

انطباق سؤالات روماتولوژی آزمون دستیاری ۱۴۰۲ با خدمات نوآوران دانش

۸۹- خانم جوانی با سابقه یک نوبت مرگ نوزادی بدلیل بلوک قلبی نوزاد جهت مراقبت‌های پیش از بارداری مراجعه کرده است. در حال حاضر بیمار بدون علامت بوده و فقط مختصر آرترالژی دارد در بررسی‌های انجام شده ANA و Anti-SSA (RO) مثبت می‌باشد. تجویز کدامیک از داروهای زیر در بارداری مجدد برای بیمار توصیه می‌شود؟

(الف) آزاتیوپرین

(ب) هیدروکسی کلروکین

(ج) میکوفنولات مقبیل

(د) پردنیزولون

پاسخ: گزینه ب / فصل ۷ درسنامه روماتولوژی، صفحه ۸۱: مزایای هیدروکسی کلروکین: جلوگیری از انتقال Anti Ro از جفت به جنین و جلوگیری از بلوک قلبی جنین و جالب اینکه سؤال ۷ فصل ۷ جزوه IQ+ صفحه ۲۵ دقیقاً سؤال با همین محتواست.

ایمونومدولاتور و در درمان علائم پوستی و عضلانی اسکلتی استفاده می‌شود.	
جلوگیری از شعله وری بیماری در ارگانها	
مزایای هیدروکسی کلروکین (HCQ)	جلوگیری از انتقال Anti-Ro از جفت به جنین و در نتیجه جلوگیری از
بلوک قلبی جنین	
جلوگیری از آسیب ارگانها	
تنظیم و کاهش ریسک آترواسکلروز و ترومبوز	

۷- تجویز کدام دارو در مادر باردار مبتلا به لوپوس Anti Ro+ می‌تواند احتمال لوپوس نوزادی را در جنین کاهش دهد؟

(ب) آزاتیوپرین

(الف) هیدروکسی کلروکین

(د) ویتامین D

(ج) پردنیزولون

نکته ۱: HCQ یک داروی تعدیل کننده سیستم ایمنی (ایمونومدولاتور) است که علاوه بر جلوگیری از آسیب ارگانها در لوپوس ۲ مزیت مهم دارد ← اول اینکه ریسک بلوک قلبی جنین و لوپوس نوزادی را کاهش می‌دهد و دوم در لوپوس ریسک ترومبوز و آترواسکلروز را کاهش می‌دهد (↓ ریسک ترومبوز بویژه در همراهی با آنتی فسفولیپید آنتی بادی).
پاسخ: گزینه «الف» صحیح است.

۹۰ - خانم ۷۰ ساله با درد شدید زانوی راست که از یک هفته پیش تشدید شده، مراجعه نموده است. وی اکنون به دلیل درد زانو امکان فعالیت روزمره را ندارد. سابقه درد زانوها و کمر و خشکی صبحگاهی حدود ۱۵ دقیقه را از چند سال پیش داشته است و سابقه جراحی برای سندرم تونل کارپ دست راست و فشار خون بالای تحت درمان را دارد. در معاینه زانو گرم است. اریتم ندارد محدودیت حرکت و افیوژن دارد. اسپیراسیون مایع مفصل به شرح زیر است:

WBC= 1600, RBC= 100

آزمایش خون بیمار:

ESR-3, CRP= negative, WBC-8200, Hb-13.5

Plt= 250,000, RF= 14, Uric acid 7.5 mg/dL

کدام تشخیص بیشتر مطرح است؟

الف) نفرس

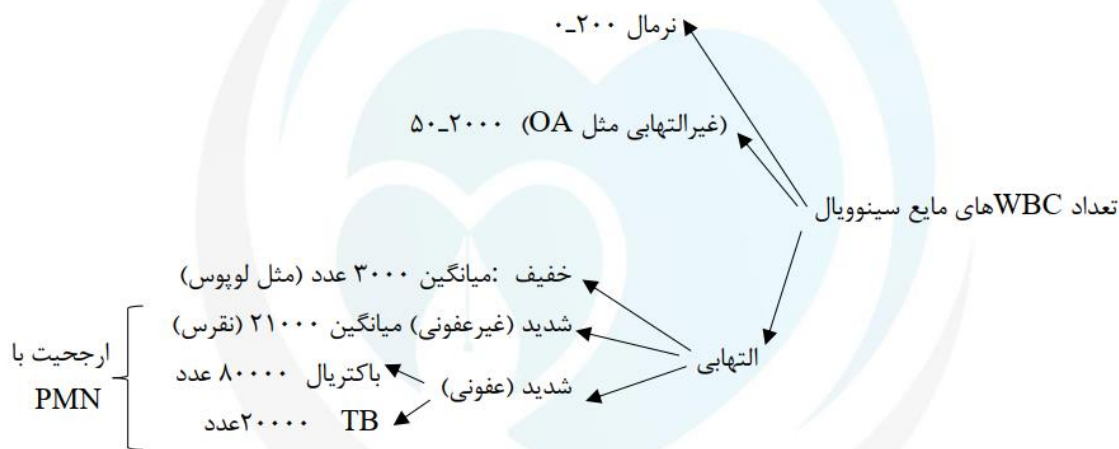
ب) آرتریت روماتوئید

ج) استئو آرتریت

د) آرتریت سپتیک

پاسخ: گزینه ب / استئو آرتریت: فصل اول در سنامه روماتولوژی، صفحه ۸: در مورد WBC های مانع سینوویال که ذکر شده WBC در حد ۲۰۰۰-۵۰۰ یعنی غیرالتهابی است و مثال کنار آن استئو آرتریت است.

مایع سینوویال توسط سلول های پوشاننده سینوویوم ترشح می شوند. ارسال از نظر شمارش سلول ها و diff آنها و رنگ آمیزی gram و کشت و کریستال ها شامل منو سدیم اورات (اسیداوریک) و CPPD ضروری است اما اندازه گیری قند و پروتئین مایع سینوویال مفید نیست.



۹۱ - خانم ۶۰ ساله با سابقه بیماری قلبی عروقی تحت درمان دارویی با نیتروگانتین کاپتوپریل و آتورواستاتین است. وی به علت درد زانوی راست از ۶ ماه قبل به متخصص داخلی مراجعه کرده است در صورت تشخیص استئو آرتریت زانو درمان مناسب برای این بیمار کدام است؟

الف) ناپروکسن

ب) دیکلوفناک

ج) ایندومتاسین

د) ایبوپروفن

پاسخ: گزینه الف / صفحه ۱۶۳ در سننامه روماتولوژی، فصل ۱۴: دارویی که عوارض قلبی و عروقی کمتری دارد ناپروکسن و دوز پایین celecoxib است که فقط ناپروکسن جزو گزینه های سؤال بوده است.

نکته: براساس توصیه انجمن قلب آمریکا، مهارکننده های COX-2، بیماران را در معرض خطر بالای عوارض قلبی و عروقی قرار میدهند ولیکن دوزهای پائین سلکوکسیب از جمله دوز ۲۰۰mg روزانه و کمتر، ممکن است با افزایش خطر همراه نباشد. تنها داروهای NSAID رایج که به نظر می رسد از نظر عوارض قلبی عروقی بی خطر باشند، ناپروکسن و دوز پائین سلکوکسیب هستند، اما این داروها موجب بروز عوارض گوارشی می شوند.

۹۲- در بیمار اسکرو در می که با کریز رئال مراجعه نموده است، کدام درمان را توصیه می کنید؟

الف) Cyclophosphamid

ب) Azathiopurin

ج) ACE inhibitors

د) High dose prednisolon

پاسخ: گزینه ج / صفحه ۹۹ در سننامه روماتولوژی، فصل ۹: درمان کریزونال اسکرودرمی به عنوان خط اول شروع ACE inhibitor است و سؤال اول انتهای فصل صفحه ۱۰۱ هم دقیقاً همین محتوا را دارد.

درمان SRC:

✓ تشخیص زودرس و شروع سریع مهارکننده ACE کلید درمان موفق هستند.

✓ افزایش دوز ACE inh تا نرمال شدن فشار خون یا $\frac{125}{75}$ < و درمان مادام العمر توصیه می شود (خط اول)

✓ خط دوم درمان CCBها هستند.

✓ β بلاکر کنترااندیکاسیون نسبی (به علت تشدید رینود و عوارض عروقی) دارند.

✓ در صورت دیالیز تا ۵۰٪ بیماران ممکن است پس از مدتی بی نیاز از دیالیز شوند به همین دلیل ارجاع برای پیوند کلیه باید حداقل ۲ سال بعد از وقوع SRC باشد.

۱. خانم ۵۰ ساله مبتلا به اسکرودرمی منتشر از ۲ سال قبل با شکایت سردرد و تاری دید مراجعه کرده و در معاینه $BP = \frac{180}{130}$

دارد. در آزمایشات $Cr = 2/3$ و هماچوری میکروسکوپی در ادرار و $LDH = 750$ ($NL < 480$) و $Hb = 8/9$ و $MCV = 86$

دارد. بهترین دارو جهت کنترل فشار خون بیمار به طور اورژانسی کدام است؟

الف) آملودیپین

ب) کاپتوپریل

ج) لوزارتان

د) فوروزماید

پاسخ: گزینه ب صحیح است

اساس درمان کریز رئال در اسکرودرمی تجویز مهارکننده ACE است.

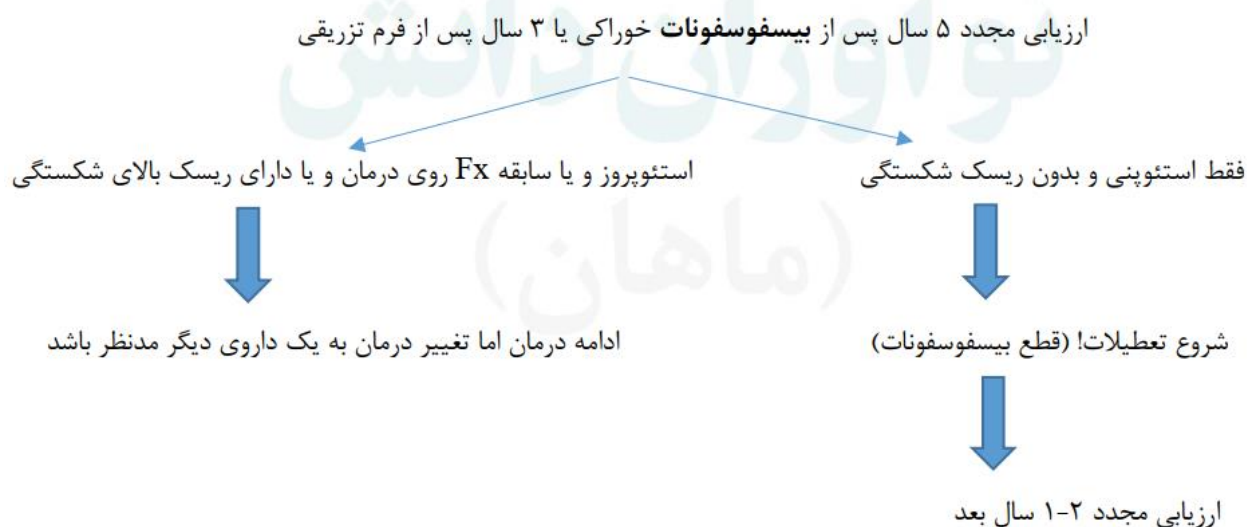
۹۳ - در خانم ۷۰ ساله که از ۵ سال پیش به علت پوکی استخوان تحت درمان با آلدرونا، ۷۰ میلی گرم هفتگی به صورت خوراکی بوده است مجدداً سنجش تراکم استخوان به عمل آمده است. استئوپروز وی تشدید یافته است. بهترین اقدام برای ایشان کدام گزینه است؟

- الف) قطع درمان به مدت ۶ ماه و ادامه درمان با التدرجات
 ب) ادامه درمان استئوپروز با آلدروانات ۷۰ میلی گرم هفتگی
 ج) ادامه درمان استئوپروز همراه با تغییر نوع دارو
 د) قطع درمان به مدت ۶ و ادامه درمان با تغییر دارو

پاسخ: ج / صفحه ۱۴۸ در سننامه فصل ۱۳: الگوریتم طول مدت درمان و سؤال ۳ انتهای فصل صفحه ۱۵۰ هم همین محتوا را دارد.

طول مدت درمان:

استئوپروز یک بیماری مزمن است و نیاز به درمان و پیگیری مادام العمر دارد.



۳. خانم ۶۷ ساله که به علت استئوپروز از ۵ سال قبل تحت درمان آلدروانات خوراکی قرار دارند جهت ادامه درمان مراجعه کرده اند. در BMD مجدد همچنان استئوپروتیک هستند و سابقه شکستگی مهره T12 سال گذشته دارند. اقدام مناسب درمانی بعدی کدام است؟

- الف) قطع آلدروانات و انجام BMD یک سال بعد
 ب) قطع آلدروانات و شروع دنوزوماب
 ج) ادامه آلدروانات طبق دستور قبلی
 د) افزودن دنوزوماب به آلدروانات همزمان با هم
- پاسخ: گزینه ب صحیح است.

۵ سال پس از بیسفسفونات خوراکی و ۳ سال پس از فرم تزریقی باید بررسی مجدد BMD انجام شود. در صورت استئوپروز و یا سابقه FX روی درمان بیسفسفونات قطع و یک داروی مهارکننده تحلیل استخوان از دسته دیگر شروع می شود.

۹۴- آقای ۴۰ ساله با سابقه سنگ کلیه اسیداوریکی از دیروز با حمله نقرس برای اولین بار مراجعه کرده است. در معاینه هیچ شواهدی از توفوس ندارد در آزمایشات همراه کراتینین 0.9mg/dL و اسیداوریک 7mg/dL می باشد. انجام همه درمان های زیر برای او صحیح است. بجز:

الف) شروع دور کامل NSAID و ادامه آن برای ۱۰-۷ روز

ب) شروع کلشی سین در ۲۴ ساعت اول حمله

ج) در صورت عدم تحمل کلشی سین، می‌توان از استروئید خوراکی استفاده کرد.

د) از ابتدا آلپورینول با دوز 100mg همراه داروهای دیگر شروع شود.

پاسخ: گزینه د / صفحه ۱۱۹ فصل ۱ ذکر شده که درمان کاهنده اسید اوریک معمولاً مادام‌العمر توصیه می‌شود و این داروها بعد از بهبودی حمله حاد شروع می‌شوند.

✓ معمولاً درمان مادام‌العمر توصیه می‌شود. این داروها بعد از بهبودی حمله حاد شروع می‌شوند.

۱. داروهای اوریکواستاتیک (↓تولید اسیداوریک)

آلپورینول و فبوکسوستات (مهارکننده گزانتین اکسیداز XOI) ← درمان موارد ناشی از ↑ تولید و نیز ↓ ترشح موثر هستند.



نوآوران دانش
(ماهان)