

داخلی

۱- بیمار آقای ۳۶ ساله‌ای است که طی ۲ ماه اخیر دچار دیسفاژی متناوب و غیر پیشرونده به جامدات شده است. در نمونه‌ی حاصل از مری بیمار بیش از ۲۰ ائوزینوفیل در هر فیلد میکروسکوپی گزارش شد. درمان مناسب در این مرحله کدام است؟

الف) مهارکننده‌ی پمپ پروتون (ب) کورتیکواستروئید استنشاقی (ج) بکلوفن خوراکی (د) مهارکننده‌ی هیستامین ۲

۲- در بیمار مبتلا به پانکراتیت حاد صفراوی، اساسی‌ترین درمان برای کاهش عوارض بیماری کدام است؟

الف) داروهای مخدر و ضد درد (ب) تغذیه‌ی روده‌ای در بدو ورود (ج) آنتی‌بیوتیک تزریقی وسیع‌الطیف (د) مایع درمانی با حجم زیاد وریدی

۳- آقای ۲۴ ساله‌ای با شکایت درد شکم از هفت ماه قبل مراجعه کرده است. درد حالت منتشر بوده ولی پیشرونده نیست و اکثر مواقع با اسهال همراه است. بیمار علائم شبانه، کاهش وزن و کم‌خونی ندارد. کدام اقدام در این مرحله توصیه می‌شود؟

الف) بررسی بیش‌تر لازم نیست (ب) کولونوسکوپی کامل و بیوپسی

ج) تصویربرداری شکم با سی‌تی‌اسکن (د) تست سرمی آنتی‌تیشوگلوتامیناز

۴- آقای ۵۶ ساله در بررسی دوره‌ای، با یک گزارش سونوگرافی مبنی بر وجود یک سنگ حدود ۶ میلی‌متری و یک پولیپ بزرگ در کیسه صفرا مراجعه کرده است. چه اقدامی توصیه می‌کنید؟

الف) پیگیری سونوگرافیک (ب) مشاوره‌ی جراحی (ج) تجویز اورسودوکسی کولیک اسید (د) تصویربرداری با روش دیگر

۵- خانم ۲۶ ساله‌ای با زردی مراجعه کرده است. در بررسی آزمایشات اولیه نتایج زیر حاصل شد:

ALT=564 IU/L , ALP=256 IU/L , Bil T=7.5 mg/dl , Bil D 4.3 mg/dl و AST=470 IU/L

است. جهت بررسی بیش‌تر چه تستی در این مرحله توصیه می‌شود؟

الف) بررسی مارکرهای ویروسی (ب) تصویربرداری MRI

ج) سطح سرمی آنتی‌میتوگندریال آنتی‌بادی (د) انجام بیوپسی کبد

۶- مرد ۵۰ ساله‌ای با علائم ضعف و بی‌حالی مراجعه کرده است بجز رنگ پریدگی پوست و مخاط نکته‌ی مثبت دیگری در شرح حال و معاینه‌ی فیزیکی ندارد. در آزمایشات همراه RDW ، $HB=9g/dl$ ، $MCV=75fl$ ، HbA_{1c} خلیا بالا و میزان اشباع ترانسفرین ۱۹ درصد گزارش شده است. کدامیک از اقدامات زیر را ابتدا توصیه می‌کنید؟

الف) الکتروفورز هموگلوبین (ب) کولونوسکوپی (ج) اندوسکوپی فوقانی (د) تست آنتی Anti TTg- IgA

۷- بیماری آقای ۵۰ ساله‌ای با علائم اسپلنومگالی و در CBC لکوسیتوز، آنمی و ترومبوسیتوز مراجعه کرده است. در مورد درمان این بیمار کدام گزینه صحیح است؟

BCR/ABL: positive (210 KD) ، Blast- cell < 10% ، PLT=600/000/ μ l ، Hb= 9 gr/dl ، WBC=200/000/ μ l

الف) پیوند آلوزن مغز استخوان (ب) ملفالان (ج) Imatinib (د) دگزامتازون

۸- در مورد انواع همولیزهای داخل عروقی، کدام مکانیسم پاتوفیزیولوژیک همولیز صحیح نیست؟

الف) در همولیز ناشی از ترانسفوزیون خون mismatch. علت آن معمولاً ABO incompatibility است

ب) در همولیز ناشی از میکروآنژیوپاتی، علت همولیز RBC fragmentation است

ج) در PNH، علت همولیز تخریب با واسطه‌ی کمپلمان می‌باشد

د) در PCH، علت همولیز، تخریب با واسطه‌ی اگزوتوکسین میکروبی است



۹- بیمار خانم ۵۲ ساله، دیابتی و با علائم پتشی منتشر و کم‌خونی و اختلال حس در صورت از هفته‌ی قبل مراجعه کرده است.

WBC=9000/ μ l، Hb= 8 gr/dl، Retic=20% ، LDH=2000، PLT=10/000/ μ l

کدام گزینه به عنوان تشخیص اولیه مطرح بوده و اقدام اول درمانی کدام است؟

الف) TTP پورپورای ترومبوتیک ترومبوسیتوپنیک و درمان با تعویض پلاسما

ب) ITP پورپورای ترومبوسیتوپنیک ایمنیون و درمان با تزریق پلاکت

ج) TTP و درمان با استروئید

د) ITP و درمان با استروئید

۱۰- بیمار آقای ۶۰ ساله، سیگاری حرفه‌ای که با سرفه و تنگی نفس مراجعه کرده است. در گرافی قفسه‌ی سینه یک ندول در لوب میانی ریه‌ی

راست مشاهده می‌شود. کدام یک از مشخصات مطرح شده، به نفع بدخیمی است؟

الف) وجود کلسیفیکاسیون popcorn در CXR

ب) سایز ندول بزرگ‌تر از ۲cm

ج) عدم تغییر سایز ندول برای بیش از ۲ سال

د) ندول با حاشیه‌ی صاف و مجزا

۱۱- خانم ۲۲ ساله‌ای با ضعف و بی‌حالی و خون‌ریزی از لثه به اورژانس مراجعه کرده است. در معاینه‌ی پتشی و پورپورا در اندام‌ها و

اسپلنومگالی دارد. در بررسی لام خون محیطی آنیزوسیتوز و پویکیلوسیتوز همراه با کاهش پلاکت و بدون بلاست دیده می‌شود. تمام

تشخیص‌های زیر می‌تواند مطرح باشد. بجز:

الف) لوکمی حاد

ب) آنمی آپلاستیک

ج) میلودیسپلازی

د) هیپراسپلنسیسم

۱۲- خانم ۱۶ ساله‌ای به دنبال تب و عفونت دستگاه تنفسی فوقانی و تجویز پنی‌سیلین دچار رنگ پریدگی، زردی و تیرگی ادرار می‌شود در

لام خون محیطی نقاط Blister cell وجود دارد.

WBC: 8000/ml³ , Hb: 8. 1gr/dl , MCV: 105fl , PLT: 350000/ml³ , Retic: 9%

(-)U/A: Blood+++ , Coombs: (-) Cold agglutinin

تشخیص، کدامیک از موارد زیر است؟

الف) کمبود آنزیم G6PD

ب) اسفروسیتوز ارثی

ج) آنمی همولیتیک ناشی از پنی‌سیلین

د) مونونوکلئوز عفونی

۱۳- بیمار آقای ۷۵ ساله‌ای است با دیسفاژی پیشرونده نسبت به جامدات و مایعات و کاهش وزن ۸ کیلوگرم مراجعه کرده است. اپیزودهای

متعدد از رگورژیتاسیون و درد قفسه‌ی سینه بعد از غذا خوردن دارد. در اندوسکوپی انجام شده یک توده‌ی اولسرواینفلاتراتیو در قسمت تحتانی

مری دیده شده که در پاتولوژی آدنوکارسینوم گزارش شده است. اقدام بعدی کدام است؟

الف) EUS

ب) CT اسکن قفسه‌ی سینه و شکم

ج) MRI قفسه‌ی سینه

د) اندوسکوپی مجدد با Narrow band Imaging Instrument

۱۴- خانم ۲۰ ساله‌ای به دلیل آرتريت در مچ دست و انگشتان مراجعه کرده است. در معاینه ضایعات اریتماتو روی گونه‌ها و بینی دارد و از

زخم‌های داخل بینی و دهان و ریزش موی شدید نیز شاکی است. در آزمایشات همراه ایشان پروتئینوری حدود ۱۸۰۰ میلی‌گرم در ۲۴ ساعت

گزارش شده و میزان پلاکت نیز ۹۱۰۰۰ است. برای تشخیص بیماری ایشان کدامیک از آزمایشات زیر کمک کننده است؟

الف) AntiCCP

ب) PANCA

ج) AntidsDNA

د) CANCA

۱۵- خانم ۳۷ ساله‌ای با درد و تورم در مفاصل زانوها و مفاصل بین انگشتی پروگزیمال PIP هر دو دست از دو هفته پیش مراجعه کرده است. خشکی صبحگاهی طولانی مدت تا ظهر را ذکر می‌کند. در بررسی‌های آزمایشگاهی AntiCCP حدود ۱۱۰۰ با نرمال ۵ دارد. کدامیک از موارد زیر در تشخیص بیماری ایشان براساس معیارهای طبقه‌بندی کاربرد کم‌تری دارد؟

- (الف) تعداد مفاصل گرفتار
(ب) طول مدت علائم
(ج) طول مدت خشکی صبحگاهی بیمار
(د) تیترا آنتی CCP

۱۶- جهت تشخیص کدامیک از بیماری‌های موسکولواسکلتال زیر استفاده از اولتراسوند (سونوگرافی) کاربردی ندارد؟

- (الف) کیست بیکر
(ب) پارگی تاندون روتاتور کاف
(ج) سندروم تونل کارپ
(د) سینوویت ویلونولار پیگمانته

۱۷- خانم ۳۰ ساله‌ای مبتلا به بیماری لوپوس از چهار سال قبل، که تحت درمان با ۱۰ میلی‌گرم پردنیزولون و ۱۰۰ میلی‌گرم آرتاپوپرین روزانه است در حال حاضر تمایل به حاملگی دارد. تمام موارد زیر در مورد اقدامات قبل از حاملگی در ایشان صحیح است، بجز:

- (الف) بیماری به مدت ۶ ماه قبل حاملگ، از جهت بالینی و آزمایشگاهی خاموش باشد
(ب) اتوآنتی‌بادی‌های آنتی-SSA و آنتی-SSB و آنتی‌فسفولیپید باید قبل از حاملگی چک شود
(ج) در صورت مثبت شدن اتوآنتی‌بادی‌های RO و LA در ایشان از هفته‌ی ۱۶ حاملگی باید مانیتورینگ قلب جنینی به طور سریال انجام شود
(د) با توجه به مصرف آرتاپوپرین و استروئید اجازه‌ی حاملگی به این بیمار داده نمی‌شود

۱۸- خانم ۷۲ ساله‌ای با درد کمر تیرکشنده به اندام تحتانی راست که از یک هفته قبل شروع شده است مراجعه می‌کند. سابقه‌ی بیماری آرتریت روماتوئید از ۵ سال قبل و مصرف پردنیزولون ۵ میلی‌گرم روزانه و متوترکسات ۱۰ میلی‌گرم هفتگی را در این مدت ذکر می‌کند. در معاینه، تندرینس در دق مهره‌ی توراسیک ۴ و ۵ دارد. SLR منفی است. کدامیک از موارد زیر به عنوان Red Flag در بررسی ایشان در نظر گرفته نمی‌شود؟

- (الف) سن بیمار
(ب) مصرف پردنیزولون
(ج) تندرینس در دق مهره
(د) درد تیرکشنده به اندام

۱۹- خانم ۴۵ ساله‌ای با تشخیص شوگرن از ۷ ماه قبل تحت درمان با هیدروکسی کلروکین ۲۰۰ میلی‌گرم روزانه و اشک مصنوعی مراجعه کرده است. در شرح حال و معاینه، خشکی دهان و چشم، و پارستزی انتهایما، بزرگی دو طرفه‌ی غدد پاروتید، ضایعات پوستی پورپوریک در اندام‌های تحتانی وجود دارد. تمام موارد زیر به نفع تشخیص لنفوم در این بیمار است، بجز:

- (الف) هیپرکمپلمنتی
(ب) وجود کرایوگلوبولین
(ج) فاکتور روماتوئید مثبت
(د) پریفرال نوروپاتی

۲۰- کدامیک از بیماری‌های روماتولوژیک زیر معمولاً سیر خود محدود شونده دارد؟

- (الف) اسپوندیلیت انکیلوزان
(ب) آرتریت پسوریاتیک
(ج) آرتریت روماتوئید
(د) آرتریت واکنشی

۲۱- بیمار خانم ۲۰ ساله‌ای با DKA ۱۳ چهار ساعت تحت درمان است و ساعتی ۱۰ واحد انسولین رگولار به صورت انفوزیون وریدی و محلول نمکی ۰/۴۵٪ با ۲۰ میلی‌اکی‌والان پتاسیم دریافت می‌کند. آزمایشات به قرار زیر است:

PH=7.2 , glucose=190mg/dl , K=4meq/dl , Bicarbonate=10 , serum keton=4+

مناسب‌ترین اقدام بعدی کدام است؟

- (الف) تبدیل انسولین وریدی به زیرجلدی
(ب) اضافه کردن گلوکز به محلول سالین ۰/۴۵
(ج) قطع پتاسیم وریدی
(د) تجویز ۲ ویال بی‌کربنات

۲۲- در آزمایشات روتین پسر ۱۸ ساله‌ای (PTH=59(10- 60pg/ml) , ca=10.8mgdl(10.5_8.5) گزارش شده است. بیمار فاقد علائم بالینی است. در آزمایشات خواهر بیمار تغییرات مشابهی مشهود است. کدامیک از اقدامات تشخیصی زیر دارای ارزش بیش‌تری است؟

- (الف) اندازه‌گیری 1,25(OH) Vit D
(ب) اندازه‌گیری کلسیم ادرار
(ج) انجام اسکن MIBI
(د) اندازه‌گیری فسفر سرم



پاسخ‌نامه داخلی

۱- الف

دیسفازی به دو دسته‌ی مروی و دهانی تقسیم می‌شود. در دیسفازی مروی ممکن است اشکال در بلع جامدات و مایعات یا جامدات به تنهایی داشته باشیم. در صورتی که پیشرونده باشد به بدخیمی یا تنگی پپتیک شک می‌کنیم و اگر متناوب باشد و گاه‌گاهی اتفاق بیفتد تشخیص رینگ تحتانی مروی است. در بیمار مورد بحث در سوال، با توجه به دیسفازی غیر پیشرونده‌ای که دارد، رینگ تحتانی مروی مطرح می‌شود که در بعضی بیماران، همراه با هیاتوس هرنیا، ازوفازیت ائوزینوفیلیک و دیورتیکولوم زنکر است. برای درمان این نوع دیسفازی، بسته به علت آن، می‌توان از روش‌های آندوسکوپی و جراحی یا داروهای PPI (مهارکننده‌ی پمپ پروتون) برای کاهش علائم استفاده کرد.

ژلوفن‌گوارش. مبحث بیماری‌های مروی

۲- د

پانکراتیت (التهاب پانکراس) به صورت حاد و مزمن دیده می‌شود و شایع‌ترین علت آن، سنگ صفراوی و مصرف الکل است. بیمار پانکراتیت حاد با درد شدید شکمی با انتشار به پشت، تهوع و استفراغ، تب، خون‌ریزی گوارشی و کاهش صداهای روده‌ای مراجعه می‌کند و در آزمایشات، تغییرات متابولیک دیده می‌شود. اولین قدم تشخیصی هم تو پانکراتیت سونوگرافیه. اولین و اساسی‌ترین مرحله در درمان بیماران مبتلا به پانکراتیت حاد، مایع درمانی و هیدراته کردن سپس تجویز مسکن برای کاهش درد است. در مرحله‌ی بعدی با توجه به معیارهای بالینی رانسون برای تعیین شدت پانکراتیت، نوع درمان را انتخاب می‌کنیم.

ژلوفن‌گوارش. مبحث بیماری‌های پانکراس

۳- د

در این بیمار با شک به سلیاک، تست‌های سرولوژی اختصاصی رو بررسی می‌کنیم. سلیاک با علائمی مثل نفخ، عدم تحمل لاکتوز، اسهال مزمن، کم‌خونی، علائم عصبی و غیره مشخص می‌شود. اولین قدم در شک به سلیاک بررسی آزمایشات سرولوژی سلیاک مثل آنتی‌بادی ضد آندومیزوم، آنتی‌تینوگلوتامیناز و آنتی IGA گلیادین است. در کل بیماری که با علائم مزمن گوارشی میاد بهتره از نظر سلیاک بررسیش کنیم. اگر نتیجه سرولوژی مثبت شد، بیمار را تحت آندوسکوپی و بیوپسی قرار میدیم و اگر شواهد هیستولوژی به نفع سلیاک بود، تشخیص تأیید میشه. به بیمار رژیم غذایی فاقد گلوتن میدیم؛ اگر علائم از بین رفت یعنی بی پرو برگرد مریض سلیاک داره.

ژلوفن‌گوارش. مبحث افتلالات جذب

۴- ب

سنگ کیسه صفرا در اغلب موارد بدون علامت می‌باشد و ممکن است بیمار به صورت اتفاقی متوجه وجود آن شود. در این بیماران هیچ اقدامی لازم نیست و فقط پیگیری می‌کنیم؛ ولی در افراد پرخطر مثل بیماران دیابتی، بیماران مبتلا به آنمی سیکل سل، وجود همزمان سنگ و پولیپ، بیماری که ریسک بالای کارسینوم کیسه‌ی صفرا دارند (کیسه‌ی صفراوی چینی، سنگ بزرگ بالای ۳ سانتی‌متر، پولیپ صفراوی بزرگ، بچه‌ها و بیماران علامت‌دار، کوله‌سیستکتومی پروفیلاکتیک انجام می‌دهیم. با توجه به اینکه سونوگرافی بیمار، سنگ صفراوی بالای سه سانت، به همراه پولیپ دارد، او را جهت مشاوره جراحی ارجاع می‌دهیم.

ژلوفن‌گوارش. مبحث کیسه صفرا و ماباری صفراوی

۵- الف

بیماری که با زردی مراجعه می‌کند، اولین اقدام گرفتن آزمایش خون و بررسی عملکرد کبد و آنزیم‌های آن است. در صورتی که ALT و AST افزایش شدید (بالای ۵۰۰) داشت، تشخیص بیماری حاد هپاتوسلولار (هپاتیت ویروسی) است که در این مرحله، مارکرهای ویروسی شامل HBS Ag، HBC Ab IgM، HCV Ab، HAV Ab IgM و چک می‌شود، مثل این مریض.

📌 ژلوفن گوارش. مبهث ارزیابی کارکرد کبد و تشفیص.

۶- ب

مقدار هموگلوبین نرمال در مردان: ۱۸-۱۴

میزان MCV نرمال در افراد: ۹۸-۸۲

درصد نرمال اشباح ترانسفرین در افراد: ۳۰-۵۰ درصد

با توجه به علائم آنمی مثل بی‌حالی، ضعف، رنگ‌پریدگی و هموگلوبین کم‌تر از حد نرمال و MCV زیر ۸۰، آنمی میکروسیتیک مطرح می‌شود. RDW، بیانگر میزان توزیع ابعاد RBC هاست که هر چقدر میزان آن بیش‌تر باشد یعنی RBC هایی با ابعاد مختلف در حال تولید است (آنیزوسیتوز) که این ویژگی در آنمی فقر آهن دیده می‌شود. به طور کلی آنمی میکروسیتیک در مرد بالغ و خانم در سن منوپوز، به دلیل آنمی فقر آهن ناشی از خون‌ریزی گوارشی است مگر خلاف آن ثابت شود، پس باید ارزیابی‌های گوارشی مثل کولونوسکوپی، اندوسکوپی و در صورت لزوم تست خون مخفی مدفوعی را در نظر داشته باشیم.

📌 ژلوفن فون. مبهث بر فرد با آنمی و آنمی فقر آهن

۷- ج

CML یا لوسمی لنفوئیدی مزمن، با ترانس‌لوکیشن فیلادلفیا (۹،۲۲) T و تغییر ژنی BCR-ABL همراه است. شایع‌ترین علامت آن، اسپلنومگالی و سیری زودرس است. همچنین با تابلوی آزمایشگاهی آنمی، ترومبوسیتوز، لکوسیتوز شدید یا شیفیت به چپ (افزایش باند، میلویت، متمیلوسیت، پرومیلوسیت)، افزایش بازوفیل و نوتروفیل و ائوزینوفیل همراه است. بنابراین این بیمار مبتلا به CML است!

📌 CML سه فاز دارد:

📌 فاز مزمن: خستگی، بی‌حالی و اسپلنومگالی شایع است و میزان بلاست زیر ۱۰ درصد است (مانند این بیمار)

📌 فاز تسریع یافته: در خون ۱۵ درصد بلاست و در مغز استخوان بیشتر مساوی ۳۰ درصد بلاست به همراه پرومیلوسیت، ترومبوسیتونی کم‌تر از ۱۰۰ هزار و بازوفیل بیش‌تر یا مساوی ۲۰ درصد دیده می‌شود. از نظر بالینی با آنمی شدید، اسپلنومگالی، خون‌ریزی، ترومبوز و کاهش وزن شدید همراه است.

📌 فاز بلاستیک: بلاست خون یا مغز استخوان بیش از ۳۰ درصد است.

درمان CML شامل مهارکننده‌های تیروزین کیناز (ایماتینیب) و لوکوفرز در موارد لکوسیتوز شدید است. اگر بیمار به دارودرمانی مقاوم بود، پیوند مغز استخوان اندیکاسیون دارد.

📌 ژلوفن فون. مبهث لوسمی‌ها



۸-د

PCH یا paroxysmal cold hemoglobinuria، نوعی آنمی همولیتیک اتوایمیون خودمحدودشونده است و توسط عفونت‌های ویروسی برانگیخته می‌شود. این بیماری به دلیل آنتی‌بادی از نوع IgG علیه آنتی‌ژن P در سطح گلبول‌های قرمز ایجاد شده که به آن آنتی‌بادی دونات لنداشتاينر می‌گویند. این آنتی‌بادی در دمای پایین (۴ درجه) به گلبول‌های قرمز متصل شده و در دمای ۳۷ درجه با فعال کردن کمپلمان، باعث ایجاد همولیز داخل عروقی و هموگلوبینوری می‌شود. معمولاً خودبخود بهبود می‌یابد ولی گاهی ترانسفیوژن ضروری است. گاهی می‌تواند در زمینه بیماری سیفلیس نیز ایجاد شود. سایر گزینه‌ها صحیح هستند.

📌 ژلوفرن فون، مبحث آنمی‌های همولیتیک

۹-الف

TTP به دلیل رسوب بیشتر از حد فاکتور فون ویلبراند در جدار عروق در نبود فاکتور ADAMS13 که فاکتور فون ویلبراند را تجزیه می‌کند، رخ می‌دهد. به دنبال رسوب فاکتور فون ویلبراند، تجمع پلاکتی و انعقادهای مکرر و مصرف پلاکت، ترومبوسیتوپنی ترومبوتیک ایجاد می‌شود. پورپورای ترومبوتیک ترومبوسیتوپنیک (TTP) یک پنتاد بالینی دارد ① تب / ② ترومبوسیتوپنی / ③ آنمی همولیتیک (کاهش Hb و افزایش Retic و بیلی روبین و LDH) / ④ نارسایی کلیه / ⑤ اختلال نورولوژیک (سردرد و تشنج) که در سوال، اختلال نورولوژیک به صورت کاهش حس مطرح شده است.

تابلوی آزمایشگاهی TTP افزایش BT در کنار PT و PTT نرمال، شیسستوسیت در لام خون محیطی به دلیل همولیز میکروآنژیوپاتیک. درمان پلاسمافرزس و تزریق پلاسما است. تزریق پلاکت به دلیل افزایش ترومبوز در این افراد ممنوع است.

📌 ژلوفرن فون، مبحث اختلالات فون‌ریزی دهنده و انعقادی

۱۰-ب

این بیمار یک ندول ریوی منفرد و زیر ۳ سانت دارد که ممکن است بدخیم یا خوش‌خیم باشد. ریسک فاکتورهای بدخیمی سیگار، سن بالا، عدم وجود کلسیفیکاسیون یا وجود کلسیفیکاسیون نامتقارن یا محیطی و حاشیه‌ی نامنظم ندول، سایز بیشتر از دو سانتی‌متر.

❖ فاکتورهای خوش‌خیمی کلسیفیکاسیون پاپ‌کورنی، مرکزی و یا لایه‌ای (پیازی)، نداشتن تغییر سایز در دو سال اخیر.

📌 ژلوفرن ریه و مسمومیت، مبحث بیماری‌های نئوپلاستیک ریه.

۱۱-ب

آنمی آپلاستیک نوعی نارسایی مغز استخوان است که در آن مغز استخوان ساپرس می‌شود و هیچ سلولی نمی‌سازد. چون در آنمی آپلاستیک هیچ خون‌سازی مؤثری نداریم، ارگانومگالی و لنفادنوپاتی به ضرر تشخیص آن است. چون این بیمار اسپلنومگالی دارد، آنمی آپلاستیک رد می‌شود.

رد سایر گزینه‌ها ❖ در ۲۰ درصد موارد میلودیسپلازی‌ها، اسپلنومگالی دیده می‌شود. اسپلنومگالی و سیری زودرس از علائم لوکمی حاد است. در هایپراسپلنسیسم، عملکرد طحال به دلیل تخریب سریع سلول‌های خونی افزایش می‌یابد و در نتیجه اسپلنومگالی داریم.

📌 ژلوفرن فون، مبحث نارسایی مغز استخوان

۱۲- الف

بیمار با توجه به علائم بالینی و آزمایشگاهی و داشتن blistercell در لام خون محیطی، مبتلا به کمبود آنزیم G6PD است. تابلوی بالینی ☞ در هنگام حمله، به علت همولیز حاد یا بی علامت است یا علائمی مثل ضعف، بی حالی، زردی، درد شکم یا کمردرد دارد و بعد از چند روز علائم همولیز داخل عروقی مثل هموگلوبینوری و ادرار تیره را نشان می دهند. تابلوی آزمایشگاهی ☞ تمامی علائم همولیز، مثل افزایش LDH و بیلیروبین و کاهش هاپتوگلوبین را دارند و در لام خون محیطی علاوه بر تغییرات همولیز (آنیزوسیتوز، پلی کرومازی و...)، هینز بادی، بایت سل، hemighost و سلول پلیستر دیده می شود.

☞ ژلوفن فون، مبهث آنمی های همولیتیک

۱۳- ب

در دیسفاژی پیش رونده مری اگر اشکال در بلع مایع و جامد باشد، بیمار اختلال عصبی عضلانی دارند و در صورتی که همراه با علائم کاهش وزن، رگورژیتاسیون باشد به آشالازی شک می کنیم و برای تشخیص، سی تی اسکن، باریم سوالو، مانومتری و اندوسکوپی انجام می دهیم. در مورد این بیمار هم شک به آشالازی می کنیم که اقدام بعدی CT اسکن قفسه ی سینه و شکم است. باتوجه به معاینات بالینی، کنسر هم همراه با آن وجود دارد. در آشالازی چون بیمار نمی تواند غذا را خوب بلعد و غذا گیر می کند و تخمیر اتفاق می افتد، ریسک کنسر زیاد می شود که در آندوسکوپی این بیمار هم مشاهده شده است. سونوگرافی آندوسکوپی نیز جهت بررسی کنسر مری استفاده می شود.

☞ ژلوفن کوارش، مبهث بیماری های مری

۱۴- ج

برای تشخیص SLE وجود حداقل ۴ معیار از ۱۱ معیار زیر لازم است:

۱. راش مالار پروانه ای / ۲. ضایعات دیسکوئید / ۳. حساسیت به نور / ۴. زخم های دهان و نازوفارنکس / ۵. آرتريت نان آروزو (حداقل ۲ مفصل با افیوژن و تندرنس) / ۶. پلوریت یا پریکاردیت (سروزیت) / ۷. تشنج یا هایپوکوز بدون وجود علل متابولیک یا دارویی / ۸. بیماری کلیوی (پروتئینوری بیش تر از ۵ mg/day یا بیش تر از ۳+ یا کست های سلولی) / ۹. بیماری خونی (آنمی همولیتیک کومیس مثبت، لکوپنی، لنفوپنی و ترومبوسیتوپنی) / ۱۰. تست ANA مثبت بدون سابقه ی مصرف داروهای ایجاد کننده ی لوپوس / ۱۱. وجود یکی از یافته های سرولوژیکی مانند Anti-sm، Anti-dsDNA، آنتی بادی های آنتی کاردیولیپین (از نوع IgM یا IgG)، آنتی کوآگولان لوپوسی و VDRL مثبت کاذب برای بیش تر از ۶ ماه.

بیمار پنج معیار از ۱۱ معیار SLE را پر می کند پس تشخیص SLE است و باید Anti-dsDNA، Anti-sm و... بررسی شود.

☞ ژلوفن روماتولوژی، مبهث لوپوس

۱۵- ج

برای تشخیص قطعی آرتريت روماتوئید حداقل امتیاز ۶ از ۱۰ لازم است. جدول کرایتیا رو ببین: ☞

امتیاز	درگیری	معیار
۱	۱۰ مفصل بزرگ	درگیری مفصلی
۲	۱-۳ مفصل کوچک	
۳	۴-۱۰ مفصل کوچک	
۵	بیش تر از ۱۰ مفصل بزرگ (حداقل ۱ مفصل کوچک)	