

داخلی

۲۵- بیمار مبتلا به کانسر پستان متاستاتیک به استخوان و با سابقه نارسایی مزمن کلیه به علت درد شدید اندام مبتلا مراجعه کرده است. کدام یک از مسکن های زیر برای تسکین درد ارجح است؟

- (الف) کدئین
(ب) مورفین
(ج) اکسی کدون
(د) متادون

نکات ضد دردها:

برای دردهای خفیف: استامینوفن، NSAID
برای دردهای خفیف تا متوسط: کدئین، هیدروکدون
برای دردهای متوسط تا شدید: مورفین، فنتانیل، هیدرومورفون، متادون
اگر بیماری نارسایی کلیوی دارد:
✓ بهترین انتخاب: متادون، فنتانیل
✓ موارد ممنوع: مورفین، کدئین
✓ مواردی که با احتیاط باید تجویز کنیم: اکسی کدون، هیدرومورفون
اگر بیماری نارسایی کبدی دارد:
✓ تجویز مورفین ممنوع است یا با احتیاط زیاد تجویز شود.
✓ تجویز فنتانیل، هیدرومورفون، اکسی کدون، متادون با احتیاط انجام شود.
پاسخ صحیح گزینه «د» است.

۲۶- آقای ۴۵ ساله مبتلا به سپروز کبدی پیشرفته با سابقه مصرف طولانی الکل که از دو روز قبل به صورت ناگهانی اقدام به قطع مصرف آن کرده است، با شکایت اضطراب، تپش قلب، تعریق و بی قراری مراجعه نموده است. تجویز کدام یک از داروهای زیر جهت کنترل علائم در این مرحله ارجح است؟

- (الف) لورازپام
(ب) دیازپام
(ج) کلرودیازپوکساید
(د) گاباپنتین

مسمومیت حاد با الکل

✓ اختلال تکلم + آتاکسی + حرکات نامنظم چشم + دیس آرتری + آتاکسی + نیستاگموس + استوپور و کوما

سندرم ترک الکل

✓ در 12-6 ساعت اولیه: اضطراب، ترمور، تعریق، تاکی کاردی، اسهال و بی خوابی
✓ در 24-12 ساعت اولیه: پرخاشگری، کابوس و توهمات بینایی

✓ تشنج تونیک کلونیک ژنرالیزه طی 12-48 ساعت بعد از قطع مصرف

دلیریوم ترمنس (دراثر مصرف مزمن و زیاد):

✓ دلیریوم + توهم + اختلال جهت یابی + آرتیاسیون + ترمور + تاکی کاردی + افزایش فشار خون + تب + تعریق

درمان ها:

✓ اگر علائم ترک الکل داشت باید ابتدا عفونت، تروما، آنسفالوپاتی کبدی، مصرف بیش از حد داروها، خون ریزی گوارشی و بیماری های متابولیک بررسی و رد شوند.
✓ اگر این موارد مطرح نبوندند باید تیامین وریدی + مولتی ویتامین برای کاهش خطر آنسفالوپاتی ورنیکه یا سندرم کورساکف بدهیم.

✓ بنزودیازپین ها:

• خط اول برای کاهش علائم محرومیت از الکل + تشنج + دلیریوم ترمنس

• اگر سپروز پیشرفته دارد لورازپام بدهیم.
• اگر به بنزودیازپین مقاوم باشد فنوباریتال بدهیم.

درمان دارویی برای ترک تدریجی الکل:

✓ دی سولفیرام: فلاشینگ صورت، تاکی کاردی، تهوع، استفراغ و سردرد ایجاد می کند.
✓ نالتروکسان: ارجح است ولی اگر شخص معتاد به اپیوم است ممنوع می باشد. ضمناً نیاز به قطع ناگهانی الکل ندارد (تست کبدی دوره ای لازم است).
✓ آکامپروسات: باید پس از قطع مصرف الکل شروع شود.
پاسخ صحیح گزینه «الف» است.

TABLE 124-5 CAUSES, TYPES, AND TREATMENT OF URINARY INCONTINENCE

TYPE	DEFINITION	CAUSE	TREATMENT
Stress	Leakage associated with increased intra-abdominal pressure (coughing, sneezing)	Hypermobility of the bladder base, frequently caused by lax perineal muscles	Pelvic muscle exercise, timed voiding, α -adrenergic drugs, estrogens, surgery
Urge	Leakage associated with a precipitous urge to void	Detrusor hyperactivity (outflow obstruction, bladder tumor, detrusor instability), idiopathic (poor bladder), compliance (radiation cystitis), hypersensitive bladder	Bladder training, pelvic muscle exercise, bladder-relaxant drugs (anticholinergics, oxybutynin, tolterodine, imipramine)
Overflow	Leakage from a mechanically distended bladder	Outflow obstruction, enlarged prostate, stricture, prolapsed cystocele, acontractile bladder (idiopathic, neurologic [spinal cord injury, stroke, diabetes])	Surgical correction of obstruction, intermittent catheter drainage
Functional	Inability or unwillingness to void	Cognitive impairment, physical impairment, environmental barriers (physical restraints, inaccessible toilets), psychological problems (depression, anger, hostility)	Prompted voiding, garment and padding, external collection devices

جدول مربوط به سوال ۲۷

منظم آن را درمان کنیم.

پاسخ صحیح گزینه «الف» است.

۲۸- خانم ۶۵ ساله‌ای از یک ماه پیش به علت آمبولی ریوی تحت درمان با وارفارین می‌باشد. به علت خون‌ریزی گوارشی به صورت هماتمز و افت فشار خون و سقوط هموگلوبین از ۱۳ به ۹ گرم در دسی‌لیتر مراجعه کرده است و PT INR: ۶ می‌باشد. درمان انتخابی برای کنترل اختلال انعقادی کدام است؟

الف) Oral Vitamin K

ب) Fresh Frozen Plasma (FFP)

ج) Intra Venous Vitamin K1

د) Prothrombin Complex Concentrate

بر اساس «هاریسون ۲۰۱۸» فصل «DVT/PTE» در خون‌ریزی‌های حیاتی استفاده از PCC و در خون‌ریزی‌های کمتر خطرناک، استفاده از FFP و ویتامین K توصیه شده است. لذا گزینه «د» صحیح است؛ اما فصل ۵۱ کتاب «سیسیل» نیز رفرنس آزمون امسال بوده که طبق متن آن (صفحه ۵۶۱) در کمبود چند فاکتور از FFP استفاده می‌کنیم و در ادامه گفته از PCC به عنوان آلترناتیو استفاده می‌شود (مثلاً در کسانی که قادر به تحمل FFP به دلیل حجم بالاتر نیستند). صفحه ۵۰ خلاصه طلایی هماتولوژی به همراه فیلم توضیحات را ببینید. لذا این سؤال براساس دو منبع دو گزینه متفاوت خواهد داشت «ج + د»

پاسخ اعلام شده گزینه «ب» و «د» است.

۲۷- تجویز اکسی‌بوتینین در درمان کدام یک از انواع بی‌اختیاری ادراری در افراد مسن مؤثر می‌باشد؟

الف) Urage Incontinence ب) Stress Incontinence

ج) Overflow Incontinence د) Functional Incontinence

در بی‌اختیاری استرسی: افراد با سرفه، عطسه یا کمی زور زدن خود را خیس می‌کنند و علت اصلی آن ضعیف بودن عضلات کف لگن است. درمان شامل تقویت عضلات لگن + ادرار در فواصل منظم + آلفا آدرنرژیک‌ها + استروژن و نهایتاً جراحی است.

در بی‌اختیاری اورژانسی: به شکل ناگهانی احساس ادرار پیدا می‌کنند و خود را خیس می‌کنند. از علل آن افزایش فعالیت عضله دتروسور، انسداد خروجی مثانه، تومور مثانه، رادیوتراپی، مثانه فوق‌حساس است. درمان شامل تقویت عضلات لگن و مثانه، داروهای آنتی‌کولینرژیک، اکسی‌بوتینین، تولترودین، ایمپیرامین است.

بی‌اختیاری OVERFLOW: یک مثانه متسع دارند که سرریز می‌کند و بیمار، خود را خیس می‌کند. علل آن انسداد خروجی مثانه (مثلاً به علت بزرگی یا تومور پروستات)، تنگی خروجی، پرولاپس سیستوسل و مثانه بدون انقباض است (آسیب نخاعی، سکته مغزی، دیابت). درمان شامل اصلاح تنگی یا تومور در خروجی مثانه و استفاده از سوند مکرر است.

بی‌اختیاری فانکشنال: معمولاً در افراد معلول جسمی یا ذهنی یا کسانی که اختلالات شناختی یا روانپزشکی (افسردگی) دارند دیده می‌شود در واقع مشکل جسمی ندارند و باید با آموزش به آن‌ها و تعیین تایم برای ادرار

✓ شوک سپتیک و نارسایی تنفسی حتماً در ICU بستری شوند.

مقاومت به ماکرولید

✓ اگر بیش از 25٪ باشد نباید تک‌دارویی از این گروه از داروها استفاده کنیم.

MDR ← مقاومت به ≥ 3 کلاسی دارویی

مدیریت آنتی‌بیوتیک اولیه

TABLE 121-5 Empirical Antibiotic Treatment of Community-Acquired Pneumonia

Outpatients	
1.	Previously healthy and no antibiotics in past 3 months • A macrolide [clarithromycin (500 mg PO bid) or azithromycin (500 mg PO once, then 250 mg qd)] or • Doxycycline (100 mg PO bid)
2.	Comorbidities or antibiotics in past 3 months: select an alternative from a different class • A respiratory fluoroquinolone [moxifloxacin (400 mg PO qd), gemifloxacin (320 mg PO qd), levofloxacin (750 mg PO qd)] or • A β -lactam [preferred: high-dose amoxicillin (1 g tid) or amoxicillin/clavulanate (2 g bid); alternatives: ceftriaxone (1 g IV qd), cefepodoxime (200 mg PO bid), or cefuroxime (500 mg PO bid)] plus a macrolide*
3.	In regions with a high rate of "high-level" pneumococcal macrolide resistance,† consider alternatives listed above for patients with comorbidities.

Inpatients, Non-ICU	
•	A respiratory fluoroquinolone [e.g., moxifloxacin (400 mg PO or IV qd) or levofloxacin (750 mg PO or IV qd)]
•	A β -lactam* [e.g., ceftriaxone (1–2 g IV qd), ampicillin (1–2 g IV q4–6h), cefotaxime (1–2 g IV q8h), ertapenem (1 g IV qd)] plus a macrolide† [e.g., oral clarithromycin or azithromycin as listed above or IV azithromycin (1 g once, then 500 mg qd)]

Inpatients, ICU	
•	A β -lactam* [e.g., ceftriaxone (2 g IV qd), ampicillin-sulbactam (2 g IV q8h), or cefotaxime (1–2 g IV q8h)] plus either azithromycin or a fluoroquinolone (as listed above for inpatients, non-ICU)

Special Concerns	
<i>If Pseudomonas is a consideration:</i>	
•	An antipseudomonal β -lactam [e.g., piperacillin/tazobactam (4.5 g IV q6h), ceftepime (1–2 g IV q12h), imipenem (500 mg IV q6h), meropenem (1 g IV q8h)] plus either ciprofloxacin (400 mg IV q12h) or levofloxacin (750 mg IV qd)
•	The above β -lactams plus an aminoglycoside [amikacin (15 mg/kg qd) or tobramycin (1.7 mg/kg qd)] plus azithromycin
•	The above β -lactams plus an aminoglycoside plus an antipseudomonal fluoroquinolone
<i>If CA-MRSA is a consideration:</i>	
•	Add linezolid (600 mg IV q12h) or vancomycin (15 mg/kg q12h initially, with adjusted doses) plus clindamycin (300 mg q6h)

*Doxycycline (100 mg PO bid) is an alternative to the macrolide. †MICS ≥ 18 $\mu\text{g}/\text{mL}$ in $\geq 25\%$ of isolates. ‡A respiratory fluoroquinolone should be used for penicillin-allergic patients. †Doxycycline (100 mg IV q12h) is an alternative to the macrolide. ‡For penicillin-allergic patients, use a respiratory fluoroquinolone and aztreonam (2 g IV q8h). †For penicillin-allergic patients, substitute aztreonam.

به عنوان قانون همیشه برای شروع امپیریکال: پنوموکک + آتیبیک را پوشش دهید؛ یعنی ماکرولید + بتالاکتام یا فلوروکینولون به تنهایی ✓ اگر در 3 ماه اخیر کینولون گرفته باید ماکرولید بدهیم و برعکس.

✓ پوشش ترکیبی تیپیک و آتیبیک مرگ‌ومیر کمتری داشته است.

در مواردی که احتمال مقاومت به ماکرولید داریم (خصوصاً دریافت آنتی‌بیوتیک اخیر):

✓ داکسی‌سیکلین به صورت مونوتراپی می‌توان داد.
✓ فلورو کینولون + ماکرولید

۲۹-آقای ۲۵ ساله با سرفه خلط دار و درد پلورتیک همی‌توراکس چپ مراجعه کرده است. سابقه مصرف سیگار یا علائم تنفسی و مصرف آنتی‌بیوتیک طی ۳ ماه اخیر را نمی‌دهد. در معاینه رال قاعده ریه چپ سمع می‌شود. بیمار هوشیار، تعداد تنفس ۲۵ در دقیقه، فشار خون ۱۲۰/۸۰ میلی‌متر جیوه و اوره خون ۵ میلی‌مول در لیتر است. رادیوگرافی قفسه سینه انفیلتراسیون لب تحتانی ریه چپ را نشان می‌دهد. کدام رژیم درمانی ارجح است؟

الف) Clarithromycin

ب) Levofloxacin

ج) Co-amoxiclave + Clarithromycin

د) Cefuroxime + Clarithromycin

درمان پنومونی جامعه:

✓ ۲ معیار PSI، CURB 65 را اول مشخص کنیم.

PSI ← از ۲۰ فاکتور تشکیل شده و خیلی در شرایط اورژانسی

قابل استفاده نیست.

PSI و ۲ سرپایی، ۳ در بخش تحت نظر باشد.

CURB-۶۵:

Confusion اوره < 7 RR ≤ 3 سن ≤ 65

DBP ≥ 60 یا SBP ≥ 90

✓ Score صفر ← سرپایی

✓ 1 و 2:

• اگر به دلیل سن یک امتیاز گرفته سرپایی می‌تواند درمان شود.

• بستری در بخش بیمارستان

✓ $3 \leq$ بستری در ICU

ریسک فاکتورهای سریع بدتر شدن بیمار در جدول (۴-۱۲۱)

آمده است.

TABLE 121-4 Risk Factors for Early Deterioration in Community-Acquired Pneumonia

Multilobar infiltrates	Hypoalbuminemia
Severe hypoxemia (arterial saturation $< 90\%$)	Neutropenia
Severe acidosis (pH < 7.30)	Thrombocytopenia
Mental confusion	Hyponatremia
Severe tachypnea (> 30 breaths/min)	Hypoglycemia

۵) Nosocomial superinfection هم ریوی و هم خارج ریوی در صورت عدم پاسخ یا بدتر شدن: چک تمام موارد فوق لازم است + CT یا برونکوسکوپی ریه
پاسخ صحیح گزینه «الف» است.

۳۰- شایع ترین عارضه طولانی مدت در بیمارانی که از ARDS نجات یافته اند کدام است؟

- الف) هیپوکسی در حین فعالیت (ب) هیپوکاپنی متوسط
ج) فیبروز منتشر ریه (د) مشکلات روانی-اجتماعی

گزینه «د» شامل شایع ترین عوارض که عوارض نوروماسکولار و سایکولوژیکال هستند می شود.

۳۱- آقای ۴۰ ساله با سابقه دو نوبت حملات تنگی نفس که منجر به بستری در ICU و انتوباسیون شده، به علت دیس پنه شدید مراجعه کرده است. اشباع اکسیژن خون شریانی کاهش یافته است. در معاینه ریه ها ویزینگ منتشر دارد. شرح حال دارویی منفی و بیمار در فاصله حملات بی علامت بوده است. کدام اقدام درمانی مناسب است؟

- الف) تهویه مکانیکی (ب) کورتون وریدی
ج) اپی نفرین زیرجلدی (د) برونکودیلاتور استنشاقی + ICS

افراد مبتلا به آسم شکننده (بریتل) در نوع ۱ همیشه علامت دار هستند و حتی با درمان های وریدی دائمی بهبودی کم است ولی در نوع ۲ بیماران در فواصل حملات کاملاً نرمال هستند حتی اسپیرومتری نرمال است و درمان آن اپی نفرین زیرجلدی است.
پاسخ صحیح گزینه «ج» است.

۳۲- آقای ۴۰ ساله با شکایت سردرد صبحگاهی و خواب آلودگی روزانه تحت بررسی قرار می گیرد. کدام یک از موارد زیر عامل خطر برای این بیمار محسوب نمی شود؟

- الف) افزایش قطر گردن (ب) بزرگی زبان
ج) بزرگی چانه (د) کام نرم بلند

✓ بتالاکتام + ماکرولید

سفتارولین نسبت به سفتریاکسون در بیمارانی که قبلاً آنتی بیوتیک گرفته و در بخش بستری هستند نتایج بهتری داشته است.

✓ اگر همزمان با پنومونی، کشت خون برای استرپتوکوک پنومونیه (+) شد:

* بتالاکتام + ماکرولید

* اگر جواب کشت بعد ۴۸ ساعت حساس به پنی سیلین باشد درمان را به پنی سیلین تنهایی تغییر می دهیم.
✓ درمان با ماکرولید برای ۳ روز برای مایکو پلاسما کافی است ولی اگر تست ادراری لژیونلا مثبت شد باید با بتالاکتام به تنهایی درمان را ادامه دهیم.

✓ در بیماران بستری در ICU احتمال سودوموناس و MRSA زیاد می شود ← در صورتی که ریسک فاکتور یا اسمیر و کشت مثبت داشته باشد: درمان Empirical

✓ فلوروکینولون ها را می توان در ابتدا po داد چون جذب بالایی دارند و در بیماران دیگر که داروی وریدی از ابتدا شروع شده است در صورت توانایی خوردن دارو، پایدار بودن همودینامیک و بهبود بالینی می توانیم تبدیل به خوراکی کنیم.

دوره درمان:

✓ پنومونی غیرعارضه دار ← ۵ روز با فلوروکینولون یا telithromycin

۵ روز > باکتری می، عفونت متاستاتیک، سودوموناس یا MRSA

درمان کمکی

✓ پردنیزون ← در بیماران CAP بستری

✓ متیل پردنیزولون ← CAP شدید

شکست درمان: بررسی پاسخ به درمان ۳ روز پس از شروع درمان انجام شود.

اگر بیمار واقعاً CAP باشد و به درستی درمان شود عدم پاسخ به علل زیر است:

۱) مقاومت دارویی

۲) عوارض مثل آبسه یا امپیم

۳) داروی اشتباه، دوز یا دفعات تجویز غلط باشد.

۴) ارگانیزم اشتباه تشخیص داده شده است.

هیپوتیروئیدی، آکرومگالی و آمیلوئیدوز نیز مدنظر باشند (می‌توانند باعث شروع یا تشدید OSA شوند).

✓ تشخیص اصلی OSA با انجام تست خواب پلی‌سومنوگرافی است.

✓ در زمانی که بیمار کاملاً خواب است (با تایید EEG) تعداد حملات آپنه-هیپوپنه در ساعت اندازه‌گیری می‌شود.
✓ اگر حین حملات بیمار تلاش تنفسی داشته باشد (تعداد تنفس بالا برود) یعنی آپنه انسدادی دارد ولی اگر تلاش تنفسی زیاد نشود یعنی مشکل سنترال دارد.

درمان:

✓ اگر بیمار چاق است کاهش وزن قابل توجه می‌تواند مؤثر باشد (Level-1).

✓ ترک مصرف الکل و خواب‌آورها (Level-3)

✓ استفاده از دستگاه CPAP (در Level-1)

✓ در افرادی که ناهنجاری‌های آناتومیک مجاری فوقانی دارند مثل بزرگی لوزه‌ها عمل جراحی مؤثر است. اما در

کودکان عمل جراحی نسبت به درمان حمایتی تفاوتی ندارد (یعنی می‌توانیم صبر کنیم تا بزرگ شود و تکامل باعث پیشرفت علائم در برخی کودکان می‌گردد (Level-1).

✓ در افرادی که همه درمان‌ها شکست بخورد تراکتوستومی دائمی مؤثر است.

✓ در افرادی که CPAP را تحمل نمی‌کنند می‌توانیم از وسایل دیگری استفاده کنیم که باعث تغییر شکل فک تحتانی می‌شوند (Level-3).

✓ در افرادی که چاق هستند و سندرم obesity hypoventilation دارند می‌توانیم از BiPAP استفاده کنیم (Level-1 or 2)

پاسخ صحیح گزینه «ج» است.

۳۳- خانم ۲۲ ساله با کیفواسکلیوز شدید به علت نارسائی تنفسی تحت بررسی قرار می‌گیرد. در تست‌های عملکردی ریه کدام‌یک از موارد زیر کاهش ندارد؟

الف) TLC

ب) RV

ج) VC

د) FEV1

آپنه انسدادی خواب (OSA)

✓ شایع‌ترین آپنه خواب است و علت آن ریلکس شدن کامل مجاری تنفسی و یا افزایش حجم و ایجاد تنگی در مسیر جریان تنفسی حین خواب است.

✓ در طول خواب هیپوکسی و هیپرکاریبی ایجاد می‌شود.

✓ در زمان انسداد سیستم سمپاتیک فعال می‌شود و منجر به HTN می‌شود که حتی حین بیداری نیز ادامه می‌یابد.

✓ OSA شایع‌ترین علت قابل کشف فشار خون است.

✓ حملات مکرر هیپوکسی باعث افزایش آریتمی، حوادث

قلبی-عروقی و مرگ‌ومیر می‌شود.

✓ شیوع HTN، آریتمی قلبی، مرگ‌ومیر، حوادث قلبی-

عروقی، دیابت، تصادف، سندرم متابولیک (چاقی و چربی

بالا) در بیماران OSA بالا می‌رود.

✓ با درمان OSA توسط CPAP، عوارض قلبی-عروقی تا

حدی قابل کاهش هستند.

علائم:

✓ سردرد صبحگاهی، بیدار شدن مکرر حین خواب،

خواب‌آلودگی در طول روز، خروپف کردن حین خواب و

احساس خفگی، تغییرات مود و افت کیفیت زندگی

✓ این علائم در اثر چاقی، مصرف الکل و مصرف داروهای

خواب‌آور تشدید می‌گردد.

ریسک فاکتورها:

✓ چاقی اولین فاکتور است و تغییرات تنفسی فوقانی مثل

ماکروگلوسی + بزرگی کام نرم + بزرگی tonsil ها می‌توانند

مؤثر باشند.

✓ افزایش قطر گردن، گردن کوتاه

✓ استعداد ژنتیکی

✓ فشار خون بالا، نارسایی قلب راست (کورپولمونل) و

پولموناری HTN دیده می‌شود.

تشخیص:

✓ اگر تعداد حملات آپنه-هیپوپنه بیش از ۵ بار در یک

ساعت باشد به معنای آپنه خواب می‌باشد.

✓ در بررسی بیماران مشکوک به آپنه خواب بررسی CXR و

اسپیرومتری کمکی نمی‌کند.

✓ هیپوکسی + هیپرکاریبی + پلی‌سیستمی دارند.

✓ در بررسی بیماران OSA باید بیماری‌هایی نظیر

فعالیت اصلاح نمی‌شود و نیاز به درمان دارویی و جراحی باریاتریک است.

فلج دیافراگم:

✓ فلج یک طرفه خیلی شایع‌تر از دوطرفه است.

✓ علت آن: 1- تروما به عصب فرنیک - 2- هرپس - 3- بیماری

نخاع گردنی - 4- تومورهای فشارنده

✓ بیماران اغلب بی‌علامت هستند و به طور اتفاقی در

گرافی سینه مشخص می‌شوند.

✓ تشخیص نهایی حین فلورسکوپي داده می‌شود.

✓ درمان ندارد ولی گاهی به دنبال بهبود آسیب اولیه این

اختلال رفع می‌شود.

✓ ولی در مواردی که علائم شدید است و در گرافی نیز

فلج بالا آمدگی دیافراگم شدید باشد اقدام جراحی می‌تواند

مؤثر باشد.

فلج دوطرفه دیافراگم

✓ در زمینه بیماری‌های جنرالیزه نورولوژیک و عضلانی مثل

ALS دیده می‌شود که در بررسی ریوی شدیداً Restrictive

هست.

✓ اورتوپنه یک علامت شایع این بیماران است.

روش استاندارد طلایی تشخیص:

اندازه گیری فشار ترانس دیافراگماتیک است که invasive

محسوب می‌شود.

روش جایگزین سونوگرافی B-mode دیافراگم است.

درمان:

✓ در موارد ایدیوپاتیک یا آمیوتروفی نورالژیک مثل نوریت

شبهه براکیال تا 50% قابل برگشت است.

✓ اگر علت آن آسیب نخاعی گردنی بالاتر از C3 باشد

می‌توانیم پیس عصب فرنیک تعیبه کنیم.

✓ در مواردی که هیپونتیلیاسیون شبانه دارند از BiPAP

استفاده کنیم.

✓ عمل جراحی در موارد دوطرفه اندیکاسیون ندارد.

پاسخ صحیح گزینه «ب» است.

چند حالت شایع در سؤالات:

بیماری‌های جدار قفسه سینه:

✓ این بیماری‌ها به طور تیبیک باعث کاهش حجم‌های

ریوی (بیماری محدودکننده ریه) می‌شود اغلب مقدار TLC و

VC کم می‌شود ولی RV نرمال می‌ماند.

در برخی موارد هیپوپنه رخ می‌دهد و باعث افزایش PCO₂ و

کاهش O₂ می‌شود.

بیماری‌های اسکلتی:

✓ کیفو اسکولیوز بیشترین میزان علائم ریوی را در بین این

بیماری‌ها ایجاد می‌کند.

✓ علل مادرزادی-اکتسابی و ایدیوپاتیک مطرح هستند.

نوع ایدیوپاتیک شایع‌ترین است که در ابتدای نوجوانی

شروع می‌شود در خانم‌ها ۴ برابر بیشتر است.

درمان‌ها:

1) واکسن آنفولانزا + پنوموکوک

2) ترک سیگار

3) حفظ وزن در محدوده نرمال

4) تجویز O₂

5) درمان عفونت‌های ریوی

6) اگر شب‌ها دچار هیپونتیلیاسیون می‌شوند از BiPAP

استفاده کنیم.

1) اندیکاسیون‌های NIPPV در این بیماران:

2) علائم هیپونتیلیاسیون شبانه

3) علائم کورپولمونل

4) هیپوکسی شبانه

5) بالا بودن PCO₂ در طول بیداری روزانه

چاقی:

✓ کاهش FRC و expiratory reserve volume شایع‌ترین

اختلالات تنفسی در چاقی هستند.

✓ ولی VC و TLC نرمال یا کمی کاهش یافته هستند.

✓ در برخی موارد شدت علائم زیاد است و باعث

هیپونتیلیاسیون + هیپوکسی + هیپرکاپنی می‌شود (سندروم

پیک ویکین).

✓ استفاده از BiPAP جهت اصلاح هیپوکسی و هیپرکاپنی

نیاز است.

✓ بهترین درمان کاهش وزن است ولی معمولاً با رژیم و

۳۴- بیمار به علت جراحی توتال گاسترکتومی به شما ارجاع داده شده است. کدام اقدام به عنوان پیشگیری از کم خونی ضروری است؟
 الف) تجویز کوبال آمین (ب) تجویز فولیک اسید
 ج) تجویز محلول آهن خوراکی (د) اندازه‌گیری متیل مالونیک سالپانه

فانکشن گوارشی هم طبیعی باشد تکرار آزمایش B12 هر ۶ تا ۱۲ ماه توصیه می‌شود.

✓ درمان کمبود فولات: روزانه ۵-۱۵ mg اسید فولیک

خوراکی حدود ۴ ماه

✓ آتمی کمبود کوبالامین ممکن است به اسید فولیک پاسخ

بدهد ولی نوروپاتی به فولات پاسخ نمی‌دهد.

✓

✓ در هر بیماری که درمان طولانی با اسید فولیک می‌گیرد،

باید سطح کوبالامین سرم (سالانه) چک شود.

✓ در مسمومیت با متوترکسات و مهارکننده‌های

دی‌هیدروفولات ردوکتاز: اسید فولینیک بدهیم (لکوورین).

✓ اسید فولیک پروفیلاکتیک:

۱) پیشگیری از نقایص لوئهٔ عصبی در بارداری در افراد معمولی

اسید فولیک ۴۰۰ µg روزانه ولی در ماداری که سابقه تولد

نوزاد با NTD داشته‌اند، ۵ mg روزانه می‌باشد.

۲) بیماران دیالیزی مزمن

۳) در تغذیه و ریدی TPN

۴) تمام نوزادانی که وزنی کمتر از ۱۵۰۰ gr دارند روزانه ۱ mg

داده شود.

۵) نوزادان پره‌ماچور که به تعویض خون نیاز دارند و یا دچار

عفونت یا اسهال و استفراغ شده‌اند.

پاسخ صحیح گزینه «الف» است.

۳۵- آقای ۲۵ ساله به دنبال سرفه و مصرف کورتیکواستروئید دچار تب‌ولرز، ادرار تیره و کمردرد می‌شود. در CBC آتمی مشهود می‌باشد. رؤیت کدام گزینه در لام خون محیطی منطبق با تشخیص این عوارض است؟

الف) اسفروسیت (ب) بایت سل

ج) شیسیتوسیت (د) تارگت سل

بیماری کمبود G6PD در آقایان شایع‌تر است (وابسته به X)

و علائم شایع آن زردی نوزادی و همولیز به دنبال عفونت

یا داروها یا مصرف باقلا است (فاویسم). در شروع علائم

بی‌حالی + ضعف + درد شکم یا کمر دارند و پس از چند

ساعت تا ۲-۳ روز زردی + تیرگی ادرار + آتمی نورموکروم

نکات کلی درمان آتمی مگالوبلاستیک

۱) تزریق خون توصیه نمی‌شود و اگر لازم شد باید تنها یک یا دو واحد به صورت آهسته تزریق گردد.

۲) پس از شروع ویتامین‌ها توصیه شده جهت پیشگیری از بروز هیپوکالمی، مکمل پتاسیم تجویز شود.

۳) ممکن است ۱-۲ هفته بعد از شروع درمان پلاکت‌ها

افزایش یابند اگر پلاکت بیشتر از ۸۰۰۰۰۰ شد، درمان با

داروهای ضد پلاکت مثل آسپرین انجام شود.

۴) تقریباً تمام بیماران دچار کمبود کوبالامین باید در تمام

طول زندگی به طور منظم کوبالامین تزریقی بگیرند.

۵) در برخی موارد به صورت پیشگیرانه B12 بدهیم: توتال

گاسترکتومی + رزکسیون ایلئوم

۶) در برخی موارد لازم است غربالگری شوند و اگر کمبود

دارند درمان کنیم: جراحی باریاتریک + مصرف PPI

۷) اگر سطح کوبالامین حد مرزی باشد ولی هیچ علامت

دیگری ندارند، باید پیگیری شوند (سالانه) در این موارد اگر

اثبات شود سوء جذب دارند یا سطح MMA سرم بالا باشد،

درمان با کوبالامین باید انجام شود.

✓ ۶ آمپول عضلانی ۱۰۰۰ میکروگرمی هیدروکسی کوبالامین

در فواصل ۳-۷ روز و سپس هر ۳ ماه یک بار. در صورت

استفاده از سیانوکوبالامین ماهیانه یکبار به جای هر ۳ ماه

یکبار

✓ اگر خطر خون‌ریزی بالا باشد به جای تزریق می‌توان از

درمان زیرزبانی استفاده کرد.

✓ در بیماری که B12 پایین است ولی MCV طبیعی است

و Hypersegmentation نوتروفیل‌ها ندارند، و آنتی‌بادی

IF منفی باشد یعنی یا سوء جذب دارد یا کمبود A-TC است.

چک هموسیستئین و یا MMA اگر بالا باشد درمان کنیم ولی

اگر نرمال بود سوء جذب بررسی شود (تست شیلینگ) اگر

TABLE 96-5 Drugs That Carry Risk of Clinical Hemolysis in Persons with Glucose 6-Phosphate Dehydrogenase Deficiency

	DEFINITE RISK	POSSIBLE RISK	DOUBTFUL RISK
Antimalarials	Primaquine Dapsone/chlorproguanil*	Chloroquine	Quinine
Sulphonamides/sulphones	Sulfamethoxazole Others Dapsone	Sulfasalazine Sulfadimidine	Sulfisoxazole Sulfadiazine
Antibacterial/antibiotics	Cotrimoxazole Nalidixic acid Nitrofurantoin Niridazole	Ciprofloxacin Norfloxacin	Chloramphenicol p-Aminosalicylic acid
Antipyretic/analgesics	Acetanilide Phenazopyridine	Acetylsalicylic acid high dose (>3 g/d)	Acetylsalicylic acid (<3 g/d) Acetaminophen Phenacetin
Other	Naphthalene Methylene blue Rasburicase	Vitamin K analogues Ascorbic acid (>1 g)	Doxorubicin Probenecid

جدول مربوط به سوال ۳۵

مابع درمانی پاسخ می‌دهد ولی اگر آنمی شدید بود به خصوص در اطفال احتیاج به تزریق خون دارد. در صورت نارسایی کلیوی، همودیالیز اندیکاسیون دارد و در مواردی که نارسایی مزمن کلیوی نداشته باشد بهبودی کامل رخ می‌دهد.

✓ درمان زردی نوزادی مشابه با سایر علل زردی نوزادی است.

✓ درمان CNSHA (همولیز مزمن بدون اسفروسیتوز): در موارد همولیز خفیف اسید فولیک به صورت مداوم بدهیم و پیگیری دوره‌ای شوند و در موارد شدید به خصوص همراه با عفونت، تزریق خون لازم است و اگر نیاز به تزریق خون مکرر باشد شلاتور آهن بدهیم. اسپلنکتومی در موارد شدید مفید است.

در این بیمار تشخیص کمبود G6PD مطرح است (فرد مذکر که به دنبال دریافت دارو دچار همولیز شده)، در لام خون همولیز معمولاً اسفروسیت هم دیده می‌شود ولی تیپیک‌ترین یافته‌ها در G6PD شامل Hemighost's و Bite cells هستند. شیسستوسیت در TTP/HUS/DIC دیده می‌شود. تارگت سل نیز در تالاسمی‌ها شایع است.

پاسخ صحیح گزینه «ب» است.

نورموسیتیک ایجاد می‌شود. همولیز داخل عروقی + خارج عروقی همزمان دارند (هموگلوبینمی + هموگلوبینوری + افزایش LDH و کاهش هاپتوگلوبولین رخ می‌دهد).

در لام خون محیطی: آتیوزسیتوز + پلی‌کرومازی + اسفروسیتوز تیپیک‌ترین یافته در لام خون: پویکیلوسیت های Bizares و گلبول‌های قرمزی که هموگلوبین آن‌ها به صورت غیریکنواخت پراکنده شده است (Hemighost's) و گلبول‌های قرمزی که قسمتی از آن‌ها گاز زده شده است (Blister cells یا Bite cells). رنگ‌آمیزی Supravital با متیل ویوله که اجسام هاینز (Heinz body) را نشان می‌دهد. داروهایی که سبب حمله همولیز می‌شوند در جدول زیر آمده است:

در صورت شک به G6PD تست Semiquantitative (نیمه کمی) به عنوان روش غربالگری استفاده شود (در غیر زمان حمله) ولی در هنگام یک حمله همولیتیک حاد باید از یک تست کمی quantitative استفاده کرد. تست کمی در زمان حمله می‌تواند آقایان نرمال را از مبتلا افتراق دهد ولی در خانم‌های مبتلا ممکن است برخی موارد هتروزیگوت Miss شوند ولی موارد شدید را تشخیص می‌دهد. برای بررسی G6PD می‌توانیم تست ژنتیک نیز انجام دهیم!

پیشگیری و درمان:

✓ نخوردن باقلا، بررسی تست G6PD قبل از تجویز پریماکین و Rasburicase و برخی داروها

✓ در موارد آنمی همولیتیک حاد در اکثر موارد به