



## جراحی



📌 ۱- در بیماری که ۲۴ ساعت پس از جراحی توتال تیروئیدکتومی دچار پارسستی اندامها و علائم شوستوک و تروسو مثبت شده است؛ کدام یک از اقدامات نامبرده، اولویت بیشتری دارد؟ (پره‌انترنی دی ۹۹- میان‌دوره کشوری)

الف) سنجش سطح سرمی هورمون پاراتیروئید (PTH)      ب) سنجش سطح سرمی ویتامین D  
ج) سنجش تراکم استخوان      د) انجام الکتروکاردیوگرافی

پارسستی به همراه علائم شوستوک و تروسو مثبت به دنبال توتال تیروئیدکتومی، نشون‌دهنده‌ی هایپوکلسمی است. هایپوکلسمی یعنی کلسیم کم‌تر از ۸ که در پانکراتیت، به دنبال تیروئیدکتومی و به دلایل متنوع دیگری اتفاق می‌افتد. در مریض با شرح حال تیروئیدکتومی یا اسکار روی گردن، باید به کمبود کلسیم شک کنیم. برای تشخیص هایپوکلسمی باید حتما علاوه بر کلسیم، منیزیم، پتاسیم، فسفات و آلکالن فسفاتاز رو چک کنیم. شواهد بالینی هایپوکلسمی چیست؟

۱- علائم عصبی عضلانی مثل گرگز دور دهان، بی‌حسی و مورمور نوک انگشتان، کرامپ عضلانی که از علائم اولیه است.  
۲- تشدید رفلکس‌های عمقی به همراه دو علامت معروف شوستوک و تروسو، تشنج و درگیری قلبی به صورت طولانی شدن فواصل Q-T که از علائم هایپوکلسمی شدید است. بنابراین قدم بعدیمون گرفتن نوار قلب است. چون در هایپوکلسمی شدید و علامت‌دار باید سریع کلسیم گلوکونات یا کلسیم کلرید تزریق کنیم.  
دلایل هایپوکلسمی واقعی عبارت است از: کمبود PTH (مثلاً به دنبال جراحی پاراتیروئید و تیروئید) یا منیزیم و یا ویتامین D، افزایش فسفات، بیماری التهابی روده، سندرم سوء جذب، اسهال مزمن، فیستول روده‌ای یا پانکراسی و فاشتیت نکروزان، انتقال خون وسیع.

📌 رفرنس: برای ا. مبهث آب و الکترولیت و تعادل اسید و باز.

### جواب: د

📌 ۲- خانم ۳۵ ساله‌ای به دنبال زایمان طبیعی و خونریزی شدید ناشی از آن، کاندید دریافت گلوبول قرمز متراکم شده است. چند دقیقه پس از شروع تزریق دچار علائم شامل درد در محل تزریق خون، تنگی نفس و درد قفسه سینه می‌شود. اولین اقدام مناسب کدام است؟ (پره‌انترنی دی ۹۹- میان‌دوره کشوری)

الف) تجویز اکسیژن      ب) قطع تزریق خون  
ج) تزریق کورتون      د) تزریق یک لیتر نرمال سالین

یادت باشه قدم اول در هر واکنش حادی نسبت به فرآورده‌های خونی، توقف انتقال آن است. این بیمار دچار واکنش ماژور همولیتیک حاد شده است. بیمار معمولاً به علت تزریق خون اشتباه، بلافاصله بعد از تزریق خون دچار گرگرفتگی، درد قفسه‌ی سینه و پشت و محل تزریق شده که در بررسی‌ها شواهدی مثل تب، افت فشار، تاکی‌کاردی، هماچوری، میوگلوبینوری و در موارد شدید نارسایی حاد کلیه دارد. در برخورد با واکنش همولیتیک حاد چهار کار می‌کنیم:



۱- توقف فوری تزریق خون

۲- ارسال خون تزریقی و خون بیمار جهت کراس مچ ABO و کشت (برای رد آلودگی)

۳- مایع‌درمانی و وازوپرسور در موارد ناپایداری همودینامیک

۴- تجویز مانیتول و یا دیورتیک لوپ در موارد نارسایی کلیه

📞 تلفن برای ا. مبحث فونریزی‌های برای.

### جواب: ب

۳- آقای ۵۱ ساله‌ای مورد شناخته شده فشارخون بالا از ۲ ماه قبل، که در حال حاضر تحت درمان با آسپرین و آنتولول می‌باشد، به دلیل فتق اینگوئینال اینکار سره کاندید جراحی اورژانس است. بیمار سابقه قبلی مشکلات انعقادی نداشته. انتظار دارید کدام یک از آزمایشات انعقادی در ایشان مختل باشد؟ (پره‌انترنی دی ۹۹- میان‌دوره کشوری)

- |                  |                   |
|------------------|-------------------|
| الف) aPTT        | ب) INR            |
| ج) Bleeding Time | د) Platelet count |

هر داروی ضد انعقاد رو با یک آزمایش خون باید پیگیری کنیم. مهم‌ترینش رو یاد بگیر:

۱- آسپرین و کلوییدوگرل (پلاویکس): پلاکت را برگشت‌ناپذیر مهار می‌کنند و با BT مانیتور می‌شود. الف شد.

۲- وارفارین با INR و PT

۳- هپارین UFH رو با aPTT و یا آنتی Xa (ضد فعال‌کننده‌ی فاکتور ۱۰)

۴- LMWH و فونداپارینوکس و مهارکننده‌های فاکتور ۱۰ مثل آپیکسایان و ادوکسابان با آنتی Xa

۵- مهارکننده‌ی مستقیم ترومبین مثل بیوالرودین، دابیگاتران و آرگاتروبان با Aptt

📞 تلفن برای ا. مبحث فونریزی‌های برای.

### جواب: ج

۴- کدام یک از موارد نامبرده در تقسیم‌بندی زخم‌ها، جزء رده زخم‌های کثیف (dirty) قرار می‌گیرد؟ (پره‌انترنی دی ۹۹- میان‌دوره کشوری)

- |  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| الف) آلوده شدن محیط عمل با باز شدن اتفاقی روده باریک | ب) پارگی زخم پپتیک انتروم معده       |
| ج) رزکسیون روده در بیمار با ایسکمی مزانتر            | د) رزکسیون سیگموئید در دیورتیکولوزیس |

کلاً چهار کلاس زخم داریم. ارگانیزم شایع در زخم تمیز، گرم مثبت‌ها و در بقیه‌ی موارد پلی‌میکروبی است:

۱- تمیز یا clean ☞ زخم غیر تروماتیک کمتر از ۱۲ ساعت و یا جراحی‌ای که کاری به کار لوله‌های بدن یعنی سیستم تنفس، گوارش،

صفاوی و ادراری نداره، مثل جراحی هرنی اینگوئینال، جراحی سینه، تیروئید یا پیوند ائورتی.

۲- تمیز آلوده یا clean-contaminated ☞ آسیب مینور و یا جراحی الکتیوی که با آلودگی کم و یا در شرایط استریل وارد لوله‌های بدن میشه، مثل رزکشن الکتیو کولون یا معده، تعبیه‌ی گاستروستومی و اکسپلور مجاری صفراوی مشترک. منبع آلودگی در این نوع زخم‌ها اندوژن است.

۳- آلوده یا contaminated ☞ زخم تروماتیک حاوی خاک یا جسم خارجی و یا جراحی و آسیبی که علاوه بر تهاجم به لوله‌های بدن با نشئت محتویاتش قبل یا بعد از عمل همراهی داره، مثل آپاندیس پرفوره و یا جراحی انسداد روده.

۴- کثیف یا Dirty (بیشترین احتمال عفونت: حدود ۵۰٪) ☞ اینجا دیگه رسماً قبل از آسیب و جراحی، عفونت داریم، مثل تخلیه‌ی آبسه‌ی پری‌آنال یا داخل شکمی و رزکشن روده‌ی انفارکته.

✍️ *تولفن برای ا. مبهت عفونت‌های برای.*

### جواب: ج

۵- آقای ۳۰ ساله‌ای به دنبال ترومای نافذ به قفسه سینه در سمت چپ به اورژانس بیمارستان آورده شده است. در معاینه

**Respiratory Rate: 30/min** و همچنین **Pulse rate: 110 / min , Blood Pressure: 80 / pulse** دارد. در معاینه

سر و گردن، ورید ژوگولار (**JVP**) بیمار برجسته است. صدای قلبی نرمال و کاهش صدای ریوی در سمت چپ دارد. اولین

اقدام کدام است؟ (پره‌انترنی ری ۹۹- میان‌دوره کشوری)

(ب) انجام گرافی پرتابل از قفسه سینه بیمار

(الف) گرفتن **IV line** و تزریق خون

(د) پریکاردیوستن با آنژیوکت

(ج) **Tap** فضای پلور با آنژیوکت

هر موقع در یک مریض تصادفی دیسترس تنفسی و کاهش فشار خن رو به همراه افزایش **JVP** و کاهش صدای ریوی دیدی به پنوموتوراکس فشارنده (**Tension**) فکر کن. درمان فوری این بیماران توراکوستومی سوزنی با آنژیوکت شماره‌ی ۱۴ در فضای بین دنده‌ای دوم یا سوم در خط میدکلاویکولار است. در ادامه باید لوله‌ی توراکوستومی یا همان چست تیوب فوراً و قبل از **CXR** برای بیمار گذاشته شود. علاوه بر این، مایع درمانی و محدود کردن زخم قفسه‌ی سینه رو هم باید مدنظر داشت. وجه افتراق پنوموتوراکس فشارنده از ساده، افت فشار خون در نوع فشارنده است. پریکاردیوستن مربوط به تامپوناد است.

تابلوی بالینی پنوموتوراکس فشارنده این طوره:

۱- دیسترس تنفسی و هیپوتانسیون

۲- وریدهای متسع گردن (**JVP** و **CVP** بالا)،

۳- انحراف تراشه به سمت مخالف آسیب

۴- فقدان یا کاهش صداهای تنفسی و دق هایپررزونانس یا تیمپان یک طرفه (در سمت آسیب‌دیده)

۵- آمفیزم زیرجلدی در سمت مبتلا.

✍️ *تولفن برای ا. مبهت تروما.*

### جواب: ج



🗨️ ۶- مرد جوانی به دنبال تصادف اتومبیل و با تشخیص احتمالی آسیب طحال تحت نظر گرفته شده است. مشاهده همه موارد زیر در این بیمار اندیکاسیون مداخله جراحی محسوب می‌شود، به جز: (پره‌انترنی ری ۹۹- میان‌دوره کشوری)

الف) تشخیص پارگی در سونوگرافی اورژانس انجام شده بر بالین بیمار

ب) بروز علائم پریتونیت بر اساس معاینه سریال بیمار

ج) بروز خونریزی مجدد در بیمار پس از یک دوره ثبات علائم حیاتی

د) ادامه هیپوتانسیون و هیپوولمی علیرغم مایع درمانی کافی

در کل آسیب طحال پنج‌گنید دارد که در گرید II و پایین‌تر، آسیب کم‌تر از ۵۰٪ سطح است. روش تشخیصی ارجح، CT-اسکن است. برخورد با ترومای طحال رو یاد بگیر:

۱- اگر بیمار همودینامیک ناپایدار، افت فشار خون، خونریزی فعال یا عود خونریزی و علائم پریتونیت واضح مثل تندرینس شدید LUQ داشت ☞ سریع برای لاپاراتومی اورژانس (توتال اسپلنکتومی، اسپلنورافی یا بخیه‌ی بخش آسیب دیده) ببر اتاق عمل.

۲- در بیماری با همودینامیک پایدار و بدون شواهد خونریزی و پریتونیت، که آسیب طحالی با درجه‌ی پایین بدون نشد خون و بدون آسیب ارگان شکمی دارد ☞ بیمار رو تحت نظر می‌گیریم و به صورت مداوم هموگلوبین و هماتوکریت را مانیتور می‌کنیم. دو تبصره اینجا داریم:

🗨️ اگر در سی‌تی اسکن آسیب عروقی رو به صورت نشد خون یا اکستراواژیشن دیدیم، از آنژیوآمبولیزاسیون استفاده می‌کنیم.

🗨️ اگر هر کدام از موارد شماره‌ی یک را حین دوره‌ی تحت نظر پیدا کرد، مداخله‌ی جراحی لازم است.

پس از بین این موارد، الف اندیکاسیون مداخله‌ی اورژانسی نیست. چون اولاً که تشخیص آسیب طحالی با سی‌تی اسکن است نه سونوگرافی، دوماً هر پارگی طحالی نیاز به جراحی اورژانس ندارد.

🗨️ ژلوفن برای ا. مبهت تروما.

## جواب: الف

🗨️ ۷- کودک ۵ ساله‌ای با وزن ۱۵ کیلوگرم به دنبال مولتیپل تروما به اورژانس آورده شده است. علی‌رغم تزریق حجم کافی سرم نرمال سالین در دو نوبت، همچنان علائم حیاتی وی ناپایدار است. ضمن اقدامات لازم برای کنترل منشاء خونریزی، چند سی‌سی خون بایستی به کودک تزریق شود؟ (پره‌انترنی ری ۹۹- میان‌دوره کشوری)

الف) ۷۵ (ب) ۱۵۰ (ج) ۳۰۰ (د) ۴۵۰

در برخورد با هر بیمار ترومایی (سوختگتی، تصادف یا غیره) باید اول ABCDE رو رعایت کنیم، یعنی راه هوایی، تنفس، وضعیت گردش خون، معلولیت و اکسپوژر کامل بدن. در بررسی وضعیت گردش خون باید بیمار رو از نظر حجم از دست رفته احیا کنیم. برای احیای بچه به صورت بولوس ۲۰cc/kg رینگر لاکتات میدیم و در صورت نیاز سه بار تکرار می‌کنیم. اگر باز هم احیا نشد باید از تزریق خون به اندازه‌ی ۱۰cc/kg و مداخله‌ی تهاجمی استفاده کنیم. خب این بچه ۱۵ کیلوئه و میشه ۱۵۰ سی‌سی خون!

راه دسترسی عروقی در بچه‌ها به ترتیب اولویت راه وریدی و کاتتر سایز بالا است، ولی آگه نشد، در بچه‌های ۵ سال و کم‌تر سراغ مسیبر داخل استخوانی یا Interosseous میریم. حتماً در بچه‌ی ترومایی، همون اول CBC، کراس مچ و گروه خونی و آمیلاز رو چک کن.

✍️ لوفرن جراحی ا. مبهث تروما.

### جواب: ب

۸- در ارتباط با مسمومیت با گاز CO<sub>2</sub>، همه موارد صحیح است، به جز: (پره‌انترنی دی ۹۹- میان‌دوره کشوری)

(الف) دقیق‌ترین روش اندازه‌گیری اکسیژن‌رسانی در این موارد **pulse oximetry** است.

(ب) به دلیل ایجاد اختلال هوشیاری خطر فوت در صحنه آتش‌سوزی را به شدت افزایش می‌دهد.

(ج) سردرد خیلی شدید همراه با تهوع و استفراغ نشان دهنده سطح کربوکسی هموگلوبین (COHB) حدود ۴۰ - ۳۰ درصد است.

(د) در موارد بروز اختلالات نورولوژیک حاد اکسیژن هیپرباریک جهت درمان مؤثرتر خواهد بود.

پالس اکسی‌متری در تشخیص مسمومیت با CO قابل اطمینان نیست. به جای آن از نمونه گازهای خونی یا ABG استفاده می‌کنیم.

برای همیشه یادت باشه: هر زمان بیمار سوختگی با کاهش سطح هوشیاری و لتارژی آوردن به مسمومیت با CO شک کن.

مسمومیت با مونوکسید کربن رو معمولاً در گازگرفتگی یا بخاری گازی می‌بینیم. در سطوح پایین، بیمار علامتی ندارد. ولی اگر سطح

کربوکسی هموگلوبین بالا رود، علائمی مثل سردرد، بعدش هم گیجی، ضعف، سنکوپ و در نهایت تشنج و کما و حتی مرگ خواهیم

داشت. سردرد خیلی شدید همراه با تهوع و استفراغ نشان دهنده سطح کربوکسی هموگلوبین (COHB) حدود ۴۰ - ۳۰ درصد است.

در بیمار مسمومیت CO یا گازگرفتگی مثل هر ترومای دیگه باید به ترتیب ABC عمل کنیم، پس اقداماتمون میشه:

۱- تجویز اکسیژن هایپرباریک یا ۱۰۰ درصد و در صورت نیاز اتوباسیون ان-وتراکتال

۲- کنترل همودینامیک بیمار: پس دو تا رگ بزرگ و خوب بگیر و مایع درمانی رو شروع کن.

۳- نمونه ABG بگیر.

✍️ لوفرن جراحی ا. مبهث سوختگی.

### جواب: الف

۹- مهم‌ترین هدف مایع درمانی و نشانه کفایت درمان در یک بیمار ۲۵ ساله با سوختگی درجه بالای پوستی ۳۰ درصد

کدام است؟ (پره‌انترنی دی ۹۹- میان‌دوره کشوری)

(الف) افزایش فشارخون سیستولیک به بالای ۱۳۰ میلی‌متر جیوه

(ب) برقراری برون ده ادراری بالای ۳۰ میلی‌لیتر در ساعت

(ج) کاهش ضربان قلب به زیر ۱۰۰ ضربه در دقیقه

(د) کاهش تعداد تنفس بیمار به زیر ۲۰ تنفس در دقیقه



در حین احیا با ارزیابی علائم حیاتی، فشار خون، برون‌ده ادراری و در صورت نیاز با اندازه‌گیری فشار ورید مرکزی (CVP) کفایت احیا را ارزیابی می‌کنیم. با احیای مناسب، برون‌ده ادراری کلیه‌ی سالم در بالغین باید به بالای 0/5cc/kg یا ۳۰ میلی‌لیتر در ساعت برسد و در کودکان بالای 1cc/kg در ساعت باشد.

📌 رولفن برای ۱. مبهث سوختگی.

### جواب: ب

👤 ۱۰- آقای ۲۵ ساله با شکایت دیسفاژی مراجعه کرده است. مشکل وی از یک سال قبل شروع شده است. دیسفاژی از ابتدا نسبت به جامدات و سپس مایعات بوده و طی این مدت نیز روند افزایش یافته است. کاهش وزن ندارد و سابقه خانوادگی وی منفی است. در باریم سوالو علامت bird's beak گزارش شده است. محتمل‌ترین تشخیص کدام است؟ (پره‌انترنی دی ۹۹- میان‌دوره کشوری)

(ب) رینگ مری

(الف) کانسر مری

(د) تنگی پیپتیک

(ج) آشالازی

کلید این سوال: bird's beak در باریم سوالو به نفع آشالازی است! تو سوالای دیسفاژی مروی دنبال کلید واژه‌های زیر باش و سریع جواب رو انتخاب کن:

📌 دیسفاژی مری ابتدا به جامدات:

📌 اگر متناوب و گاه‌گاهی بود: به رینگ تحتانی مری و ازوفازیت ائروزینوفیلیک فکر کن.

📌 اگر پیشرونده بود و بهش دیسفاژی به مایعات اضافه شد: به دو تشخیص فکر کن:

۱- بدخیمی: بیمار مسن بالای ۵۰ سال، دارای کاهش وزن، دارای نقص پرشدگی یا نامنظمی در دو سوم میانی مری.

۲- تنگی پیپتیک: بیمار سوزش سر دل را بدون کاهش وزن ذکر می‌کند.

📌 دیسفاژی مروی هم‌زمان به جامدات و مایعات: به سه تشخیص فکر کن:

📌 متناوب و همراه با درد قفسه سینه بود: به اسپاسم منتشر مری (DES) یا مری فندق‌شکن است. فشار LES نرمال است ولی در

تنه‌ی مری انقباضات هم‌زمان و منتشر غیر پریستالتیک با دامنه‌ی طبیعی یا بالا داریم و نمای Corkscrew یا پیچ‌گوشتی می‌بینیم.

📌 اگر پیشرونده بود: دو حالت داریم: اسکلرودرمی که بیمار سوزش سر دل و درد رترواسترنال مزمن دارد یا آشالازی که بیمار

ریگورژیتاسیون، کاهش وزن، نمای منقار پرنده و فشار بالای LES حین بلع دارد.

📌 رولفن برای ۲. مبهث مری.

### جواب: ج

- ۱۱- در برخورد با بیمار مبتلا به بیماری ریفلکس گاستروازوفازیال (GERD)، وجود هر کدام از موارد زیر جزء اندیکاسیون‌های درمان جراحی می‌باشد، به جز: (پره‌انترنی ری ۹۹- میان‌دوره کشوری)
- الف) در صورتی که اقدامات مراقبتی نگهدارنده شکست خورده باشد.
- ب) هنگامی که بیمار نمی‌تواند داروهای مهارکننده پمپ پروتون (PPI) را تحمل کند.
- ج) وجود سابقه خانوادگی کانسر مری
- د) بروز مری بارت با دیسپلازی بالا

درمان بیمار رفلاکس گاستروازوفازیال معمولاً غیر جراحی و شامل تغییر لایف استایل و داروی ضد رفلاکس PPI مثل پنتوپرازول است. کلاً جراحی در GERD چهار اندیکاسیون دارد:

- ۱- عدم پاسخ به درمان دارویی
  - ۲- بروز عوارض دیررس مثل مری بارت
  - ۳- پنومونی مکرر به خصوص در اطفال
  - ۴- بروز عوارض PPI مثل کاهش تراکم استخوان، کولیت کلسترییدیوم دیفیسیل، عوارض کلیوی. قبل از جراحی حتماً باید با اندوسکوپی و سایر اقدامات تهاجمی، GERD را ثابت و سایر بیماری‌های مری از جمله اختلالات حرکتی و غیره را رد کنیم.
- GERD به علت نارسایی اسفنگتر تحتانی مری (LES) و به خصوص در هر نی هیاتال (پرولاپس مری شکمی و معده به توراکس) ایجاد می‌شود. علائم تیبیک آن سوزش سر دل، ترش کردن و ریگورژیناسیون است که با مصرف آنتی‌اسید بهتر می‌شود. از علائم آتیبیک هم سرفه مزمن، تشدید آسم و درد قفسه سینه رو یاد بگیر.
- 📌 ژلوفن برای ۲. مهش مری.

## جواب: ج

- ۱۲- آقای ۵۰ ساله‌ای با درد شکم ناگهانی از ۲۴ ساعت قبل و سابقه مصرف ۲ ماهه NSAID به جهت تروما و درد زانوی راست مراجعه کرده است. در معاینه بیمار تندرست شکمی ژنرالیزه به همراه گاردینگ ارادی دارد. در گرافی چست ایستاده هوای آزاد زیر دیافراگم مشهود است. اقدام مناسب برای بیمار پس از احیای اولیه کدام است؟ (پره‌انترنی ری ۹۹- میان‌دوره کشوری)
- الف) احیاء مناسب، دادن آنتی‌بیوتیک و مهارکننده پمپ پروتونی (PPIs) به مدت ۴۸ ساعت و سپس جراحی
- ب) انجام جراحی اورژانس و بستن محل زخم پاره شده دوازدهه و تجویز PPI تا آخر عمر
- ج) ناشتا کردن بیمار و تعیبه لوله معده و تخلیه ترشحات معده و درمان حمایتی با مایعات و آنتی‌بیوتیک
- د) انجام درناژ پرکوتانه تحت گاید سونوگرافی و سپس ادامه درمان با آنتی‌بیوتیک وسیع الطیف و PPIs

بیماری زخم پپتیک یا PUD با علائم درد ایپیگاستر به دنبال مصرف غذا، بی‌اشتهایی و کاهش وزن همراه است. درست برعکس زخم دئودنوم. در تمام بیماران مشکوک به زخم معده باید دو تست انجام بدهیم:



۱- آندوسکوپی فوقانی و بیوپسی (رد بدخیمی)

۲- تست هلیکوباکتریلوری. برای تایید زخم، بلع باریکم کمک کننده است.

تو این سوال، بیمار به خاطر شرح حال مصرف فراووون NSAID برای درداش، احتمالاً زخم معده داره پس با دیدن هوای آزاد زیر دیافراگم به عارضه پرفوراسیون شک می‌کنیم. پرفوراسیون با درد شدید و ناگهانی اپی‌گاستر (بیمار زمان دقیق شروع درد رو یادشه)، پریتونیت جنرالیزه (شکم ریجید و گارد)، شواهد پریتونیت موضعی در RLQ (تندرنس، گاردینگ و غیره) مشخص میشه. در این بیمار باید بلافاصله یک گرافی ایستاده‌ی قفسه‌ی سینه بگیریم، که وجود هوای زیر دیافراگم و یا هوای داخل صفاقی (پنوموپریتون) تشخیص رو تأیید می‌کنه. این بیمار رسماً پاره شده! پس باید بلافاصله این کارها رو بکنیم:

۱- احیا با آب و الکترولیت کافی + تعبیه‌ی NGT + تجویز آنتی‌بیوتیک و PPI وریدی شدید

۲- انتقال اورژانسی به اتاق عمل.

📌 رفرنس برای ۲. مبسوط معده و دوازدهه و پاتی.

## جواب: ب

👤 ۱۳- آقای ۶۵ ساله‌ای به علت بی‌اشتهایی و کاهش وزن قابل توجه به شما مراجعه کرده. در معاینه توده ۷/۰-۸/۰ سانتیمتری در ناحیه اپیگاستر و توده ۳ سانتی‌متری بالای کلاویکل چپ لمس می‌شود. در این مرحله، کدام یک از اقدامات تشخیصی زیر کمک‌کننده‌تر است؟ (پره‌انترنی ری ۹۹- میان دوره کشوری)

الف) Abdomino-pelvic CT Scan (ب)

ب) Chest X-Ray

ج) PET-CT Scan (د)

د) Upper GI Endoscopy

توده‌ی اپی‌گاستر به همراه لنفادنوپاتی سوپراکلاویکلار چپ، کلید راهنمای آدنوکارسینوم معده است 🤔 با شک به بدخیمی معده یا آدنوکارسینوم باید به ترتیب سه کار بکنیم:

۱- تست‌های آزمایشگاهی لازم مثل CBC، الکترولیت‌ها، کراتینین و آنزیم‌های کبدی

۲- تأیید تومور و محلش با آندوسکوپی و بیوپسی؛ پس ج شد!

۳- مرحله‌بندی تومور با سه ابزار:

۱- تعیین عمق تهاجم و بررسی وجود لنف‌نودهای بزرگ با EUS یا سونوگرافی آندوسکوپی

۲- بررسی متاستاز دوردست با CXR و سی‌تی اسکن شکم و لگن

۳- بررسی متاستاز پریتون و امنتوم با لاپاروسکوپی

گاهی از PET اسکن هم برای بررسی موارد پیشرفته‌ی بیماری استفاده می‌کنیم. تمام این مراحل برای تعیین برنامه‌ی درمانی بیمار لازم است، مثلاً در صورت وجود متاستاز دوردست، گزینه‌ی جراحی از روی میز حذف خواهد شد.

🔗 در کل، آدنوکارسینوم شایع‌ترین نوع سرطان معده است که در مراحل اولیه بی‌علامت بوده ولی با پیشرفت بیماری با علائمی مثل درد اپیگاستر مبهم، کاهش وزن، اختلال بلع، تهوع و استفراغ، هماتمز، ملنا، آنمی فقر آهن و تست گایاک مثبت بروز می‌کند.



لنفادنوپاتی‌های سوپراکلاویکولار چپ (گره ویرشو) یا اطراف ناف (گره سیستر ماری جوزف) در صورت انتشار لنفاوی و توده‌ی رکتال قابل لمس (بلومر شلف) در صورت انتشار صفاقی و یا آسیب هم در آدنوکارسینوم معده دیده می‌شود.

✍️ ژلوفرن پیرامی ۲، مهبث معده و دوازدهه و پانکریاس.

### جواب: ج

👤 ۱۴- در بیماری که مبتلا به ضایعه تومورال در قسمت انتهایی دئودنوم است و با علائم انسدادی کامل مراجعه نموده

است، مشاهده کدام یک از حالات زیر کمتر محتمل است؟ (پره‌انترنی دی ۹۹- میان‌دوره کشوری)

الف) استفراغ حجیم

ب) دیستانسیون شکم

ج) درد کولیکی

د) استفراغ صفراوی

شرح حال درد کولیکی اطراف ناف و سپس تهوع و استفراغ (نشانه‌ی اصلی انسداد پروگزیمال مثل دئودنوم در این سوال)، اتساع شکم (نشانه‌ی اصلی انسداد دیستال) و بی‌بوست همراه با عدم دفع گاز و مدفوع به نفع انسداد روده است. صداهای روده‌ای در اوایل انسداد زیاد شده ولی در انسداد طول کشیده و پریتونیت، کاهش می‌یابد. در موارد مشکوک به انسداد، اول رادیوگرافی سری شکمی (گرافی شکم ایستاده و خوابیده + CXR ایستاده) می‌گیریم. ولی در موارد گنج‌کننده و برای مشخص کردن علت انسداد از سی‌تی‌اسکن شکمی بدون کنتراست استفاده می‌کنیم. سی‌تی با کنتراست معمولاً ضرورتی ندارد. انواع انسداد رو بخون:

۱- انسداد ناکامل و درجه پایین: اگر سابقه جراحی شکمی قبلی بدون وجود فتق قابل لمس داشتیم: درمان حمایتی است، از جمله: NPO کردن بیمار، مایع درمانی و اصلاح آب و الکترولیت، تعبیه NG tube، سوند فولی و جا اندازی هرنی و ترمیم آن در بیماران دارای هرنی اینکارسره.

۲- انسداد کامل یا درجه بالا: درمان جراحی است.

🔪 در اپروچ غیرجراحی در صورت عدم بهبودی یا بدتر شدن علائم بالینی، رادیولوژیک و آزمایشگاهی و یا افزایش نیاز به مایع باید بریم سراغ جراحی. طول دوره درمان غیر جراحی اغلب ۱ تا ۵ روز است.

✍️ ژلوفرن پیرامی ۲، مهبث روده‌ی باریک.

### جواب: ب

👤 ۱۵- کدام مورد از مشخصات دیورتیکول مکل (Meckel's Diverticulum) است؟ (پره‌انترنی دی ۹۹- میان‌دوره

کشوری)

الف) فاقد لایه مخاطی است.

ب) در سطح آنتی مزانتریک ایلئوم واقع شده است.

ج) معمولاً در فاصله ۱۰۰ cm از لیگامان تریتز قرار گرفته است.

د) در نوزادان دختر شایع‌تر است.



دیورتیکول مکل، شایع‌ترین آنومالی مادرزادی روده‌ی باریک است که معمولاً ۶۰ سانتی‌متری دریچه‌ی ایلیوسکال سطح آنتی مزانتریک ایلیوم ایجاد می‌شود و شایع‌ترین بافت نابجای درون آن، بافت معده است. این بیماری در جنس مذکر شایع‌تر است و موارد علامت‌دار آن در بچه‌ها بیش‌تر است. شایع‌ترین علامت بیماری به خصوص در بچه‌های زیر دوسال خونریزی روشن و بدون درد از رکتوم است، سایر علائم شایع عبارتند از انسداد، التهاب و فیستول نافی. در کل هر خونریزی روشن و حجیم گوارشی رو به خصوص در بچه‌ها دیدی به دیورتیکول مکل شک کن.

📌 ژولفن برای ۲. مبهث روده‌ی باریک.

### جواب: ب

👤 ۱۶- آقای ۳۲ ساله‌ای که ۱۰ روز قبل متعاقب درد شکم با تشخیص آپاندیسیت حاد، تحت آپاندکتومی قرار گرفته است؛ با جواب پاتولوژی که تومور کارسینوئید به اندازه یک سانتی‌متر در ناحیه نوک آپاندیس نشان داده به شما مراجعه کرده است. بیمار هیچ شکایتی ندارد و معاینه بالینی وی نرمال است. اقدام مناسب جهت این بیمار کدام است؟ (پره‌انترنی دی ۹۹- میان‌دوره کشوری)

(ب) ارجاع جهت رادیوتراپی

(الف) ارجاع جهت شیمی‌درمانی

(د) پیگیری بیمار

(ج) ارجاع جهت همی کولکتومی راست

تومور کارسینوئید آپاندیس اکثراً خوش‌خیم است که می‌تواند باعث انسداد لومن روده یا آپاندیسیت شود. تومورهای با سایز کوچک‌تر از 2cm را با آپاندکتومی ساده برمی‌داریم، اما برای ضایعات بزرگ‌تر از 2cm و یا آن‌هایی که قاعده‌ی آپاندیس را درگیر کرده‌اند، همی کولکتومی سمت راست (برای برداشتن مسیرهای درناژ لنفاوی) می‌کنیم. بنابراین برای این بیمار که آپاندکتومی شده است دیگر اقدامی نیاز نیست و فقط پیگیری لازم است.

📌 ژولفن برای ۲. مبهث بیماری‌های آپاندیس

### جواب: د

👤 ۱۷- آقای ۴۰ ساله دیابتی با شکایت از درد افزایش‌یابنده در ناحیه مقعد از دو روز قبل مراجعه کرده است. بیمار در هنگام نشستن درد شدید دارد. در معاینه تورم و درد در ناحیه مقعد مشهود است. کدام تشخیص در بیمار فوق‌محمول‌تر است؟ (پره‌انترنی دی ۹۹- میان‌دوره کشوری)

(ب) هموروئید داخلی

(الف) آبسه مقعدی

(د) فیستول آنال

(ج) هموروئید خارجی

درد هنگام نشستن و تورم مقعد به نفع آسه مقعدی است. آسه‌ی پری‌آنال با درد ناگهانی و پیشرونده آنورکتال، تورم، سلولیت و قرمزی اطراف مقعد و اختلال عملکرد مقعد و گاهی تب ظاهر می‌شود. درمان آسه‌ی پری‌آنال، درناژ آسه است ولی ضایعات بزرگ باید تحت بیهوشی، معاینه و جراحی شود. آنتی‌بیوتیک به تنهایی هیچ نقشی در درمان اولیه‌ی آسه ندارد، فقط در بیماران دارای سلولیت قابل توجه، نشانه‌های سیستمیک عفونت، باکتری می و یا مبتلایان به اختلال ایمنی (دیابت، تحت شیمی‌درمانی، لوکمی و ایدز) در کنار درناژ آسه تجویز می‌شود.

✍️ ژولفن جراحی ۲، مبهث کولون، رکتوم و مقعد.

### جواب: الف

📌 ۱۸- آقای ۶۰ ساله‌ای به دنبال عدم دفع گاز و مدفوع از دو روز قبل مراجعه کرده است. علائم حیاتی وی نرمال است و در معاینه شکم، اسکار جراحی ندارد و دیستانسیون مختصر بدون تندرns واضح دارد. در گرافی شکم، نمای **bent - inner tube** دیده می‌شود. اقدام مناسب کدام است؟ (پره‌الترنی دی ۹۹- میان‌دوره کشوری)

الف) درمان سرپایی با تجویز ملین

ب) سیگموئیدوسکوپی اورژانس

ج) انتقال به اتاق عمل جهت لاپاراتومی اورژانس

د) تجویز آنتی‌بیوتیک وسیع الطیف و بستری تحت نظر

چراغ راهنمای بزرگ سوال نمای **bent - inner tube** که برای ولولوسه! بیمار ولولوس کولون با اتساع شدید شکم، استفراغ، درد شکمی، بیوست به همراه تندرns و رکتوم خالی در معاینه مراجعه می‌کند، برای ارزیابی ولولوس کولون ابتدا گرافی شکم گرفته و بعد برای تأیید CT اسکن با کنتراست محلول در آب می‌گیریم که دیدن این چهار نما تشخیص ولولوس را تأیید می‌کند:

۱- نمای Bird's beak

۲- نمای Ace of spades

۳- نمای Kidney OR Coffee bean یا سکوم و سیگموئید متسع و بدون هوسترا

۴- تنگی قیفی شکل (Bent inner tube). مورد سه و چهار به نفع ولولوس سیگموئید است.

درمان ولولوس سیگموئید در قدم اول دتورشن و رفع چرخ اندوسکوپییک یعنی سیگموئیدوسکوپی، تعبیه‌ی تیوبی مثل رکتال تیوب برای جلوگیری از برگشت ولولوس تا ۳ روز و سپس جراحی الکتیو پس از دکمپرن است (بجز افراد مسن و پرخطر). برخلاف سیگموئید در ولولوس سکوم به هیچ وجه دتورشن اندوسکوپییک نمی‌کنیم و باید با جراحی سکوم رو بکنیم بن‌دازیم دور. در شک به استرانگولاسیون یا پارگی، باید اورژانسی مریض رو ببریم اتاق عمل.

✍️ ژولفن جراحی ۲ مبهث کولون، رکتوم و مقعد.

### جواب: ب