بسم الله الرحمن الرحیم

به نام خداوند لوح و قلم
حقیقت نگار وجود و عدم

خدایی که داننده رازهاست
نخستین سرآغاز آغازهاست

IQ+

به IQ+ خوش آمدید

از طرف

دکتر عدنان تیزمغز

نوآوران دانش اماهان
۰۲۱۴۲۸۸۱۶۰۰ ۰۲۱۴۲۸۸۱۲۰۰
www.noavaranedanesh.ir

فهرست

فصل ۱۷: پانکراس ۷
فصل ۱۸: پستان ۲۷
فصل ۱۹: جراحی غدد (تیروئید، پاراتیروئید، آدرنال) ۶۷
فصل ۲۰: کبد و طحال ۱۰۵
فصل ۲۲: انکولوژی، بیماری‌های بدخیم پوست و بافت نرم (فصل اول جلد دوم) ۱۳۳
فصل ۲۳: جراحی کودکان ۱۴۳
فصل ۲۴: جراحی پلاستیک ۱۸۹
فصل ۲۵: جراحی کاردیو توراسیک ۲۱۹
فصل ۲۶: عروق ۲۴۷
فصل ۳۰: جراحی اعصاب ۲۶۳

فصل ۱۷: پانکراس

۱- آقای ۵۷ ساله با درد شکم، ایکتر و کاهش وزن مراجعه نموده است. در بررسی‌های به عمل آمده در سی تی اسکن توده ۴ سانتی‌متری در سر پانکراس با دست اندازی به ورید پورت گزارش شده است. اقدام مناسب چیست؟ (چهل و هفتمین دوره آزمون پذیرش دستیار تخصصی ـ مرداد ۹۹)

الف) EUS – FNA
ب) جراحی ویپل
ج) MRCP
د) لاپاراسکوپی تشخیصی

گزینه الف صحیح است

نکته: بیوپسی پیش از جراحی توده قابل رزکسیون پانکراس به علت میزان بالای منفی کاذب، سختی اثبات تشخیص و خونریزی پس از پروسیجر که همگی منجر به تأخیر جراحی می‌شوند، همیشه لازم نمی‌باشد. ولی در صورت نیاز به شیمی درمانی نئوادجوانت، برای شروع شیمی درمانی اثبات (documentation) پاتولوژی حتماً الزامی است.

درمان نئوادجوانت شامل درمانی می‌باشد که به بیمار پیش از جراحی برای بهبود میزان برداشته شدن Curative و بقا داده می‌شود. در حال‌حاضر، مطالعات در حال انجام هستند تا نشان دهند که آیا درمان‌های نئوادجوانت می‌توانند تومورهای قابل رزکت لب مرزی[1] (تومورهای نزدیک به SMA یا به‌طور ناقص SMV را پوشانده‌اند) را به تومورهای قابل رزکت تبدیل کنند. درمان نئوادجوانت شانس باقی‌ماندن بیماری میکروسکوپیک یا gross را در زمان جراحی کاهش می‌دهد. رژیم‌های نئوادجوانت امکان تحویل رادیاسیون به سلول‌های کانسر با اکسیژن‌رسانی خوب را می‌دهند (چون قبل از انجام جراحی رزکسیون کانسر و بدون وجود دستکاری‌های بافتی منجربه ترومبوز مویرگی ناشی از جراحی، صورت می‌گیرد) و از ایجاد تأخیر در شیمی‌درمانی پس از جراحی که ممکن است به علت عوارض جراحی با تأخیر شروع شود، پیشگیری می‌کنند.

نکته: قبل از شروع درمان نئوادجوانت تشخیص بافتی اجباری می‌باشد و اولتراسوند اندوسکوپیک (EUS) با بیوپسی برای نمونه کمک کننده می‌باشد.

تسکین خارش ناشی از هیپربیلیروبینمی به‌طور معمول از طریق تعبیه استنت مسیر صفراوی در حین دریافت درمان نئوادجوانت توسط بیمار قابل دستیابی می‌باشد.

۲- آقای ۴۲ ساله با درد حاد شکم به اوژانس مراجعه نموده است. سابقه مصرف الکل و سیگار دارد. علائم حیاتی T = 38°C، BP = 110/90 mmHg، RR = 24/min و PR = 95/min می‌باشد. در معاینه تندرنس شدید در اپی گاستر دارد. کدامیک از موارد زیر جزو شاخص‌های ارزیابی شدت بیماری بر اساس معیارهای Ranson در بدو بستری می‌باشد؟ (چهل و هفتمین دوره آزمون پذیرش دستیار تخصصی ـ مرداد ۹۹)

الف) Total bilirubin
ب) Arterial PO2
ج) WBC count
د) Base deficit

گزینه ج صحیح است

1 -marginally

بار دیگر به جدول مورد علاقه طراحان سوال توجه فرمایید:

TABLE 17-4 Ranson's Criteria—Prognostic Factors for Major Complications or Death

	Nonbiliary	Biliary
On Admission		
Age	>55	>70
WBC count	>16	>18
Glucose	>200 mg/100 mL	>220 mg/100 mL
LDH	>350	>400
SGOT (AST)	>250	>250
During the Initial 48 hr		
Hematocrit decrease	>10%	>10%
BUN increase	>5 mg/dL	>2 mg/dL
Calcium	<8 mg/dL	<8 mg/dL
Arterial PO_2	<60 mm Hg	—
Base deficit	>4 mEq/L	>5 mEq/L
Fluid sequestration	>6 L	>4 L

AST, aspartate aminotransferase; BUN, blood urea nitrogen; LDH, lactate dehydrogenase; SGOT, serum glutamic oxaloacetic transaminase; WBC, white blood cells.

۳- برای تعیین شدت پانکراتیت در ۲۴ ساعت اول اندازه‌گیری کدام یک کمک‌کننده است؟ (آزمون میان دوره پیش کارورزی ۹۹)

الف) آمیلاز ب) قند خون ج) هموگلوبین د) کلسیم

گزینه ب صحیح است

معیارهای رانسون در بدو مراجعه، شامل سن بالا، قند خون بالا، لکوسیتوز بالا، AST بالا، LDH بالا می‌باشد.

TABLE 17-4 Ranson's Criteria—Prognostic Factors for Major Complications or Death		
	Nonbiliary	Biliary
On Admission		
Age	>55	>70
WBC count	>16	>18
Glucose	>200 mg/100 mL	>220 mg/100 mL
LDH	>350	>400
SGOT (AST)	>250	>250
During the Initial 48 hr		
Hematocrit decrease	>10%	>10%
BUN increase	>5 mg/dL	>2 mg/dL
Calcium	<8 mg/dL	<8 mg/dL
Arterial PO_2	<60 mm Hg	—
Base deficit	>4 mEq/L	>5 mEq/L
Fluid sequestration	>6 L	>4 L

AST, aspartate aminotransferase; BUN, blood urea nitrogen; LDH, lactate dehydrogenase; SGOT, serum glutamic oxaloacetic transaminase; WBC, white blood cells.

۴- بیماری با تشخیص پانکراتیت صفراوی در بیمارستان بستری شده و تحت درمان قرار گرفته، درحال حاضر درمان شده و کیسه صفرا حاوی سنگ است. برای انجام کله سیستکتومی کدام نظر ارجح است؟ (پیش‌کارورزی - دانشگاه آزاد - شهریور - ۱۳۹۷)

الف) با توجه به شدت بیماری قبلی و ضعف عمومی بیمار ترخیص و یک ماه دیگر جهت جراحی مراجعه نماید.

ب) بیمار با درمان طبی مرخص و در صورت بروز مجدد علائم اورژانسی مراجعه نماید.

ج) در همین جلسه بستری علیرغم مسایل فوق کله‌سیستکتومی شود.

د) در صورتی که عوارض موضعی پانکراتیت هم وجود داشته باشد باز هم کله سیستکتومی می‌باشد.

گزینه ج صحیح است

در پانکراتیت **خفیف** تا متوسط ناشی از سنگ صفراوی باید در طی بستری فعلی و پس از بهبودی علائم کله‌سیستکتومی انجام شود. اگر سنگ کلدوک باشد، ERCP با اسفنکتروتومی باید انجام شود و مجاری صفراوی مشترک قبل از جراحی پاکسازی شود. انجام کله‌سیستکتومی خطر بروز حمله دیگر پانکراتیت را از ۵۰٪ به ۵٪ کاهش می‌دهد.

در بیماران با پانکراتیت **شدید**، کله سیستکتومی زودرس به علت مورتالیتی و موربیدیتی این پروسیجر در این بیماران بدحال نباید انجام شود و این حقیقت وجود دارد که این جراحی در این مرحله تغییری در سیر پانکراتیت نمی گذارد.

نکته: ERCP و اسفنکتروتومی و خارج کردن سنگ فقط در بیماران با پانکراتیت شدید و سنگ گیرافتاده در آمپول واتر که باکلانژیت یا افزایش پایدار آمیلاز بروز می‌کنند، معقول می‌باشد. این بیماران پس از ERCP و اسفنکترتومی و بهبودی از پانکراتیت باید یک دوره ریکاوری قبل از جراحی کله سیستکتومی را داشته باشند.

۵- خانم ۶۰ ساله با شکایت درد شکم و اپی گاستر و اسهال مراجعه کرده است. به دلیل دیابت از حدود ۶ ماه قبل، تحت درمان با انسولین است. در آزمایشات بیلی روبین توتال ۴ و مستقیم ۲/۲ دارد. برای وی سونوگرافی درخواست می‌شود که سنگ‌های متعدد کیسه صفرا و ضایعه مشکوک در سر پانکراس گزارش می‌شود. در مورد ضایعه پانکراس کدام تشخیص محتمل‌تر است؟ (دستیاری - سراسری - اردیبهشت - ۱۳۹۷)

الف) انسولینوما
ب) گلوکونوما
ج) سوماتو استانینوما
د) ویپوما

گزینه ج صحیح است

سوماتواستاتینوما: می‌تواند از پانکراس، آمپول، دئودنوم، ژژنوم، مجرای سیستیک و رکتوم منشا بگیرد. سوماتوستاتین موجب مهار ترشح انسولین، هورمون رشد، گاسترین و گلوکاگون می‌شود. سوماتوستاتین همچنین موجب مهار جذب روده‌ای، حرکات گوارشی و انقباضات کیسه صفرا می‌شود. تظاهرات بیماری می‌تواند دیابت، **سنگ صفراوی**، اسهال، استئاتوره ناشی از هیپوکلریدی، درد، کاهش وزن، تغییر در اجابت مزاج باشد. سوماتوستاتینوما در ۶۰٪ موارد در سر پانکراس و به صورت یک توده منفرد بزرگتر از ۵ سانتی‌متر می‌باشد. سطح سوماتواستاتین ناشتای بیشتر از 160pg/ml با یک توده پانکراس یا دئودنوم تشخیصی این بیماری است.

۶- بیمار خانم ۵۰ ساله‌ای هستند با درد اپیگاستر از ۱ ساعت قبل که به پشت تیر می‌کشد و با تشخیص بالینی پانکراتیت در اورژانس تحت نظر قرار گرفته است. کدام یک از آزمایش‌های زیر تعیین‌کننده شدت زیاد بیماری وی می‌باشد؟ (پیش‌کارورزی - تهران - اسفند - ۱۳۹۶)

الف) لیپاز سرم بالای ۱۰۰۰
ب) آمیلاز سرم بالای ۱۰۰۰
ج) بالا رفتن WBC
د) آمیلاز ادرار ۲۴ ساعته بیش از ۱۰۰۰

گزینه ج صحیح است

آمیلاز و لیپاز در معیارهای رانسون وجود ندارد و نشانگر شدت بیماری و احتمال بروز بیماری نیست بلکه نشانگر میزان آسیب سلول‌های آسینار است.

۷- خانم ۵۰ ساله با تشخیص پانکراتیت صفراوی غیر عارضه‌دار، بستری شده و درمان برای وی شروع شده، کدام گزینه در ارتباط با بهترین زمان برای عمل کوله‌سیستکتومی در این بیمار صحیح است؟ (پیش‌کارورزی - سراسری - اسفند - ۱۳۹۶)

الف) کوله‌سیستکتومی در صورت تکرار علائم
ب) بعد از ترخیص و گذراندن یک دوره ریکاوری
ج) طی همین بستری و پس از بهبود درد
د) ۶ هفته بعد

گزینه ج صحیح است

در پانکراتیت **خفیف** تا متوسط ناشی از سنگ صفراوی باید در طی بستری فعلی و پس از بهبودی علائم کله‌سیستکتومی انجام شود. اگر سنگ کلدوک باشد، ERCP با اسفنکتروتومی باید انجام شود و مجاری صفراوی مشترک قبل از جراحی پاکسازی شود. انجام کله‌سیستکتومی خطر بروز حمله دیگر پانکراتیت را از ۵۰٪ به ۵٪ کاهش می‌دهد.

در بیماران با پانکراتیت **شدید**، کله سیستکتومی زودرس به علت مورتالیتی و موربیدیتی این پروسیجر در این بیماران بدحال نباید انجام شود و این حقیقت وجود دارد که این جراحی در این مرحله تغییری در سیر پانکراتیت نمی گذارد.

نکته: ERCP و اسفنکتروتومی و خارج کردن سنگ فقط در بیماران با پانکراتیت شدید و سنگ گیرافتاده در آمپول واتر که باکلانژیت یا افزایش پایدار آمیلاز بروز می‌کنند، معقول می‌باشد. این بیماران پس از ERCP و اسفنکترتومی و بهبودی از پانکراتیت باید یک دوره ریکاوری قبل از جراحی کله سیستکتومی را داشته باشند.

فصل ۲۶: عروق

۱- لنگش عروقی در کدام محدوده ABI ایجاد می‌شود؟

الف) بیشتر از ۰/۹

ب) کمتر از ۰/۸

ج) کمتر از ۰/۶

د) کمتر از ۰/۴

پاسخ:

ABI: نسبت فشار سیستولیک ناحیه مچ پا به فشار سیستولیک ناحیه براکیال

ABI > ۰/۹ : نرمال

ABI< ۰/۸ : معمولاً کلودیکاسیون

ABI < ۰/۴ : درد در حال استراحت و زخم اندام

تذکر: در صورت ابهام و یا ناهمخوانی ABI با علائم بالینی؛ استفاده از مانیتور مداوم ABI در حین فعالیت روی تردمیل تا بروز علائم لنگش و درد:

در درد و لنگش ایسکمیک (شریانی) اندام ← کاهش ABI در حین فعالیت و بروز درد

در درد و لنگش غیرایسکمیک اندام← عدم تغییر ABI در حین فعالیت

گزینه «ب» صحیح است.

۲- کدامیک ریسک فاکتور تشکیل آنوریسم عروقی نیست؟

الف) آترواسکلروز

ب) جنس مرد

ج) سیگار

د) سابقه خانوادگی مثبت

➢ **پاسخ: علل و عوامل خطر تشکیل آنوریسم:**

- ✓ مردان بالای سن ۷۰ سال
- ✓ سابقه وجود آنوریسم (مثلاً چنانچه بیماری دارای آنوریسم پوپلیتئال باشد احتمال وجود آنوریسم پوپلیتئال در سمت مقابل ۵۰ درصد است.)
- ✓ سابقه خانوادگی مثبت (تقریباً ۲۰ درصد از افراد مبتلا به آنوریسم آئورت شکمی دارای همین بیماری در اقدام درجه اول خود هستند.)

۰۲۱۴۲۸۸۱۲۰۰ noavarandanesh dastyari.nd www.noavaranedanesh.ir

- ✓ آترواسکلروزیس (با اختلال در انتشار مواد تغذیه ای منجر به تسهیل دژنرسانس جدار شریان به وسیله متالوپروتئیناز شود.)
- ✓ عدم تکامل شبکه عروقی (Vasovasorum) بخصوص در جدار آئورت زیر شریان کلیوی (دلیل شیوع بیشتر تشکیل آنوریسم در این ناحیه)
- ✓ علل نادرتر : شامل بیماری‌های بافت همبند (سندرم مارفان، اهلر دانلس)، عفونت (آنوریسم مایکوتیک) دژنراسیون سیستیک مدیال یا جدا شدن آناستوموز عروقی (آنوریسم کاذب آناستوموتیک) و تروما (آنوریسم تروماتیک) است.

گزینه «ج»صحیح است.

۳- کدامیک ریسک فاکتور ایجاد بیماری انسدادی آئورتو ایلیاک (aortoiliac) یا سندرم لریش نیست؟

الف) سیگار

ب) هایپرلیپیدمی

ج) هایپرتنشن

د) بیماری‌های بافت همبند

پاسخ:

بیماری انسدادی شریان‌های محیطی (PAD)

- ✓ شامل انسداد کامل و یا تنگی (انسداد نسبی) **شریان‌های اندام تحتانی** است.
- ✓ علائم اختصاصی وابسته به: ۱. تعداد و شدت تنگی عروق ۲. میزان عروق کولاترال ۳. میزان تحمل بیمار و کاهش مسافت پیمایش شده در پیاده روی

➢ **بیماری انسدادی آئورتو ایلیاک** (aortoiliac) **: سندرم لریش**

- ✓ درگیری سیستم شریانی از محل دوشاخه شدن آئورت تا شریانهای ایلیاک خارجی در بالای لیگامان اینگوینال
- ✓ شیوع در بالغین سنین ۴۵ تا ۶۵ سال
- ✓ عوامل خطر: سیگار، هایپرلیپیدمی و افزایش فشار خون
- ✓ علامت بالینی: ایمپوتنسی (تنگی یا انسداد ایلیاک داخلی)، کلودیکاسیون اندام تحتانی (تنگی یا انسداد ایلیاک خارجی) و تحلیل عضلات ناحیه گلوتئال (تنگی محل دوشاخه شدن آئورت)

➢ **بیماری انسداد فموروپوپلیتئال** (femoropopliteal)

- ✓ درگیری سیستم شریانی در ناحیه زیر لیگامان اینگوینال
- ✓ محل شایع بیماری: قسمت دیستال شریان فمورال سطحی (SFA) در کانال اداکتور (Hunter's)
- ✓ علائم بالینی:
  - ○ بدون علامت بالینی بخصوص در حالت استراحت به علت وجود کلترال از شریان فمورال عمقی (PFA)
  - ○ ایجاد علائم در فعالیت شدید ورزشی

- **بیماری انسدادی تیبیال** (tibial)
  - ✓ درگیری سیستم شریانی پایین‌تر از حفره پوپلیته: سه شاخه شدن شریان پوپلیته (popliteal trifurcation)
  - ✓ شیوع بیشتر: در بیماران دیابتی، نارسایی مزمن کلیوی و بیماران مسن

گزینه «د» صحیح است.

۴- بیمار آقای ۷۰ ساله ای آهنگر که از ماه گذشته در حین جابجایی اجسام سنگین دچار سردرد و سپس سنکوپ می‌شود. در معاینه برویی در ناحیه سوپراکلویکولار چپ سمع می‌شود. در بررسی با کالر داپلر تنگی ۷۰٪ کاروتید مشترک چپ و تنگی ۸۰٪ سابکلوین چپ گزارش شده است. کدام اقدام مناسب کدام نیست؟

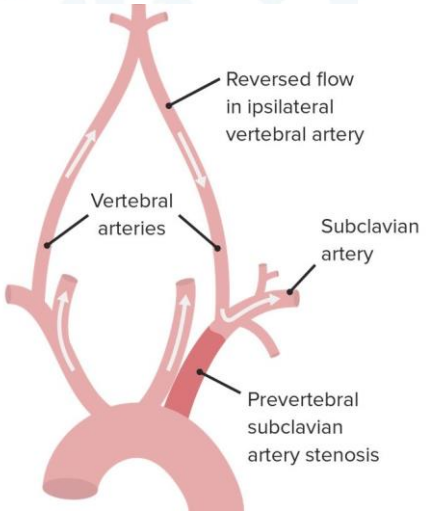
الف) درمان دارویی با ضدپلاکت، استاتین و بتابلوکر

ب) اندارترکتومی شریان کاروتید مشترک چپ

ج) آنژیوپلاستی و استنت شریان سابکلوین چپ

د) آنژیوپلاستی و استنت شریان ورتبرال چپ

پاسخ: درمان سندرم Steal در نارسایی خونرسانی خلف مغز (نارسایی شریان ورتبروبازیلر)

- ✓ **درمان:**

- در مواردی که بیمار علاوه بر تنگی ساب کلاوین و سندرم Steal دچار تنگی شریان کاروتید نیز می‌باشد عمل جراحی آندارترکتومی شریان کاروتید می‌تواند با افزایش جریان خون کولاترال‌ها و خون رسانی بهتر به شریان پوستریور مغز و مخچه و باعث بهبودی علائم نارسایی ورتبروبازیلر شود.
- در اکثر موارد Steal شریان ساب کلاوین، اقدام درمانی مناسب و مؤثر، بای پس از شریان کاروتید (فاقد تنگی) به ساب کلاوین و یا قطع و آناستوموز شریان ساب کلاوین به کاروتید (فاقد تنگی) و یا آنژیوپلاستی شریان ساب کلاوین است. این اقدامات جراحی منجر به افزایش جریان خون شریان ساب کلاوین و اصلاح جریان خون شریان ورتبرال از پایین به بالا می‌شود. توجه داشته باشید که در سندروم Steal، جریان خون ورتبرال در حین فعالیت بازو؛ معکوس و از بالا (مغز) به سمت پایین (اندام فوقانی) می‌شد (شکل زیر).