $\mu\text{g}$  روزانه

درخواست سونوگرافی تیروئید

تکرار آزمایشات ۶ ماه دیگر

اندازه گیری جذب ید رادیواکتیو

۴۳- کدام یک از موارد زیر وضعیت ترشح هورمون LH در زمان بلوغ را توصیف می کند؟

Circadian

Diurnal

Ultradian

Infradian

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

۴۴- آقای ۳۸ ساله ای به دلیل ماکروآدنوم غیرفعال هیپوفیز ۵ سال قبل تحت عمل جراحی قرار گرفته است. از خستگی و ضعف شکایت دارد. لووتیروکسین ۱۲۵ میکروگرم روزانه و هیدروکورتیزون ۱۵ میلی گرم صبح ها و ده میلی گرم عصرها مصرف می کند. در معاینه بالینی BP=130/80mmHg و BMI=32 Kg/m<sup>2</sup> ،

نتایج آزمایش های انجام شده به شرح زیر است:

FBS=88 mg/dl

TSH=0.01 mlu/L

Free T4=1.6 ng/dl (0.8-1.8)

IGF1=85 ng/ml (84-233)

Total Testosterone= 305 ng/dl (300-900)

BMD, Z score: -2.7

مناسب ترین اقدام بعدی کدام است؟

کاهش دوز لووتیروکسین به ۱۰۰ میکروگرم روزانه

شروع درمان با تستوسترون ۲۵۰ میلی گرم هر سه هفته

شروع درمان با هورمون رشد

انجام تست تحریکی هورمون رشد با گلوکاگون

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

۴۵- آقای ۵۳ ساله به دلیل سردرد و خستگی مراجعه کرده است. در معاینه فشارخون ۱۴۸/۸۸ میلی متر جیوه و BMI=32kg/m<sup>2</sup> است. نتایج آزمایش های انجام شده به شرح زیر است:

FBS=116 mg/dl

Prolactin=52 ng/ml (4-23)

LH=1.8 mlu/ml (1.0-9)

Total testosterone=150 ng/dl (300-900)

Cortisol=10.4 µg/dl

IGF1=262 ng/ml (65-195)

Nadir GH with GTT =6.8 mlu/L

MRI هیپوفیز توده ای داخل سلا به ابعاد ۱۴×۱۲ میلی متر را نشان می دهد.

مناسب ترین اقدام در این مرحله کدام است؟

کابریگولین ۵/۰ میلی گرم دو بار در هفته

پاسیروتاید ماهیانه

جراحی هیپوفیز

تستوسترون ۲۵۰ میلی گرم هر سه هفته

Konkur.in

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

۴۶- خانم ۳۵ ساله ای به دلیل الیگوآمنوره و سردرد از ۶ ماه قبل مراجعه کرده است. نتایج آزمایش های انجام شده در آن زمان به شرح زیر است:

FSH=0.4 mlu/ml

LH=0.3 mlu/ml

Prolactin=188 ng/ml (4-31)

در MRI هیپوفیز توده ای به ابعاد  $10 \times 14$  mm دیده شده است. برای بیمار کابریگولین یک میلی گرم دو بار در هفته شروع شده است. سه ماه پس از مصرف دارو میزان پرولاکتین ۵۴ نانوگرم در میلی لیتر است و در MRI اندازه توده تغییری نکرده است.

مناسب ترین اقدام در این مرحله کدام است؟

افزایش دوز کابریگولین

تکرار MRI چهار ماه بعد

جراحی هیپوفیز

گامانایف

Konkur.in

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

۴۷- خانم ۳۲ ساله ای به دلیل تپش قلب- لرزش دست ها و کاهش وزن مراجعه کرده است در معاینه Lid-lag و Staring مشاهده می شود و تیروئید با وزن ۴۵ گرم بدون تندرنس لمس می شود. نتایج اقدامات انجام شده به شرح زیر است:

TSH=14 mlu/L

Free T4=2.0 ng/dl (0.8-1.8)

Prolactin=18 ng/ml (4-23)

IGF1 =105 ng/ml (91-246)

MRI=13 mm Pituitary adenoma

مناسب ترین اقدام بعدی کدام است؟

جراحی هیپوفیز

متی مازول

ساندوستاتین

تکرار آزمایش تیروئید چهار هفته بعد

Konkur.in

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

۴۸- آقای ۴۷ ساله ای با سابقه جراحی هیپوفیز ۱۰ سال قبل مراجعه کرده است. به دلیل عدم پاسخ به درمان جراحی و دارویی بیمار ۷ سال قبل رادیوتراپی غده هیپوفیز انجام داده است. در حال حاضر از ضعف و خستگی و اختلال خواب شکایت می کند. در معاینه بالینی فشارخون ۱۰۰/۶۵ میلی متر جیوه و  $BMI=32.3 \text{ kg/m}^2$  است. در بررسی های انجام شده وقفه تنفسی در خواب شبانه مکرر رخ می دهد. نتایج آزمایش های انجام شده به شرح زیر است؟

TSH=1.1 mlu/L

Free T4=0.7 ng/dl (0.8-1.8)

Testosterone=300 ng/dl (300-900)

IGF1 =62 ng/ml (117-321)

Cortisol (8 Am)=5.2  $\mu\text{g/dl}$  (5-25)

مناسب ترین اقدام بعدی کدام است؟

تجویز تستوسترون ۲۵۰ میلی گرم هر سه هفته

انجام تست تحریکی هورمون رشد با گلوکاگون

تجویز لووتیروکسین ۵۰ میکروگرم روزانه

انجام تست تحریکی ACTH

Konkur.in

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

۴۹- پسر ۲۰ ساله ای به دلیل عدم بروز صفات ثانویه جنسی مراجعه کرده است. او همچنین شرح حال کاهش شنوایی در گوش راست از کودکی را دارد. در معاینه بالینی کمبود رویش موهای صورت و پوبیس و میکروفالوس مشاهده می شود. بیضه ها در اسکروتوم با ابعاد یک در یک سانتی متر لمس می شوند.

Ht=172 cm, Wt=68 Kg , BP=110/70 mmHg

نتایج آزمایش های انجام داده به شرح زیر است:

FSH=0.46 mlu/ml (1.4-15)

LH=0.15 mlu/ml (0.5-12)

Testosterone=16 ng/dl (300-950)

LH after GnRH =0.6 mlu/L

محتمل ترین تشخیص کدام است؟

Constitutional delay in growth and puberty

Hypogonadotropic hypogonadism

Functional Central hypogonadism

Anorexia nervosa

۵۰- در مورد مکانیسم های ترشح انسولین از سلول های بتای پانکراس کدام یک از موارد زیر صحیح است؟

ورود گلوکز به سلول بتا توسط Glut- 4

خروج کلسیم از سلولهای بتا

تبدیل گلوکز به گلوکز ۶-فسفات

کاهش C-AMP توسط رسپتور GLP-1

۵۱- وجود دیابت نوع ۱ در کدامیک از خویشاوندان زیر احتمال ابتلا به این بیماری (در طول زندگی) را بیشتر می کند؟

فرزند

برادر

مادر

پدر

۵۲- مرد ۴۰ ساله بدون علائم بالینی دیابت با نتایج آزمایشگاهی زیر مراجعه کرده است.

FBS:130 mg/dl , HbA1c:5.6%

مناسب ترین اقدام کدام است؟

تکرار FBS

تکرار HbA1C

انجام تست تحمل گلوکز دو ساعته

اندازه گیری Glycated albumin

Konkur.in

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

۵۳- خانم ۳۵ ساله به علت حملات هیپوگلیسمی علامت دار مراجعه کرده است. خواهر بیمار مبتلا به دیابت نوع یک و تحت درمان با انسولین می باشد. افت قند خون بیمار معمولاً چند ساعت پس از غذا خوردن بروز می کند. آزمایش های انجام شده در حین هیپوگلیسمی به شرح زیر است:

Blood sugar: 35 mg/dl,      Insulin: 85 micro U/ml (NI: 2-20)

C-peptide: 1.5 nmol/L (NI: 0.27-1.19)

Insulin to C-peptide molar ratio >1

کدام یک از تشخیص های زیر محتمل تر است؟

مصرف سولفونیل اوره

انسولینوما

تزریق انسولین

آنتی بادی علیه انسولین

۵۴- خانم ۲۵ ساله مورد شناخته شده GCK-MODY در هفته ۲۶ بارداری مراجعه کرده است. وی تحت درمان با رژیم غذایی بوده و آزمایش های وی به شرح زیر است:

FBS: 125 mg/dl ,      Hb A1C: 6.9%

در سونوگرافی رشد جنین طبیعی است.

کدام یک از اقدامات زیر مناسب تر است؟

ادامه درمان فعلی و دادن اطمینان به بیمار

شروع گلی بنکلامید تا هفته ۲۸ و سپس تجویز انسولین

شروع گلی بنکلامید و ادامه آن تا آخر بارداری

شروع انسولین و ادامه آن تا آخر بارداری

۵۵- خانم ۳۰ ساله به علت ابتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک و ناباروری تحت درمان با متفورمین ۱۰۰۰ میلی گرم در روز بوده و در حال حاضر در هفته ۱۲ بارداری می باشد. وی در حاملگی قبلی دچار دیابت بارداری شده است.

در صورت ادامه متفورمین کدام یک از موارد زیر صحیح تر است؟

از سقط خودبخودی جلوگیری می کند.

خطر ابتلا به دیابت بارداری را کم می کند.

از غیر طبیعی بودن وزن نوزاد در زمان تولد جلوگیری می کند.

احتمال اضافه وزن نوزاد در سنین ۱۰-۴ سالگی را زیاد می کند.

۵۶- مرد ۶۰ ساله مورد دیابت و سکته مغزی تحت درمان با متفورمین به علت کاهش سطح هوشیاری از یک روز قبل به اورژانس آورده شده است. در معاینه وزن بیمار حدود ۸۰ کیلوگرم، مخاط دهان خشک و فشار خون ۱۰۰/۷۰ میلی متر جیوه می باشد. آزمایش های بیمار به شرح زیر است:

Blood Sugar: 630 mg/dl , BUN: 50 mg/dl , Creat: 1.8mg/dl,

Na: 144 mmol/L , K: 4 mmol/L , Venous blood PH: 7.42 , Serum ketone: Negative

در درمان این بیمار کدام یک از اقدامات زیر مناسب تر می باشد؟

تجویز محلول سالین 0.45% به میزان 1000 سی سی و 8 واحد انسولین رگولار در ساعت

تجویز محلول سالین 0.9% به میزان 500 سی سی و 8 واحد انسولین رگولار در ساعت

تجویز محلول سالین 0.45% به میزان 500 سی سی و انسولین رگولار 8 واحد در ساعت

تجویز محلول سالین 0.9% به میزان 1000 سی سی و انسولین رگولار ۴ واحد در ساعت

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

۵۷- بیمار ۵۰ ساله مورد دیابت تحت درمان روزانه با متفورمین ۱۰۰۰ میلی گرم، امپاگلیفلوزین ۱۰ میلی گرم و انسولین گلازین شبی ۲۰ واحد می باشد. قند ناشتا 140 میلی گرم در دسی لیتر و هموگلوبین گلیکوزیله بیمار ۷/۵% است. وی جهت مشاوره قبل از جراحی الکتیو کیسه صفرا مراجعه کرده است.

کدام یک از توصیه های زیر مناسب تر است؟

تعویق جراحی و کنترل HbA1C به کمتر از ۷%

قطع متفورمین از سه روز قبل از جراحی

کاهش انسولین به ۱۵ واحد شب قبل از جراحی

قطع امپاگلیفلوزین یک روز قبل از جراحی

۵۸- بیمار مرد ۲۵ ساله که به علت ناباروری مراجعه و بعد از بررسی به دلیل هیپوگنادوتروپیک هیپوگنادیسم و تمایل به باروری تحت درمان با hCG 1500 واحد سه بار در هفته قرار گرفته است اما از ۵۰۰۰ واحد سه بار در هفته استفاده کرده است در آزمایش اسپرم که سه ماه بعد از شروع دارو توسط اورولوژیست درخواست شده است الیگو اسپرمی (تعداد سه میلیون در میلی لیتر) دیده می شود و دارو همچنان ادامه یافته است در آزمایش جدید بیمار تستوسترون (NL: 2.46-8.36) 8 ng/ml است تعداد اسپرم ها نسبت به آزمایش قبل کاهش قابل توجه داشته (تعداد یک میلیون در میلی لیتر) است.

در این مرحله مناسب ترین اقدام کدام است؟

کاهش دوز hCG

بررسی ژنتیک قبل از ICSI

افزودن HMG به رژیم دارویی

ارجاع بیمار جهت انجام IUI

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

۵۹- بیمار خانم ۳۸ ساله که ۶ هفته بعد از بارداری اول به شما مراجعه نموده است سابقه بی نظمی قاعدگی قبل از بارداری و همچنین GDM و DVT در بارداری را دارد دیابت بیمار متعاقب زایمان بهبود نیافته و در حال حاضر تحت درمان با متفورمین و وارفارین می باشد. در معاینه قد ۱۵۸ سانتی متر و وزن ۸۸ کیلوگرم دارد. وی جهت مشورت در مورد پیشگیری از بارداری به شما مراجعه نموده است و اظهار می دارد که با توجه به سن تمایل به بارداری در سال بعد را دارد.

مناسب ترین روش پیشگیری از بارداری در این بیمار کدام است؟

Estrogen-progesterone pill

Progestin-Releasing Intrauterine device

Progestin only Oral Contraceptive pill

Depot Medroxyprogesterone Acetate

۶۰- بیمار آقای ۴۱ ساله که به علت ژنیکوماستی و ناباروری مراجعه نموده است. وی اظهار می دارد که بزرگی دو طرفه سینه بعد از بلوغ داشته که در چند ماه اخیر اندازه Breast راست بیمار تقریباً دو برابر و دردناک شده است همچنین در سابقه بیمار آزواسپرمی داشته و در معاینه اندازه Breast راست، حدود شش سانتیمتر و دردناک است و بیضه ها کوچک و سفت است.

Testosterone =3 ng/ml (NL:2.46-8.36)

LH=15 mlu/ml

FSH=30 mlu/ml

است. با توجه به محتمل ترین تشخیص در بیمار در این مرحله مناسب ترین اقدام کدام است؟

اندازه گیری استرادیول

اندازه گیری تستوسترون آزاد

اندازه گیری پرولاکتین

سونوگرافی سینه و بیوپسی

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

۶۱- بیمار خانم ۱۶ ساله مجرد که توسط متخصص زنان جهت بررسی هیپرپرولاکتینمی به شما ارجاع شده است وی به دلیل تأخیر قاعدگی از ۲ ماه قبل و spotting مورد بررسی قرار گرفته است. در سابقه سن منارک ۱۲ سالگی و قاعدگی منظم داشته ، داروی خاصی مصرف نمی کند در معاینه  $BMI=19kg/m^2$  رنگ پوست بیمار تیره است Breast مرحله تانر B5 است nipple هیپرپیگمانته است و گالاکتوره ندارد. در آزمایشات انجام شده  $prolactin=80ng/ml$ ,  $TSH=0.3 mu/L$  است.

در این مرحله مناسب ترین اقدام کدام است؟

MRI هیپوفیز با و بدون گادولینیوم

اندازه گیری Free T4 و کورتیزول

تکرار پرولاکتین با رقت معمولی و 1/100

اندازه گیری B-hCG و سونوگرافی لگن

۶۲- بیمار خانم ۲۵ ساله که با شکایت از پر مویی مراجعه نموده است سابقه مصرف داروی خاصی را نمی دهد سیکل ماهیانه بیمار منظم و هر ۳۰ روز یک بار اتفاق می افتد در معاینه BMI طبیعی است به جز هیرسوتیسم ( $FG-Score=14$ ) یافته مثبت دیگری ندارد آزمایشات Testosterone, TSH, DHEAS طبیعی بوده است.

مناسب ترین اقدام کدام است؟

پروژسترون روز 17 قاعدگی

AMH در فاز فولیکولر

سونوگرافی تخمدان

FSH, LH در فاز لوتئال

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

۶۳- بیمار خانم ۲۲ ساله که با شکایت از هیپرسوتیسم مراجعه نموده است مشکل بیمار از ۴ ماه قبل شروع شده در حال حاضر خشونت صدا و هیپرسوتیسم  $FG-Score=20$  دارد در معاینه لگن توده آدنکس سمت راست لمس می شود در بررسی های انجام شده تستوسترون و آندروستن دیون افزایش یافته دارد

محتمل ترین تشخیص کدام یک از تومور های زیر است؟

Hilus cell

Granulosa-theca

Sertoli-Leydig cell

Steroid cell

۶۴- کدام یک از موارد زیر منجر به کاهش غلظت sex hormone binding globulin می شود؟

کمبود هورمون رشد

دیابت نوع ۲

هیپرتیروییدیسم

داروهای ضد تشنج

۶۵- بیمار جوان ۲۲ ساله که با ضعف عضلانی پیشرونده در بخش اعصاب بستری است و به دلیل ژنیکوماستی با شما مشاوره شده است. سابقه مشکل مشابه در دایی بیمار وجود دارد. از کاهش لیبیدو و erectile dysfunction شاکی است. بویایی بیمار طبیعی است. در معاینه کاهش موی صورت و fasciculation دارد. در آزمایشات انجام شده آزواسپرمی دارد.

با توجه به تشخیص احتمالی در بیمار فوق کدام یک از موارد ذیل بیشتر قابل انتظار است؟

High Testosterone

Low LH

Undetectable FSH

High Prolactin

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

۶۶- کدام یک از عوامل زیر موجب کاهش ترشح آلدسترون می‌شود؟

پتاسیم سرم

آنژیوتانسین ۲

سوماتوستاتین

ACTH

Konkur.in

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

۶۷- برای خانم جوان ۲۲ ساله‌ای با افزایش وزن پیشرونده، اختلالات قاعدگی و هیپرسوتیسم از یک سال پیش، تست مهار با دگزامتازون انجام می‌شود. کورتیزول سرم بعد از ۱ میلی‌گرم دگزامتازون شبانه 16µg/dL گزارش می‌شود. جهت بررسی‌های بیشتر ارجاع داده می‌شود. در معاینات:

BP=142/92 mmHg

Wt=81Kg Ht=161 cm

صورت گرد و چاقی ژنرالیزه یافته‌های بالینی دیگرند. هیپرسوتیسم خفیف در نواحی وابسته به آندروژن و آکانتوز نیگریکان در چین‌های زیر بغلی به چشم می‌خورد. در بررسی‌های بیشتر:

24h UFC= 216 µg/24h

ACTH= 42 Pg/mL

DHEA-S=201(<240) micg/dL

Prolactin=12 ng/mL

FBS=122 mg/dL

Cr=1 mg/dL

K<sup>+</sup> =4.6 mEq/L

MRI از هیپوفیز ضایعه‌ای به ابعاد 7×11mm در سمت چپ هیپوفیز نشان می‌دهد.

توصیه شما کدام یک از موارد زیر است؟

تست مهار با دگزامتازون با دوز بالا

IPSS

جراحی ترانس اسفنوئید

MRI از سینه و شکم

۶۸- خانم ۴۷ ساله‌ای با علائم و نشانه‌های سندروم کوشینگ مراجعه کرده است. بررسی‌های آزمایشگاهی به شرح زیر گزارش شده‌اند:

کورتیزول سرم بعد از ۱ میلی‌گرم دکزامتازون شبانه 26  $\mu\text{g/dL}$

کورتیزول ادرار ۲۴ ساعته 314  $\mu\text{g/day}$

ACTH=2.4 pg/mL

Cr=1.2 mg/dL

K<sup>+</sup>=4.4 mEq/L

در معاینات:

BP=162/94mmHg و نشانه‌های بارز کوشینگ وجود دارد.

در CT انجام شده از آدرنالها توده 2.6cm با Hu=7 در آدرنال راست و توده 2.4cm با Hu=6 در آدرنال چپ وجود دارد.

توصیه مناسب در این مرحله کدام یک از موارد زیر است؟

نمونه گیری از وریدهای آدرنال

آدرنالکتومی دو طرفه

اندازه‌گیری DHEA-S

اندازه‌گیری متانفرین و نورمتانفرین ادرار

Konkur.in

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

۶۹- مرد ۴۲ ساله‌ای با توده ۷ سانتی‌متری آدرنال راست که در CT آدرنال HU=42 داشته و در بررسی‌ها Nonfunctional بوده، تحت آدرنالکتومی راست قرار می‌گیرد. جراحی بدون عارضه بوده و توده بطور کامل برداشته می‌شود. پاتولوژی کارسینوم آدرنال را تایید می‌نماید. یک ماه بعد از عمل بدون علامت می‌باشد.

در بررسی‌های آزمایشگاهی:

Na<sup>+</sup> = 141 mEq/L

K<sup>+</sup> = 4.2 mEq/L

Plasma cortisol=16 µg/dL

برای وی میتوتان شروع و دوز آن به ۳ گرم افزایش می‌یابد. ۴ ماه بعد بیمار با کاهش وزن، بی‌اشتهایی، تهوع و استفراغ و سرگیجه وضعیتی مراجعه می‌کند. در معاینات هیپوتانسیو بوده و افزایش در پیگمانتاسیون پوستی وجود دارد.

BP=90/62 mmHg

K<sup>+</sup>=5.6 mEq/L

Na<sup>+</sup>=132 mEq/L

cortisol=4.1 µg/dL

هیدروکورتیزون ۱۰ میلی‌گرم دو بار در روز شروع می‌شود. یک هفته بعد تغییر چندانی در وضعیت بیمار دیده نمی‌شود. وی همچنان هیپوتانسیو بوده و ارتواستاز قابل ملاحظه‌ای دارد. توصیه مناسب کدام یک از موارد زیر است؟

قطع میتوتان و افزایش دوز هیدروکورتیزون به ۳۰ میلی‌گرم

ادامه میتوتان و تبدیل هیدروکورتیزون به پردنیزولون ۱۰ میلی‌گرم

ادامه میتوتان و هیدروکورتیزون و افزودن فلودروکورتیزون

ادامه میتوتان، افزایش دوز هیدروکورتیزون و شروع فلودروکورتیزون

۷۰- خانم ۵۲ ساله‌ای که به علت درد شکم و هیپاتومگالی تحت CT اسکن شکم قرار گرفته، توده‌ای به اندازه 3.6cm در آدرنال راست گزارش شده است. توده گرد با حدود صاف و پارانشیم یکنواخت بوده و  $Hu = -7$  دارد. سابقه دیابت و هیپرتانسیون را ذکر نمی‌کند.

در معاینات:

BP=116/75 mmHg

BMI = 27 Kg/m<sup>2</sup>

FBS=112mg/dL

Cr=0.9 mg/dL

Na<sup>+</sup>=139 mEq/L

K<sup>+</sup>=4.6 mEq/L

ACTH=22 pg/mL

نشانه‌های بالینی سندروم کوشینگ وجود ندارد. کورتیزول سرم بعد از تجویز شبانه یک میلی گرم دگزامتازون 1.2 µg/dL گزارش شده است.

توصیه شما کدام یک از موارد زیر است؟

اندازه‌گیری رنین و آلدسترون

متانفرین و نورمتانفرین ادرار

تعیین غلظت DHEA-S

پیگیری سالانه بیمار

۷۱- خانم ۲۵ ساله‌ای که ۲۶ هفته حامله است، به علت هیپرتانسیون کنترل نشده و حملات تاکی کاردی - تعریق فراوان و کاهش وزن با احتمال پر اکلامپسی بستری شده است. در معاینات انجام شده:

در وضعیت خوابیده BP=196/124 mmHg

در وضعیت نشسته BP=156/95 mmHg

Wt=60 Kg

Ht=162cm

PR=112/min

RR=22/min

ادم در اندام‌ها وجود ندارد. اکوکاردیوگرافی طبیعی بوده و در ته چشم رتینوپاتی گرید ۲ گزارش شده است. برای وی سولفات منیزیم و متیل دو پا شروع می‌شود. تغییر چندانی در فشار خون اتفاق نمی‌افتد. در بررسی برای فنوکروموسیتوم احتمالی متانفرین های ادرار ۲۴ ساعته ۴ برابر نرمال گزارش شده است

FBS=122 mg/dL

Cr=0.9 mg/dL

CBC = normal

U/A=normal

MRI از آدرنال‌ها ضایعه‌ای نشان نمی‌دهد.

در این مرحله چه اقدامی را توصیه می‌کنید؟

MIBG scan

ختم بارداری و شروع فنوکسی بنزامین

PET scan

فنوکسی بنزامین و پیگیری بیمار

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

۷۲- مرد ۴۳ ساله‌ای با هیپرتانسیون کنترل نشده علی رغم دریافت داروهای متعدد آنتی هیپرتانسیو و حملات طپش قلب و تعریق فراوان از ۳ سال پیش با نشانه های سندرم کوشینگ شامل استریاهای ارغوانی پهن، نازک شدن پوست، کبودی پذیری آسان و میوپاتی پروگزیمال در بخش غدد بستری می‌شود.

در معاینات انجام شده:

BP=216/116 mmHg

Wt=69 Kg

Ht=169cm

PR=114/min

بیمار ظاهر کوشینگوئید دارد. افزایش پیگمانتاسیون پوستی-مخاطی و ضعف عضلات پروکسیمال یافته‌های دیگرند.

در بررسی های اولیه آزمایشگاهی:

FBS=149 mg/dL

Cr=1.4 mg mg/dL

Na<sup>+</sup>=142 mEq/L

K<sup>+</sup>=3.2 mEq/L

در آزمایشات بیشتر :

کورتیزول سرم بعد از یک میلی گرم دکزامتازون شبانه

Cortisol 8 AM=29 µg/dL

24h urinary cortisol = 316 µg/dL

Plasma ACTH = 149 pg/mL

MRI از ناحیه هیپوفیز و هیپوتالاموس ضایعه ای نشان نمی‌دهد. با احتمال سندروم ACTH اکتوپیک CT سینه و شکم انجام می‌شود که توده‌ای به ابعاد 44\*29 mm با HU برابر ۳۲ در آدرنال راست نشان می‌دهد. آدرنال چپ طبیعی است.

کدام یک از اقدامات تشخیصی زیر را توصیه می‌کنید؟

آدرنالکتومی با لاپاراسکوپ

اندازه‌گیری DHEA-S

اندازه‌گیری متانفرین و نورمتانفرین ادرار

نمونه گیری از وریدهای آدرنال

۷۳- خانم ۴۰ ساله ای به علت مشکلات گوارشی و عدم تحمل لبنیات، در چند ماه گذشته مصرف غذاهای حاوی کلسیم را محدود کرده است. در آزمایش  $ca = 8.7$  (8.6-10.4) mg/dl است.

همه این موارد در مورد تطابق این بیمار با این رژیم غذایی صحیح است بجز؟

افزایش تولید 1,25OH-vit D به علت افزایش PTH

افزایش جذب روده ای کلسیم توسط 1,25OH-vit D و PTH

افزایش باز جذب کلیوی کلسیم به علت افزایش PTH

افزایش باز جذب استخوانی کلسیم توسط 1,25OH-vit D و PTH

۷۴- خانم ۴۵ ساله ای به علت ضعف و بی حالی بررسی شده است و به علت کلسیم بالا به شما ارجاع شده است. آزمایشات به شرح زیر است:

Ca=11 (8.8-10.4) mg/dl, PTH=10 (10-65) pg/ml, P=4.5 (2.5-4.5) mg/dl

Alb= 4 (3.4-5.4) gr/dl, Alkph=250 (90-260) u/l

ادرار ۲۴ ساعته Ca=250mg/day

سابقه مشکلات روحی روانی و فشار خون بالا داشته و به این علت دارو مصرف می کرده است.

در مورد این بیمار کدام تشخیص محتمل تر است؟

FHH

مسمومیت با vit D

مصرف لیتیوم

MEN2a

۷۵- خانم ۷۵ ساله در آزمایشات سالانه متوجه کلسیم بالا شده و جهت بررسی مراجعه کرده است. آزمایشات به شرح زیر است:

Ca=10.7 (8.8-10.4) mg/dl

PTH=64 (10-65) pg/ml

P=3 (2.5-4.5) mg/dl

Alkph=200 (90-260) u/l, Alb= 4 (3.4-5.4) gr/dl

Ca= 200mg/day , Cr=0.7mg/dl ادرار ۲۴ ساعته

این آزمایشات در ۶ ماه گذشته چند بار تکرار شده و نتایجش در همین حدود بوده است .

آزمایشات ۵ سال پیش بیمار نرمال بوده است .

در BMD انجام شده :

Lumbar spine Tscore= -1.5 , femoral neck Tscore= -1.6

می باشد . سابقه شکستگی و سنگ کلیه ندارد و گرافی ستون فقرات و سونوگرافی کلیه ها نرمال است.

قد ۱۶۰ سانتی متر و وزن ۷۰ کیلوگرم است. سابقه مصرف مکمل های ویتامین دی در یک سال گذشته را دارد .

در ادامه management این بیمار کدام اقدام ارجح است؟

بررسی سالانه کلسیم و کلیرانس کراتینین و BMD

اندازه گیری کلیرانس کلسیم / کلیرانس کراتینین

بررسی سطح ویتامین D سرم

انجام اسکن سستامی بی پاراتیروئید

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

۷۶- خانم ۳۰ ساله به علت ضعف عضلانی و درد استخوانی مراجعه کرده است. آزمایشات به شرح زیر است:

Ca=8 (8.8-10.4) mg/dl , PTH=300 (10-65) pg/ml

P=2.8 (2.5-4.5) mg/dl

vit D= 8 (20-50) ng/ml , Alkph=1200 (90-260) u/l

بیمار تحت درمان با ویتامین دی و کلسیم قرار گرفته است .

در پیگیری این بیمار اندازه گیری همه موارد زیر کمک کننده است بجز:

هورمون پاراتیروئید

کلسیم

فسفر

کلسیم ادرار ۲۴ ساعته

۷۷- خانم ۶۴ ساله ای جهت بررسی تراکم استخوان مراجعه کرده است. در BMD انجام شده:

Lumbar spine= Tscore -3.3 Total femur= Tscore -2.5 می باشد .

سابقه شکستگی نداشته است. کاندید ایمپلنت دندان طی روزهای آینده است.

کدام اقدام زیر ارجح است ؟

ادامه ی داروهای فوق

آلندرونیت

کلسیتونین

تری پاراتید

۷۸- خانم ۷۰ ساله‌ای به علت شکستگی مهره کمری و  $Tscore=-2.7$  در مهره های کمری و  $Tscore=-2$  در گردن فمور از دو سال پیش تحت درمان با کلسیم و ویتامین دی و Denosumab قرار گرفته است. در حال حاضر در BMD جدید  $Tscore=-2.1$  در مهره ها کمری و  $Tscore=-1.6$  در گردن فمور دارد. بیمار تمایلی به ادامه درمان فوق ندارد.

علاوه بر مصرف کلسیم و ویتامین دی کدام توصیه در این بیمار ارجح است؟

درمان با آندرونیت

شروع کلسی تونین

پیگیری با BMD دو سال بعد

شروع SERM

۷۹- دختر ۱۲ ساله‌ای به علت درد استخوانی و ضعف عضلانی مراجعه کرده است. در بررسی‌های انجام شده:

Ca=9 (8.8-10.4) mg/dl,

PTH=60 (10-65) pg/ml

Alb= 4 (3.4-5.4) gr/dl

Alkph=1400 (90-260) u/l

P=2 (2.5-4.5) mg/dl

باز جذب توبولار فسفات (TRP) بررسی شده که پایین بوده است.

در ادامه بررسی این بیمار کدام اقدام ارجح است؟

1,25OH-vit D

25OH-vit D

FGF23

TmP/GFR

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

۸۰- خانم ۴۰ ساله‌ای به علت ضعف عضلانی و درد استخوانی مراجعه کرده است. waddling gait نیز دارد. بررسی‌های انجام شده به شرح زیر است:

Ca=8 (8.8-10.4) mg/dl

PTH=600 (10-65) pg/ml

Alb= 4 (3.4-5.4) gr/dl

P=3 (2.5-4.5) mg/dl

vit D= 7 (20-50) ng/ml

Alkph=1200 (90-260) u/l

برای درمان این بیمار کدام اقدام زیر ارجح است؟

vitD3 + کلسیم

vit D3 + کلسیتریول + کلسیم

کلسیتریول + کلسیم

vit D3 + فسفات + کلسیم

۸۱- گیرنده سلولی هورمون انسولین در زمره کدام گیرنده ها است؟

Serine kinase

Cytokine-linked kinase

Receptor tyrosine kinase

G-protein coupled seven transmembrane

۸۲- Genome-wide tests (Gene-Panel) کدام اطلاعات ژنتیکی را مشخص می‌کند؟

Chromosomal rearrangements

Novel break points

Triplet repeat expansions

Multiple base variations

۸۳- بیشترین و کمترین غلظت سرمی متعلق به کدام هورمون‌ها است (اولی بیشترین و دومی کمترین)؟

آلدوسترون و T3  
انسولین و ویتامین D  
تیروکسین و هورمون رشد  
تستوسترون و تیروتروپین

۸۴- در مورد شیوع بیماری‌های غدد درون ریز بالغین در ایران کدام گزینه صحیح است (از بیشترین تا کمترین شیوع)؟

کم کاری و پرکاری تیروئید، دیس لیپیدی، دیابت نوع 2، چاقی  
اضافه وزن، دیابت نوع 2، کم کاری و پرکاری تیروئید، استئوپروز  
دیس لیپیدی، چاقی، استئوپروز، دیابت نوع 2  
دیابت نوع 2، اضافه وزن، کم کاری تیروئید، دیس لیپیدی

۸۵- برای خانم 24 ساله باردار پس از دریافت یدرادیواکتیو مشاوره آندوکراین انجام می شود. 3 ماه قبل به علت عود بیماری گریوز با متی مازول درمان شده و 3 روز قبل جذب 24 ساعته یدرادیواکتیو 91% بوده و بیمار 9 میلی کوری یدرادیواکتیو دریافت کرده است. روز گذشته به علت تهوع و درد شکم سونوگرافی داشته و بارداری 11 هفته تشخیص داده شده است. معاینات بالینی طبیعی است.  $TSH=4.9 \text{ mU/L}$  و  $fT4=0.8 \text{ ng/dl}$  است. احتمال بروز کدام یک از پیامدهای زیر در جنین بیشتر است؟

کم کاری تیروئید  
آترزی مری آنومالی‌های گوارشی و ادراری  
آنومالی‌های گوارشی و ادراری  
تحلیل رفتن و مرگ

۸۶- خانم 23 ساله‌ای در هفته 6 بارداری با طپش قلب، لرزش دست و تعریق زیاد مراجعه می‌کند. ضربان نبض 108 در دقیقه، فشار خون 120/50 میلی‌متر جیوه، گواتر 35 گرم و منتشر دارد.  $TSH < 0.01 \text{ mU/L}$  و  $fT4 = 3.0 \text{ ng/dl}$  است. کدام روش درمانی مناسب‌تر است؟

شروع متی مازول و ادامه آن تا آخر بارداری  
شروع پروپیل تیواوراسیل و ادامه آن تا آخر بارداری  
شروع متی مازول حصول درستکاری تیروئید و قطع آن در ماه هفتم بارداری  
شروع پروپیل تیواوراسیل و تبدیل آن به متی مازول در ماه چهارم بارداری

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

۸۷- آقای 40 ساله در بررسی سینوزیت با CT Scan در هیپوفیز mass دیده شده است .

در معاینه bitemporal hemianopsia دارد و نکته خاص دیگری ندارد.

BP:130/80mmHg

BMI:25 kg/m<sup>2</sup>

در آزمایشات:

Testosteron:290ng/dl , PRL:40 ng/ml(4-22) , T4:10 micrg/dl , TSH:3miu/l , IGF1:206(100-260)ng/ml

در MRI توده هیپوفیز 2.3 cm با گسترش به کیاسما دارد که تحت جراحی TSS قرار گرفته است و با دستور هیدروکورتیزون صبح (10mg) ظهر (5mg) و شب (5mg) مرخص شده است. یک هفته بعد جراحی دچار تهوع و سردرد شده است و علائم حیاتی نرمال است. قدم بعدی در این بیمار کدام است؟

- اندازه گیری کورتیزول
- انجام LP
- MRI هیپوفیز
- اندازه گیری سدیم

۸۸- آقای 50 ساله با سابقه متاستاز سرطان ریه به مغز با تظاهرات پلی اورى هیپوتونیک، هیپرناترمی و ناپایداری فشارخون بستری است .

در آزمایشات :

Na=152 meq/l

پاسخ به دسموپرسین افزایش اسمولاریته ادرار به 180

اسمولاریته ادرار = 90mosm/kg

اسمولاریته سرم = 310mosm/kg

وزن مخصوص ادرار = 1002

Cortisol= 3 micg/dl

ACTH= 10

اولین اقدام درمانی برای بیمار کدام است؟

- تیازید
- گلوکوکورتیکوئید
- دسموپرسین و گلوکوکورتیکوئید
- نرمال سالین و دسموپرسین

۸۹- بیمار 30 ساله Transgender که تحت درمان با استرادیول و اسپیرنونلاکتون می باشد.

کدام گزینه بیشترین تطابق را با اهداف درمانی دارد؟

سطح testosterone بالاتر از محدوده زنانه  
استرادیول پایین محدوده نرمل  
سطح testosterone به 200 ng/dl  
کاهش سطح testosterone به کمتر از 50ng/dl

۹۰- دختر 6 ساله با افزایش رشد قد و تارک زودرس مراجعه کرده است در بررسی ها سن استخوانی 8 ساله می باشد بعد از تزریق GnRh پیک ترشح LH داریم

در آزمایشات

LH=2 IU/L

FSH =3 IU/L

Estradiol=60 pg/ml

MRI هیپوفیز طبیعی است.

با توجه به یافته ها کدام گزینه درست است؟

شروع هورمون رشد برای جلوگیری از کوتاهی قد  
بررسی مجدد 4 ماه بعد  
بررسی تومور تخمدان  
شروع GnRH Agonist

۹۱- نوزاد XY 46 با آلت تناسلی (میکروپینس) و هیپوسپادیاس شدید و testis که لمس نمی شود تحت بررسی می باشد در MRI لگن رحم ندارد . آزمایش testosterone پایین و پاسخ ناکافی به HCG دارد ولی

17 - OH Progesterone=Normal

بهترین تست تشخیص چیست؟

اندازه گیری AMH  
تست ژنتیک برای آنزیم Five alfa reductase  
کاریو تایپ برای آنومالی کروموزمی  
MRI هیپوفیز

۹۲- خانم ۲۹ ساله ای یک ماه پس از زایمان به علت سردرد، اختلال بینایی و بی حالی مراجعه کرده است. در معاینه همی انورپسی bitemporal دارد. در آزمایش های بعمل آمده: ESR افزایش یافته،

Na: 130 meq/l

Cortisol: 2.1 micgr/dL (5-25)

TSH: 0.2 mlu/mL

FT4: 0.7 ng/dL (0.8-1.9)

Prolactin: 35 ng/mL (4-25)

در MRI بزرگی هیپوفیز بصورت یکنواخت، ضخیم شدن ساقه هیپوفیز و جابجایی مختصر کیاسما مشاهده شده و posterior bright spot دیده نمی شود.

کدامیک از گزینه های زیر در گام اول توصیه می شود؟

هیدروکورتیزون ۱۵ میلی گرم در روز

لوتیروکسین ۱۰۰ میکروگرم در روز

دگزامتازون ۸ میلی گرم ۲ بار در روز

جراحی هیپوفیز

۹۳- آقای ۴۰ ساله ای حین پیگیری کانسر کولون متوجه ضایعه حدوداً ۳ سانتی متری در FDG-PET اسکن شده است. TSH: NI و در سونوگرافی ندول 15\*22\*28 با TIRADS: 4 در لوب راست و ندول ۸ میلی متری با TIRADS: 5 در لوب چپ و تعدادی لنف نود راکتیو در دو طرف دارد.

FNA با راهنمای سونوگرافی نشان دهنده خوش خیم بودن ندول سمت راست است.

اقدام بعدی کدام است؟

توصیه به رادیوفرکوتنسی

لوبکتومی راست

پیگیری با سونوگرافی

اندازه گیری کلسی تونین سرم

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

۹۴- مرد ۲۸ ساله ای با CAH کلاسیک (کمبود ۲۱ هیدروکسیلاز) برای پیگیری مراجعه نموده است. روزی یک عدد پردنیزولون ۵ میلی و فلودروکورتیزون ۱/۰ میلی گرمی استفاده می کند اما از کاهش میل جنسی و نازایی شکایت دارد. آزمایشات:

ACTH: 750 Pg/ml

17 OH Progesterone: 120 ng/ml

FSH: 0.2 mlu/L

LH: 0.4 mlu/L

Testosterone: 4.4 ng/ml

سونوگرافی بیضه ها: توده های هیپوآکوی حدود 2 سانتی متر در هر دو بیضه دارد.

بهترین راهبرد درمانی برای مدیریت مشکل چیست؟

ارجاع به ارولوژیست برای جراحی

افزایش مقدار گلوکوکورتیکوئید

افزایش فلودروکورتیزون

تجویز کلومیفن سیترات

۹۵- در یک مطالعه جمعیتی در دانش آموزان میانه ید ادرار حدود 80 میکروگرم در لیتر گزارش شده است. میزان فراوانی گواتر در این جامعه حدودا چقدر تخمین زده می شود؟

کمتر از 5 درصد

5-20 درصد

20-30 درصد

بیش از 30 درصد

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

۹۶- آقای 45 ساله ای با چاقی شکمی، فشارخون و تری گلیسرید بالا مراجعه کرده است. بروز کدام یک از انواع سنگهای کلیوی زیر در وی محتمل تر است؟

کلسیم اگزالات

اسیداوریک

کلسیم فسفات

شاخ گوزنی

۹۷- آقای ۵۸ ساله با چاقی و حملات ثابت شده آپنه مراجعه کرده است. با سابقه فشارخون تحت درمان با والسارتان ۸۰ میلی گرم روزانه می باشد. در معاینه  $WC=95cm$ ,  $BMI=35Kg/m^2$ ,  $BP=140/90 mmHg$  است. در آزمایشات همراه  $FBS=111mg/dl$ ,  $Chol=220mg/dl$ ,  $TG=350mg/dl$ ,  $HDL=38mg/dl$  می باشد. جهت کنترل بهتر فشارخون و تخفیف حملات آپنه به ترتیب حداقل چه میزان کاهش وزن ضرورت دارد؟

۱۰%-۵%

۸%-۱۰%

۸%-۵%

۱۲%-۱۰%

۹۸- آقای ۵۵ ساله با سابقه ۵ ساله دیابت و فشارخون مراجعه کرده است. در حال حاضر تحت درمان با متفورمین ۲۰۰۰ میلی گرم، گلیکلازید ۱۶۰ میلی گرم و امپاگلیفلوزین ۱۰ میلی گرم روزانه می باشد. جهت فشارخون تحت درمان با والسارتان ۸۰ میلی گرم نیز می باشد. از سال گذشته علیرغم دریافت سه دارو  $HbA1c=8\%$  بوده و علیرغم مداخلات تغذیه ای موفق به کاهش وزن نشده است. معاینات به شرح زیر است:

$BP=120/75 mmHg$ ,  $WC=95cm$ ,  $BMI=34kg/m^2$

کدامیک از مداخلات زیر در کاهش وزن و بهبود شاخص های متابولیک در این فرد موثر تر است؟

Liraglutide

Phentermine-Topiramate

Naltrexone-bupropion

orlistat

۹۹- خانم ۳۰ ساله با سابقه جراحی بای پاس معده در ۲ سال قبل مراجعه کرده است. در طی این مدت ۲۰٪ کاهش وزن داشته است اما از چند ماه قبل بتدریج حدوداً یکساعت بعد از غذا دچار حملات ضعف و تپش قلب شده که با خوردن غذا بهتر می شود. در جریان حملات افت قند خون در حد ۵۰ تا ۶۰ میلی گرم درصد گزارش شده است. علیرغم مداخلات تغذیه ای بهبود چندانی در علائم حاصل نشده است. در مرحله بعدی کلیه اقدامات زیر توصیه می گردد بجز؟

Acarbose

Somatostatin Analogue

Prednisolone

Diazoxide

۱۰۰- خانم ۳۰ ساله ای با هیپرتانسیون شریانی مقاوم به درمان و حملات پارالیزی اندام های تحتانی که با مصرف Valsartan- mg ۱۶۰/۵ دو بار در روز فشارخون ۱۷۰/۹۵ میلی متر جیوه دارد، ارجاع شده است. در بررسی های انجام شده:

Plasma Aldosterone=36 ng/dL

PRA&lt;0.1ng/mL/hr

K<sup>+</sup> =2.7mEq/LNa<sup>+</sup> = 144 mEq/L

Cr=1.1 mg/dL

در CT scan از آدرنال ها، آدنوم 1.5cm در آدرنال چپ دارد. اقدام مناسب کدام یک از موارد زیر است ؟

Adrenal venous sampling

Left Adrenalectomy

Saline infusion test

Mineralocorticoid antagonist

۱۰۱- مرد 34 ساله‌ای به دلیل سرطان متاستاتیک کلیه تحت بررسی و درمان بوده است ولی در حال حاضر امیدی به بهبودی وجود ندارد. با توجه دیدگاه‌های اسلامی، در مراقبت‌های پایان زندگی در این بیمار که دچار درد و رنج شدید می‌باشد، کدام تصمیم لزوماً باید انجام گیرد؟

Konkur.in

با توجه به جوان بودن بیمار، استفاده از تمام مراقبت‌های پیشرفته با هر قیمت  
عدم حمایت از درخواست‌های خانواده او برای بهره‌مندی از تمام امکانات بیمارستان  
درمان‌های تسکینی و کنترل درد  
بررسی درخواست بیمار جهت خاتمه حیات او با داروهای مسکن در کمیته اخلاق

۱۰۲- یکی از همکاران مورد اعتماد شما در یک کلینیک خصوصی اقدامات طب مکمل و پزشکی سنتی برای بیماران ارائه می‌کند. اخیراً  
درمان جدیدی شامل تزریق سرنگ‌های آماده حاوی پلاکت غلیظ شده (PRP) را در پوست و مفصل زانو انجام می‌دهد. وی از  
شما درخواست دارد بیماران خود را برای این درمان جدید معرفی نمایید. مطالعه مقالات موجود نشانگر مطالعه موفق درمان  
در مطالعات حیوانی و در کارآزمایی بالینی محدود در انسان‌ها بوده است. از منظر اخلاقی، معرفی بیماران برای انجام این  
درمان جدید مورد قبول است یا خیر؟

شکی نیست که تجویز درمان جدید، با احتمال تاثیر قابل قبول، مشکل اخلاقی ندارد.

به هیچ وجه نباید این دارو تجویز شود چون هنوز به تایید قطعی نرسیده است.

بر حسب وضعیت مالی بیمار و سود درمانی که عاید او خواهد شد، باید در مورد تجویز این درمان تصمیم گرفت.

تجویز این درمان جدید فقط پس از تایید کمیته اخلاق، توضیح درمان استاندارد موجود و بیان تحقیقاتی بودن درمان جدید برای  
بیمار و پس از اخذ رضایت آگاهانه از او صحیح خواهد بود.

Konkur.in

پاسخ نامه غدد درون ریز و متابولیسم بالغین \_سایت

ج	۱۰۱	ب	۵۱	ب	۱
د	۱۰۲	الف	۵۲	د	۲
		د	۵۳	ب	۳
		الف	۵۴	ب	۴
		د	۵۵	ب	۵
		د	۵۶	ج	۶
		ج	۵۷	ج	۷
		الف	۵۸	الف	۸
		ب	۵۹	ب	۹
		د	۶۰	الف	۱۰
		د	۶۱	الف	۱۱
		ب	۶۲	د	۱۲
		ب	۶۳	ب	۱۳
		ب	۶۴	ج	۱۴
		الف	۶۵	ب	۱۵
		ج	۶۶	د	۱۶
		ج	۶۷	ب	۱۷
		الف	۶۸	د	۱۸
		د	۶۹	ب	۱۹
		د	۷۰	الف	۲۰
		د	۷۱	ب	۲۱
		ب	۷۲	الف	۲۲
		ب	۷۳	الف	۲۳
		ب	۷۴	ج	۲۴
		الف	۷۵	د	۲۵
		ب	۷۶	الف	۲۶
		د	۷۷	الف	۲۷
		الف	۷۸	ب	۲۸
		ب	۷۹	ب	۲۹
		ب	۸۰	ب	۳۰
		ب	۸۱	د	۳۱
		د	۸۲	الف	۳۲
		ب	۸۳	الف	۳۳
		ب	۸۴	الف	۳۴
		الف	۸۵	د	۳۵
		د	۸۶	ب	۳۶
		د	۸۷	ب	۳۷
		ب	۸۸	الف	۳۸
		د	۸۹	ب	۳۹
		د	۹۰	ب	۴۰
		ب	۹۱	الف	۴۱
		ب	۹۲	الف	۴۲
		ب	۹۳	ب	۴۳
		ب	۹۴	د	۴۴
		ب	۹۵	ب	۴۵
		ب	۹۶	ب	۴۶
		الف	۹۷	ب	۴۷
		ب	۹۸	د	۴۸
		ب	۹۹	ب	۴۹
		ب	۱۰۰	ب	۵۰