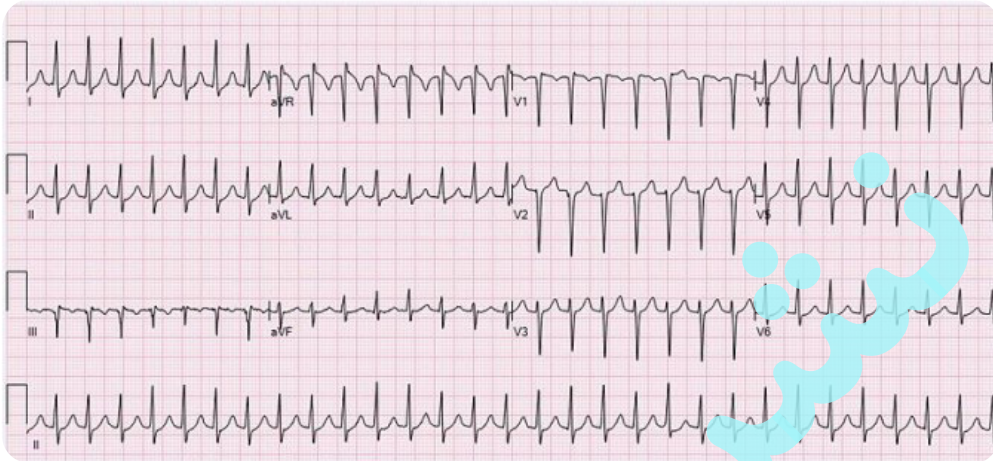


داخلی

۱- خانم ۲۲ ساله‌ای بدون سابقه قلبی بیماری خاص و یا مصرف دارویی به علت تپش قلب و تنگی نفس ناگهانی از نیم ساعت قبل به اورژانس مراجعه می‌کند. فشار خون وی در بدو مراجعه ۱۱۰/۷۰ و O2 Sat=98% است. نوار قلب زیر از وی گرفته می‌شود. بعد از مانیتورینگ و رگ‌گیری کدام درمان را جهت وی ارجح می‌دانید؟



- (الف) جویدن ۳۰۰ میلی‌گرم آسپرین
(ب) تزریق ۵۰۰۰ واحد هپارین
(ج) تزریق ۶ میلی‌گرم آدنوزین
(د) تزریق فیبرینولیتیک (استرپتوکیناز)

۲- خانم ۳۸ ساله با سابقه آنژیوگرافی عروق کرونر نرمال و نارسایی سیستولی بطن چپ با EF=30%، به علت تنگی نفس مراجعه کرده است. درمان با کدام دارو در افزایش طول عمر وی موثر است؟

- (الف) دیگوکسین
(ب) آتوروستاتین
(ج) کاپتوپریل
(د) نیتروگلیسرین

۳- آقای ۴۵ ساله با شرح حال تورم و درد زانوی راست از سه روز قبل به دنبال ترموما به شما مراجعه نموده است. در معاینه زانوی اریتماتو، متورم و دردناک دارد. نتیجه آسپیراسیون مایع مفصلی به شرح زیر است.

color= yellow , WBC=50000, PMN=80%, crystal= negetavie

محتمل‌ترین علت آرتریت بیمار کدام است؟

- (الف) سپتیک
(ب) استوارتریت
(ج) روماتوئید
(د) نفرس

۴- بیمار خانم ۷۸ ساله که به علت تپش قلب مراجعه نموده است که در نوار قلب ریتم فیبریلاسیون دهلیزی دارد. سابقه فشار خون و نارسایی قلبی دارد. شرح حال از بیماری دیگری نمی‌دهد. براساس شرح حال معیار CHADSVASC بیمار و درمان آنتی‌کواگولانت پیشنهادی را بفرمایید. (کراتینین = ۰.۷)

- (الف) ۳ امتیاز و ریواروکسابان ۲۰ میلی‌گرم روزانه
(ب) ۵ امتیاز و اپیکسابان ۵ میلی‌گرم هر دوازده ساعت
(ج) ۲ امتیاز و نیازی به آنتی‌کواگولانت ندارد.
(د) ۶ امتیاز و وارفارین با دوز درمانی

۵- بیمار آقای ۶۸ ساله، با تابلوی انفارکتوس مغزی در اورژانس بستری شده است. در صورتی که بیمار کاندید دریافت ترومبولیتیک نباشد، در چه میزانی از فشار خون تجویز داروی آنتی‌هایپرتانسیو برای وی توصیه می‌گردد؟

- (الف) >210/120
(ب) >180/110
(ج) >220/130
(د) >160/100



۶- بیمار مورد شناخته شده بیماری کولیت اولسروز از ۱۰ سال قبل که در کولونوسکوپی درگیری تمام کولون (پان کولیت) داشته است. برای غربالگری کانسر کولون کدام یک از موارد زیر پیشنهاد می‌شود؟

- الف) کولونوسکوپی هر ۵ سال
 ب) رکتو سیگموئیدوسکوپی هر ۱ تا ۲ سال
 ج) کولونوسکوپی هر ۱ تا ۲ سال
 د) رکتو سیگموئیدوسکوپی هر ۵ سال

۷- خانم ۷۳ ساله‌ای با سابقه‌ی تهوع، بی‌اشتهایی و یبوست از حدود ۳ هفته قبل به علت کاهش سطح هوشیاری به اورژانس آورده شده است. در بررسی آزمایشگاهی:

Ca=14.5mg/dl (8.5-10.5), P=2.1mg/dl (3.5-5), Alb=4mg/dl, Cr=1.2mg/dl, PTH=5 (10-65), Urine Ca=120mg/24hours

بهترین تشخیص برای بیمار کدام است؟

- الف) مصرف لیتیوم
 ب) سرطان ریه
 ج) هیپرپاراتیروئید پسم
 د) هیپرکلسمی هیپوکلسمیوری فامیلیال

۸- در آزمایشاتی که برای آقای ۶۰ ساله با سابقه هایپر تنشن، دیابت، بای‌پس عروق کرونر و مصرف سیگار درخواست شده است، و TG=200 و Total cholesterol=240 و Cr=1.2 و FBS=150 و HDL=30 و HB A1c= 8 گزارش شده است. بیمار تحت درمان با ۱۵۰۰ میلی‌گرم متفورمین می‌باشد. تجویز دارویی مناسب‌تر برای این بیمار کدام مورد است؟

- الف) متفورمین - گلی‌کلازید - فنوفیبرات - آسپرین
 ب) متفورمین - ری‌گلینید - فنوفیبرات - رزواستاتین
 ج) متفورمین - سیتاگلیپتین - آتورواستاتین - آسپرین
 د) متفورمین - امپاگلیفلوزین - رزواستاتین - آسپرین

۹- آقای ۴۰ ساله با سابقه دیابت و هایپر تنشن از حدود ۱۰ سال قبل، با شکایت از سردرد مراجعه کرده است. چهره بیمار خشن به نظر می‌رسد و دست‌ها و پاها نیز بزرگ هستند. پس از پرسش ذکر می‌کند که حلقه ازدواجش دیگر اندازه‌اش نیست و سایز کفش‌هایش واضحاً افزایش یافته است. با توجه به تشخیص احتمالی، کدام آزمایش را جهت غربالگری درخواست می‌کنید؟

- الف) سنجش کوتیزول ناشتا
 ب) انجام تست تحریکی کوزینتروپین
 ج) سنجش GH سرم پس از القاء هیپوگلیسمی ناشی از تجویز انسولین
 د) سنجش IGF1

۱۰- خانم ۲۲ ساله، حامله ۲ ماهه به علت بزرگی تیروئید و اختلال تست‌های تیروئید ارجح شده است. وجود کدام یک از یافته‌های زیر برعلیه تشخیص تغییرات فیزیولوژیک در دوران بارداری می‌باشد؟

- الف) TSH پایین
 ب) total T4 بالا
 ج) T3 RU بالا
 د) free T4 نرمال

۱۱- خانم ۳۲ ساله‌ای با درد جلوی گردن با انتشار به گوش و شانه چپ از چند روز قبل مراجعه کرده است. در هنگام بلع نیز درد دارد. از تپش قلب و احساس گرما شکایت دارد. سابقه ابتلا به COVID-19 با علائم تنفسی را در ماه گذشته ذکر می‌کند، که علائم برطرف شدند. در معاینه تندرست و بزرگی منتشر تیروئید یافت شد و در آزمایشات:

T4: 14 (4.5-12), TSH: 0.003 (0.5-6), ESR: 55, WBC: 13000 (4000-11000), TPO-Ab: negative

با توجه به تشخیص، کدام یک جایی در درمان بیمار ندارد؟

- الف) متی‌مازول
 ب) پروپرانولول
 ج) پردنیزولون
 د) NSAIDs

۱۲- آقای ۲۳ ساله به علت درد مفاصل اندام تحتانی از دو هفته قبل مراجعه کرده است. بیمار سابقه درد کمر با ماهیت التهابی را از شش ماه قبل می‌دهد. در معاینه ارتريت زانوها و مچ پای چپ و تاندینیت آشیل دارد. در آزمایشات HLAB27 مثبت و ANA و RF منفی است. احتمال بروز کدام عارضه در بیمار کمتر است؟

الف) ساکروایلئیت (ب) یووئیت قدامی (ج) آئورتیت (د) ندول زیر جلدی

۱۳- شایع‌ترین یافته نوار قلب بیمار مبتلا به آمبولی ریه کدام است؟

الف) S1Q1T3 (ب) فیبریلاسیون دهلیزی

ج) معکوس شدن موج T در لیدهای پره کوردیال (د) تاکی کاردی سینوسی

۱۴- مرد ۶۵ ساله با سابقه نقرس، با درد شدید اندام تحتانی مراجعه کرده است. در معاینه اریتم گرمی و تورم مچ پا دارد. نکات مثبت آزمایش بیمار شامل Cr: 2.3mg/dl و CRP: 25(nl:6) و ESR: 60 می‌باشد. جهت کنترل حمله نقرس فعلی کدام درمان مناسب‌تر است؟

الف) آلوپورینول ۱۰۰ میلی‌گرم هر ۱۲ ساعت (ب) کلشی سین یک میلی‌گرم هر دو ساعت

ج) پردنیزولون ۱۰ میلی‌گرم هر ۸ ساعت (د) ایندومتاسین ۵۰ میلی‌گرم هر ۸ ساعت

۱۵- خانم ۵۰ ساله‌ای با ضعف عضلانی از حدود ۳ ماه قبل به صورت اختلال در بالارفتن از پله‌ها و خستگی هنگام شانه کردن موها مراجعه کرده است. در سابقه هیچ بیماری قبلی از قبیل بیماری تیروئید، دیابت را ذکر نمی‌کند. آزمایشات روتین نرمال می‌باشد. کدام اقدام زیر در تشخیص بیماری ایشان ضرورت ندارد؟

الف) بررسی آنزیم‌های عضله (ب) MRI مغزی

ج) بیوپسی عضله (د) تهیه نوار عصب - عضله EMG - NCV

۱۶- خانم ۴۵ ساله با شکایت درد در قسمت خارجی ران راست مراجعه کرده است. بیمار از تشدید درد در هنگام بالا رفتن از پله و خوابیدن به پهلو راست شاکی است. در معاینه حرکات کمر نرمال است. تست لازک منفی است. ابداعشن اندام تحتانی راست در برابر مقاومت دردناک است. حساسیت در لمس قسمت خارجی ران راست وجود دارد. کدام تشخیص مطرح است؟

الف) نکروز سر فمور (ب) بورسیت تروکانتر

ج) رادیکولوپاتی S1 (د) بورسیت ایلئوپیسواس

۱۷- در بیماران مبتلا به بیماری انسدادی مزمن ریه COPD با درجه ۳ و Cor pulmonale در معیار GOLD کدام یک از اقدامات زیر در بهبود سیر بیماری (Natural History) کمترین تاثیر را دارد؟

الف) استفاده از سالمترول (ب) توقف مصرف سیگار

ج) درمان با اکسیژن (د) جراحی کوچک کردن حجم ریه در بیماران انتخاب شده

۱۸- کدام یک از موارد زیر در آمبولی ریه دیده نمی‌شود؟

الف) افزایش مقاومت عروق ریوی (ب) هیپرونتلاسیون ریوی

ج) افزایش مقاومت راه‌های هوایی (د) افزایش کمپلانس ریوی

۱۹- خانم ۳۴ ساله‌ای با DVT پروگزیمال اندام تحتانی راست بستری شده است در بررسی سوابق بیمار سابقه DVT در اندام مقابل را حدود ۲ سال قبل می‌دهد که به مدت ۳ ماه تحت درمان با وارفارین بوده است درمان ضد انعقاد را به چه مدت برای این بیمار پیشنهاد می‌کنید؟

الف) ۳ تا ۶ ماه (ب) ۳ تا ۱۲ هفته (ج) ۶ تا ۱۲ ماه (د) مادام‌العمر

پاسخ نامه داخلی

۱- ج

این نوار قلب، ریتم منظم و ریت بالای ۱۰۰ تا (اینجا ۱۵۰ تا) یعنی تاکی کاردی به همراه QRS باریک یعنی کم‌تر از ۰,۱۲ ثانیه یا سه خونیه کوچک دارد؛ پس با یک تاکی کاردی فوق بطنی مواجهیم و با توجه به اینکه P واضحی هم نمی‌بینی، تشخیص PSVT یا تاکی کاردی فوق بطنی حمله‌ای است. خوب نوار قلبش رو یاد بگیر. چهار ویژگی PSVT چیه؟

۱- ریتم سینوسی و منظم

۲- نداشتن P واضح؛ در واقع P تو دل QRS گم شده!

۳- تاکی کاردی به صورت خودبخودی یا با ماساژ کاروتید رفع میشه.

پس مریض معمولاً شرح حال حمله‌های تپش قلب و تاکی کاردی ناگهانی‌ای رو میده که خودبخود هم رفع میشه. درمان این بیمار دو حالت داره:

👉 اگر مریض پایدار نبوده شوک و کاردیورژن سینکرونیزه

👉 اگر مریض پایدار بود؛ ماساژ سینوس کاروتید و اگر جواب نداد آدنوزین وریدی میدیم؛ پس جیم شد. در نهایت اگر جوابی نگرفتیم

میریم سراغ مرحله‌ی آخر یعنی: بلاکر AV node + شوک + پروکاین آمید تزریقی یا ایبوتیلید

👉 رولفن قلب، مبهت نوار قلب و آریتمی

۲- ج

با توجه به EF کم‌تر از ۴۰ درصد، بیمار مبتلا به نارسایی قلبی با کاهش کسب جهشی است. در درمان نارسایی قلبی به ترتیب زیر عمل می‌کنیم:

۱- درمان احتباس مایعات؛ در صورت داشتن علائم احتقان مثل ادم اندام، رال ریوی، JVD و غیره، دیورتیک اونم ترجیحاً لوپ دیورتیک مثل فورزماید میدیم.

۲- جلوگیری از پیشرفت بیماری؛ با کمک هفت دسته دارو می‌توان پاتونژن نارسایی قلبی یعنی افزایش فعالیت سیستم رنین-آنژیوتانسین-آلدوسترون و سیستم عصبی را کنترل و در نتیجه پیشرفت بیماری را کند کنیم، که به ترتیب عبارتند از: بتابلاکرها، ACEI (پرل‌ها)، ARBها، اسپرونولاکتون، ترکیب هیدرالائزین+ ایزسورباید دی نترات، ترکیب والزارتان+ ساکوبیتریل، ایوآبرادین. پس جیم شد.

۳- درمان بیماران مقاوم به درمان‌های اولیه: در مرحله‌ی آخر برای بیمار نارسا با EF پایین که به درمان‌های استاندارد جواب نداده یا ریتم AF دارد، دیگوکسین تجویز می‌شود.

۴- داروهای ضدانعقادی و ضد پلاکتی: بیماران نارسایی قلبی خطر بالای پیدایش فیبریلاسیون دهلیزی و حوادث ترومبوآمبولیک دارند، بنابراین تجویز وارفارین تا رسیدن INR به ۲ تا ۳ برابر طبیعی و آسپیرین ۷۵ تا ۸۱ میلی گرم روزانه در این بیماران توصیه می‌شود.



۵- درمان دیس‌ریتمی‌های قلبی: فیبریلاسیون دهلیزی در ۱۵ تا ۳۰ درصد بیماران نارسایی قلبی وجود دارد. آمبودارون داروی ارجح در برقراری ریتم سینوسی در این بیماران است.

۶- درمان با Device: ICD را به بیماران نارسایی قلبی FCII و FCIII که با وجود درمان طبی مناسب به مدت سه ماه همچنان علامت دارند، توصیه می‌کنیم.

📌 ژلوفن قلب. مبهت نارسایی قلبی

۳- الف

یادت باشه در هر مونوآرتری حادی باید به عنوان قدم اول، با آرتروستنتز، مایع مفصل درگیر را آنالیز کنیم. در این بیمار شواهد به آرتريت سپتیک میخورد. در این بیماری، بیوپسی و کشت سینوویوم بیشترین احتمال پیدا کردن میکروارگانیزم را دارد. همچنین رادیوگرافی ساده‌ی مفصل با تغییراتی مثل باریک شدن فضای مفصلی، استئوپنی و اروزیون ممکن است به تشخیص کمک کند. با هم چند مورد از شایع‌ترین نتایج آنالیز رو مرور کنیم:

📌 WBC حدود ۵۰ هزار یا بیشتر با ارجحیت PMN حدود ۹۰% آرتريت سپتیک باکتریایی. ظاهر کدر و چرکی، ویسکوزیته و گلوکز کاهش یافته، پروتئین و LDH افزایش یافته هم به نفع آرتريت سپتیک است.

◀ اگر WBC بین ۱۰ تا ۳۰ هزار با ارجحیت PMN حدود ۵۰ تا ۷۰% بود، آرتريت سپتیک سلی و قارچی مطرح است.

📌 WBC حدود ۲ هزار تا ۵۰ هزار با ارجحیت PMN حدود ۷۰% تغییرات التهابی غیر عفونی مثل آرتريت روماتوئید یا تروما.

📌 WBC کم‌تر از ۲ هزار با ارجحیت سلول تک هسته‌ای (یعنی PMN کم‌تر از ۳۰%) تغییرات غیرالتهابی مثل استئوآرتريت و نقرس. در نقرس کریستال داریم.

📌 ژلوفن روماتولوژی. مبهت آرتريت سپتیک

۴- ب

یکی از عوارض AF سکنه مغزی است که هشت ریسک فاکتور مهم به نام CHA2DS2-VAS دارد و عبارتند از:

۱- نارسایی احتقانی قلب و اختلال عملکرد بطن، ۲- فشار خون بالا، ۳- سن بالای ۷۵ سال، ۴- دیابت، ۵- سابقه عوارض عروقی مثل استروک، TIA و ترومبوآمبولی، ۶- سابقه MI، بیماری عروق محیطی و پلاک آئورتی، ۷- سن بین ۶۵ تا ۷۴ سال، ۸- جنس مونث همه ی این ریسک فاکتورها یک امتیاز دارند، به جز سن بالای ۷۵ سال و سابقه استروک، TIA یا ترومبوآمبولی که دو امتیاز دارند.

اگر امتیاز بیمار یک یا بیشتر شد باید علاوه بر آسپرین یا داروی ضد پلاکت، برای بیمار داروی ضد انعقاد هم شروع کنیم. مگر بیماری که فقط به خاطر جنس مونث، یک امتیاز داشته باشد، در این صورت مثل امتیاز صفر همان داروی ضد پلاکت کفایت می‌کند.

در این سوال خانم بودن، سابقه فشار خون بالا و نارسایی احتقانی قلب هر کدام یک امتیاز و سن بالای ۷۵ سال دو امتیاز دارد که مجموعاً می‌شود ۵ امتیاز و باید ضد انعقاد خوراکی هم تجویز کنیم.

📌 ژلوفن قلب. مبهت نوار قلب و آریتمی

۵- ج

این سوال از رفرنس قدیمی قلب یعنی هاریسون طرح شده و با رفرنس جدید قابل پاسخ نیست.
 ▼ هاریسون: در بیماران مبتلا به CVA ایسکمیک تمایل چندانی به کاهش سریع فشار خون نداریم؛ اگر بیمار کاندید ترومبولیتیک
 تراپی نبود، فقط در فشار سیستولیک بالای ۲۲۰ یا دیاستولیک بالای ۱۳۰ داروی ضد فشارخون شروع می‌کنیم. اگر کاندید ترومبولیتیک
 تراپی بود، فشار خون رو باید بیاریم پایین‌تر از ۱۸۵/۱۱۰.

▼ رفرنس جدید: در بیماران مبتلا به CVA ایسکمیک فشار خون نباید پایین آورده شود، زیرا این افزایش فشارخون، واکنش دفاعی
 بدن است و با پایین آوردن فشار خون باعث کاهش خون‌رسانی به مناطق ایسکمی که هنوز دچار انفارکت نشده می‌شویم.
 ما در کل کریز فشار خون یعنی فشار خون سیستولیک بالای ۱۸۰ یا دیاستولیک بالای ۱۲۰ رو درمان می‌کنیم، اونم با سرعتی که طی
 یک ساعت بیش‌تر از ۲۵ درصد کم نشه. داروهای مورد استفاده در کریز فشار خون بیمار مبتلا به CVA چیاست؟

- ۱- نیکاردیپین ۲- لابتالول ۳- نیتروپروساید

✍️ *لوفن قلب، مبهث فشارخون بالا

۶- ج

در بیماری‌های التهابی روده به علت ریسک بالای بدخیمی در صورتی که بیمار یکی از شرایط زیر را داشته باشد، باید به صورت سالانه
 یا دو سال یک بار کولونوسکوپی برای غربالگری انجام شود:

- ۱- درگیری تمام کولون (پان کولیت) یا درگیری بیش از یک سوم کولون بعد از گذشت ۸ تا ۱۰ سال
 - ۲- درگیری پروکتوسیگموئیدیت (درگیری کم‌تر از یک سوم طول کولون ولی بیش‌تر از رکتوم)
 - ۳- درگیری سمت چپ کولون یا درگیری کمتر از یک سوم کولون بعد از ۱۲ تا ۱۵ سال
- اگر بیمار ریسک فاکتورهایی مثل سابقه‌ی خانوادگی کنسر کولون، PSC و تنگی کولون داشت، باید غربالگری را زودتر شروع کنیم.

✍️ *لوفن کوارش. مبهث بیماری‌های التهابی روده

۷- ب

در این بیمار با توجه به کلسیم بالای ۱۰٫۵ و علائم هایپرکلسمی باید بریم سراغ الگوریتم برخورد با هایپرکلسمی.
 علائم هایپرکلسمی چیا بود؟ خستگی و ضعف عضلانی / سنگ کلیه، نفروکلسینوز (رسوب کلسیم در پارانشیم کلیه)، پر ادراری و پرنوشی /
 بیوست، ایلئوس، تهوع و بی‌اشتهایی / فشار خون بالا، QT کوتاه قلبی و آریتمی / کاهش هوشیاری و غیره.
 در برخورد با اختلال کلسیم اول یه قانون یاد بگیر؛ PTH زیاد، کلسیم سرمی رو زیاد و فسفر رو کم می‌کنه ولی افزایش فرم فعال ویتامین
 دی (OH VITD 1.25) هم فسفر و هم کلسیم سرم رو زیاد می‌کنه. تو داستان کلسیم- فسفر، اگر مثل این سؤال کلسیم بالای ۱۰٫۵
 داشتی برو سر وقت فسفر، که دو حالت داریم:

- ۱- کلسیم بالا و فسفر پایین ☞ تقصیر PTH یا پپتیدش؛ PTH چک کن؛ که دو حالت داره ☞



PTH بالا یا نرمال ☞ به کلسیم ادراری نگاه کن:

✎ اگر کلسیم ادراری بالای ۱۰۰ بود: هایپرپاراتیروئیدی اولیه

✎ اگر کلسیم ادراری زیر ۱۰۰ بود: هایپرکلسمی هایپوکلسیوریک فامیلیال یا FHH

✎ PTH پایین مثل این سؤال ☞ به بدخیمی شک کن و PTHrp رو چک کن. پس جواب سرطان ریه است.

۲- کلسیم بالا و فسفر بالا ☞ تقصیر Vit D است؛ اگر بالا بود به نفع مسمومیت با ویتامین دی یا بیماری‌های گرانولوماتوز و سارکوئیدوز با توانایی تولید ویتامین دی فعال است.

✎ ژلوفن غرر. مبحث اختلالات موار معرني و بیماری‌های متابولیک استخوان

۸- د

برای پایش درمان دیابت مثل این سؤال باید ببینیم بیمار به اهداف کنترل دیابت رسیده یا نه؟

✎ اهداف فشاری: فشار خون کمتر از ۱۴۰/۹۰

✎ اهداف چربی: TG کمتر از ۱۵۰ و HDL بیش‌تر از ۴۰ در آقا و ۵۰ در خانم. که در این بیمار کنترل نیست. بهترین دارو برای بیمار بالای ۴۰ سال با سابقه بیماری قلبی، استاتین است. پس باید بین جیم و دال انتخاب کنیم. یادت باشه فیبرات رو برای هایپرتری گلیسریدمی‌های بالای ۵۰۰ تجویز می‌کنیم.

✎ اهداف قندی: FBS بین ۸۰ تا ۱۳۰ + قند بعد غذا کمتر از $HbA1C + 180$ کمتر از ۷٪. از این نظر هم کنترل نیست. پس باید داروی دوم اضافه کنیم. اگر قند ناشتا بالای ۲۵۰ بود، باید انسولین تجویز کنیم. از بین داروهای کاهنده قندخون، امپاگلیفلوزین که با مهار انتخابی سدیم - گلوکز ترانسپورت ۲ (SGLT2) قند خون را کاهش می‌دهد، باعث کنترل بیماری‌های قلبی عروقی هم میشه. پس در این بیمار گزینه‌ی دال بهترین است.

🕌 در کل به کیا آسپرین برای کاهش عوارض کرونر میدیم؟ ۱- مردان بدون علامت بالای ۵۰ سال، ۲- بیماران مبتلا به آنژین پایدار مزمن، ۳- سابقه‌ی قلبی آنژین ناپایدار یا انفارکتوس میوکارد. پس برای این بیمار آسپرین هم باید تجویز کنیم.

✎ ژلوفن غرر. مبحث دیابتولوژی و درمان دیابت

۹- د

چهره خشن، دست و پاهای بزرگ، تنگی انگشت حلقه و افزایش سایز کفش به نفع آکرومگالی و افزایش هورمون رشد است. علاوه بر این علائم، پروگناتیسم یا جلو آمدن فک پایین و افزایش فاصله بین دندان‌ها، بزرگی احشا مثل زبان، کبد و تیروئید، تعریق فراوان، اختلال قاعدگی، گالاکتوره و با کاهش میل جنسی در آقایون، اختلال گلوکز و دیابت و ... هم از علائم افزایش هورمون رشد است. در هر بیمار مشکوک به افزایش هورمون رشد باید به ترتیب پایین عمل کنیم:

۱- چک IGF-1: به عنوان تست غربالگری، اگر بالا بود برو بعدی.

۲- چک هورمون رشد دو ساعت بعد تجویز ۱۰۰ گرم گلوکز خوراکی

۳- انجام MRI برای بررسی محل و ابعاد توده‌ی هیپوفیز

✎ ژلوفن غرر. مبحث بیماری‌های محور هیپوتالاموس و هیپوفیز