

انطباق سؤالات قلب و عروق آزمون دستیاری ۱۴۰۳ با درسنامه طلایی قلب و عروق

قلب و عروق

۱۰۶- آقای ۶۵ ساله به دلیل آنژین صدری در بیمارستان بستری و تحت آنژیوپلاستی عروق کرونر قرار می‌گیرد. LDL مناسب برای او چقدر است؟

الف) ۱۰۰-۱۳۰ (ب) ۱۶۰-۱۳۰ (ج) کمتر از ۱۰۰ (د) کمتر از ۷۰

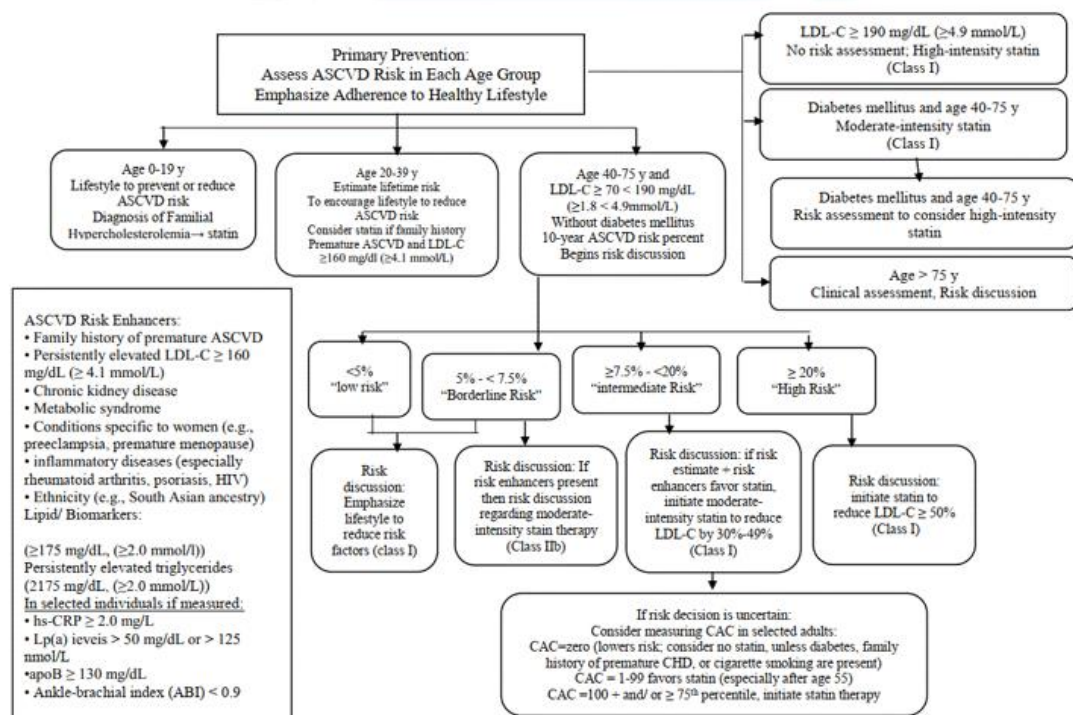
گزینه د صحیح است. / این سوال جزو سؤالات غدد می‌باشد که با مطالعه درسنامه قلب و عروق فصل ۱۷ صفحه ۱۹۵ و فصل ۱۴ صفحه ۱۴۵ قابل پاسخگویی می‌باشد.

۱- استاتین‌ها

- در فاز حاد استاتین با دوز بالا (آتورواستاتین ۴۰-۸۰ mg، روزواستاتین ۲۰ mg) بدون توجه به مقدار پایه LDL داده شده و به صورت طولانی مدت ادامه می‌یابد.
- هدف درمانی LDL در گایدلاین اروپا کمتر از ۵۵ و در گایدلاین آمریکا زیر ۷۰ می‌باشد.

- طبق دستورالعمل AHA برای پیشگیری ثانویه

- ۱- باید در بیماران با سن کمتر از ۷۵ از دوز بالای استاتین با هدف ۵۰٪ یا بیشتر کاهش در سطح LDL شروع شود. در افراد بیشتر از ۷۵ در صورت تحمل می‌توان دوز بالای استاتین را تجویز نمود. در غیر این صورت از دوز متوسط استفاده می‌شود.



شکل ۱۴-۲: درمان با استاتین به منظور پیشگیری اولیه

۱۰۷- در ارزیابی اولیه ژنیکوماستی در آقایان، انجام تست‌های زیر ضروری است، بجز:

الف) HCG (ب) پرولاکتین (ج) تستوسترون (د) استرادیول

گزینه ب صحیح است. / این سوال مربوط به درس **غدد** می باشد که با درسنامه و کتاب آیکو قلب و عروق قابل پاسخگویی بوده است. (تست ۹ آیکو از فصل ۱۷ و درسنامه فصل ۱۷)

۱۰۸- آقای ۲۸ ساله بلندقد با درد شدید و ناگهانی ناحیه جلوی قفسه سینه مراجعه نموده است. نوار قلب بیمار نرمال است. درد همچنان ادامه دارد و تروپونین منفی است. فشارخون بیمار ۱۷۰/۹۰ و ضربان ۹۰ است. در سمع قلب بیمار سوفل دیاستولیک ناحیه BASE شنیده می‌شود. کدام مورد جهت کنترل فشارخون صحیح است؟

الف) تجویز نیتروگلیسرین و رساندن فشار سیستولی به زیر ۱۶۰ میلی‌متر جیوه

ب) تجویز نیتروپروساید و رساندن فشار سیستولی به زیر ۱۲۰ میلی‌متر جیوه

ج) تجویز لابتالول و رساندن فشار سیستولی به زیر ۱۲۰ میلی‌متر جیوه

د) تجویز کاپتوپریل و رساندن فشار خون به زیر ۱۴۰ میلی‌متر جیوه

گزینه ج صحیح است. / فصل ۱۵ صفحه ۱۷۴ درسنامه طلایی قلب و عروق

♥ **نکته مهم:** در صورت وجود کریز فشارخون ناشی از فتوکروموسیتوم ویا پره‌اکلامپسی و اکلامپسی بهتر است فشارخون سیستولیک بیمار سریعاً و در طی ساعت اول به زیر ۱۴۰ mmHg و در صورت وجود دایسکشن آئورت به زیر ۱۲۰ mmHg کاهش داده شود.

جدول ۱۵-۸: داروهای وریدی انتخابی برای پایین آوردن فشار خون در اورژانس‌های پرفشاری خون در حضور انواع کوموربیدیت‌های همراه

داروهای انتخابی	کوموربیدیتی همراه کریز فشارخون
Esmolol, Labetalol	دایسکشن آئورت
Esmolol, Nitroglycerine, Nicardipine, Labetalol	سندرم حاد کرونری
Fenoldopam Nicardipine, Clevidipine	نارسایی حاد کلیه
Labetalol, Nicardipine	اکلامپسی یا پره اکلامپسی
Nitroprusside, Nicardipine, Labetalol	انسفالوپاتی
Clevidipine, Nitroglycerine, Nitroprusside	ادم حاد ریه
Phentolamine, Nitroprusside	کریز آدرنرژیک



۱۰۹- داروی انتخابی برای کدام یک از سناریوهای بالینی اورژانس فشارخون صحیح است؟

الف) نیکاردیپین برای خانم ۳۷ ساله با پره اکلامپسی

ب) لابتالول برای آقای ۳۳ سلاه با کریز آدرنرژیک

ج) اسمولول برای خانم ۶۰ ساله با ادم حاد ریه

د) فنول دوپام برای آقای ۴۳ ساله با انسفالوپاتی

گزینه الف صحیح است. / فصل ۱۵ صفحه ۱۷۴ درسنامه طلایی قلب و عروق

جدول ۱۵-۸: داروهای وریدی انتخابی برای پایین آوردن فشار خون در اورژانس‌های پرفشاری خون در حضور انواع کوموریدیت‌های همراه

داروهای انتخابی	کوموریدیتی همراه کریز فشارخون
Esmolol, Labetalol	دایسکشن آنورت
Esmolol, Nitroglycerine, Nicardipine, Labetalol	سندرم حاد کرونری
Fenoldopam, Nicardipine, Clevidipine	نارسایی حاد کلیه
Labetalol, Nicardipine	اکلامپسی یا پره اکلامپسی
Nitroprusside, Nicardipine, Labetalol	انسفالوپاتی
Clevidipine, Nitroglycerine, Nitroprusside	ادم حاد ریه
Phentolamine, Nitroprusside	کریز آدرنرژیک

۱۱۰- تمام معیارهای تشخیص پرفشاری خون براساس هولتر مانیتورینگ (ABPM) تشخیصی هستند، بجز:

الف) $\text{awake SBP} \geq 135$ ب) $\text{night time BDP} \geq 170$

ج) $24 \text{ hour average SBP} \geq 135$ د) $\text{awake DBP} \geq 85$

گزینه ج صحیح است. / فصل ۱۵ صفحه ۱۶۵ درسامه طلایی قلب و عروق

جدول ۱۵-۳: معیارهای تشخیص پرفشاری خون با روش‌های مختلف اندازه‌گیری آن

METHOD	SYSTOLIC (mm/Hg)	DIASTOLIC (mm/Hg)
Office	≥ 140	≥ 90
Conventional office BP	≥ 135	≥ 85
Unattended automated office BP (AOBP)		
HOME		
Home BP	≥ 135	≥ 85
Ambulatory BP Monitoring (ABPM)		
Daytime (awake)	≥ 135	≥ 85
Nighttime (asleep)	≥ 120	≥ 70
24 or 48 hour (average)	≥ 130	≥ 80

• اندازه‌گیری در منزل

– دستگاه‌های ثبت فشار مچی به علت دقت پایین معمولاً توصیه نمی‌شوند.

♥ **نکته مهم:** در صورت امکان بهتر است بیمار فشارخون خود را دوبار به هنگام صبح به فاصله یک دقیقه قبل از مصرف داروها و دوبار عصر به مدت حداقل ۳ روز و ترجیحاً یک هفته کامل ثبت نماید.

۱۱۱- در اتیولوژی بیماری‌های مادرزادی قلب همه موارد زیر (در مادر) دخالت دارد، بجز:

الف) دیابت ملتیوس ب) بیماری سرخچه

ج) مصرف داروهای مسکن د) مصرف الکل

گزینه ج صحیح است. فصل ۲۴ صفحه ۲۷۸ درسامه طلایی قلب و عروق

- بیماری‌های مادرزادی قلبی می‌توانند منشأ ژنتیک داشته باشند (ناهنجاری کروموزومی نظیر تریزومی)، به علت مسمومیت محیطی (نظیر مادران دیابتیک، الکلی) و یا مجموعه از عوامل ژنتیک و محیطی (نظیر سندرم CHARGE) ایجاد شوند. (Coloboma, heart defects, atresia choanae (also known as choanal atresia), growth retardation, genital abnormalities, and ear abnormalities)

❖ پیشگیری

- در زمان بارداری، بایستی از مصرف مواد تراتوژن نظیر داروهای مهارکننده آنزیم مبدل آنژیوتانسین (angiotensin converting enzyme inhibitor) اجتناب گردد.
- واکسیناسیون سرخچه در کودکان سبب پیشگیری از سندرم سرخچه مادرزادی می‌شود.

۱۱۲- خانم ۲۸ ساله بدون فرزند با سابقه تعویض دریچه آئورت مکانیکال در سال گذشته که با روزی ۲/۵ میلی گرم وارفارین، INR در حد درمانی است، جهت مشاوره قبل از بارداری مراجعه می‌نماید. مناسب‌ترین مراقبت کدام است؟

(الف) با مونیتورینگ دقیق INR، وارفارین ادامه می‌یابد.

(ب) در صورت نیاز به انوکساپارین دوز ثابت تجویز گردد.

(ج) قطع وارفارین و تجویز انوکساپارین در طول بارداری

(د) بیمار کنتراندیکاسیون بارداری دارد.

گزینه الف صحیح است. / فصل ۳۳ صفحه ۳۷۳ درسنامه طلایی قلب و عروق

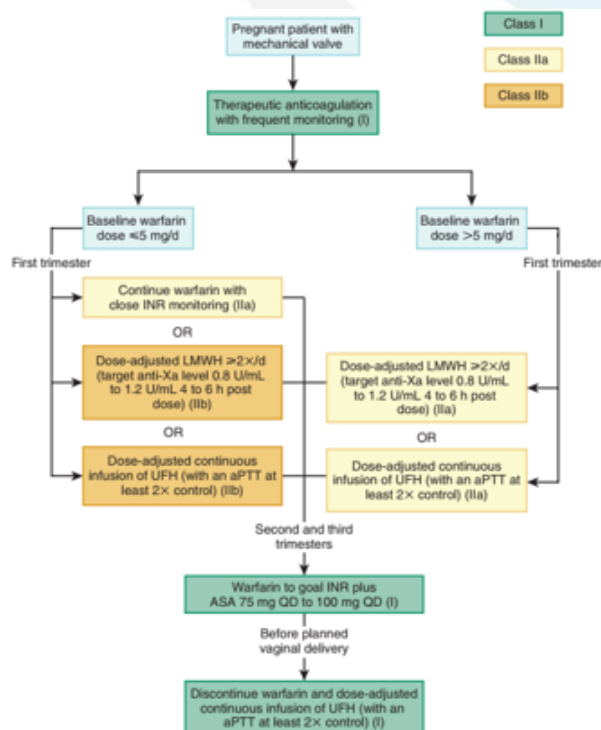


FIGURE 90.4 Anticoagulation of pregnant women with mechanical valves: recommendations from the American College of Cardiology/American Heart Association. aPTT, activated partial thromboplastin time; ASA, acetylsalicylic acid; INR, international normalized ratio; LMWH, low molecular weight heparin. (From Nishimura RA, Otto CM, Bonow RO, et al. 2014 AHA/ACC guideline for the management of patients with valvular heart disease: executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol 2014;63:2438-88.)

- ♥ **نکته مهم:** بروز این عوارض وابسته به دوز بوده و با جایگزینی هپارین قبل از هفته ششم بارداری به شدت کاهش می‌یابند.
- ♥ **نکته مهم:** در صورت استفاده مادر از وارفارین با دوز بیش از ۵ میلی گرم در روز این دارو باید از هفته ششم تا هفته دوازدهم قطع و جهت کاهش احتمال ترومبوز دریچه‌ای و مورتالیتت مادر مجدداً در سه ماهه دوم بارداری تا هفته ۳۶ با کنترل دقیق INR ادامه یابد.
- ♥ **نکته مهم:** در مادران پرخطر از نظر ریسک سقط و تولد نوزاد نارس قطع وارفارین قبل از هفته ششم انجام گیرد و در آن‌ها که دوز کمتر از ۵ میلی گرم در روز استفاده می‌کنند می‌توان وارفارین را ادامه داد.
- ♥ **نکته مهم:** استفاده از هپارین، اگرچه ریسک امبریوپاتی ناشی از وارفارین را کاهش می‌دهد اما واضحاً ریسک عوارض ترومبوتیک را در مادر افزایش می‌دهد.

شکل ۲-۳۳: درمان ضدانعقادی در زنان حامله با دریچه‌های مصنوعی

۱۱۳- بیمار آقای ۴۵ ساله معتاد با سابقه مصرف متادون و کاهش سطح هوشیاری توسط اورژانس به بیمارستان آورده شده است. ECG بیمار به صورت زیر می باشد. همه اقدامات زیر توصیه می شود، بجز:



(ب) بررسی سطح پتاسیم

الف) تجویز منیزیم سولفات

(د) قطع متادون

ج) تجویز آمیودارون

گزینه ج صحیح است. / فصل ۱۱ صفحه ۱۲۲ در سنامه قلب و عروق

- در عین حال بتابلوگرهای داخل وریدی را نیز باید در درمان طوفان VT پلی مورفیک مدنظر داشت.
- در موارد QT طولانی قطع داروهای طولانی کننده QT، پرهیز از برادیکاردی و اصلاح وضع پتاسیم و منیزیم پیشنهاد می شود.

نوآوران دانش
(ماهان)