





برای مشاهده شکل‌های این فصل با ترجمه
زیرنویس آنها و همچنین مشاهده جداول،
بارکد را اسکن کنید.

۵۱ فصل

آپاندیس

با پوشش باکتری‌های گرم‌منفی و بی‌هوازی تجویز می‌شود و نیازی به ادامه آنتی‌بیوتیک پس از جراحی نیست. در صورت سیر طبیعی پس از عمل، تغذیه خوراکی به سرعت آغاز شده و بیمار معمولاً روز بعد از جراحی ترخیص می‌شود. این رویکرد با کمترین میزان عوارض و کوتاه‌ترین طول مدت بستری همراه است.

بررسی سایر گزینه‌ها

الف: نادرست است؛ به تعویق انداختن جراحی و درمان بیمار با آنتی‌بیوتیک وریدی برای یک آپاندیسیت ساده توصیه نمی‌شود. این رویکرد بیشتر در موارد آپاندیسیت عارضه‌دار همراه با آبسه یا فلیگمون مطرح است، نه در یک مورد ساده و بدون عارضه.
ج: نادرست است؛ درمان صرفاً با آنتی‌بیوتیک خوراکی و ترخیص بیمار بدون برنامه جراحی، خطر عود، پرفوراسیون و نیاز به مراجعه مجدد را افزایش می‌دهد و در این سناریو انتخاب مناسبی نیست.
د: نادرست است؛ صرفاً تحت نظر گرفتن بیمار بدون هیچ مداخله‌ای، با توجه به تشخیص قطعی آپاندیسیت حاد، می‌تواند منجر به پیشرفت التهاب، ایسکمی و پرفوراسیون شود و از نظر بالینی اقدامی غیرقابل قبول است.

پاسخ صحیح الف ب ج د

۱۱. در آپاندکتومی باز برای آپاندیسیت غیرپرفوره، پس از نمایان ساختن سکوم و شناسایی پایه آپاندیس، کدام اقدام تکنیکی با اصول استاندارد جراحی مطابقت دارد؟

- الف) خرد کردن خفیف پایه آپاندیس، بستن آن با نخ جذبی و قطع کردن تنه آپاندیس
- ب) ابتدا قطع کردن تنه آپاندیس و سپس تلاش برای بستن پایه باقی‌مانده
- ج) عدم دستکاری پایه و صرفاً بستن مزوآپاندیس بدون برداشتن آپاندیس
- د) بستن قاعده آپاندیس با نخ غیرقابل جذب و باقی گذاشتن تنه آپاندیس در محل



سطح تست:

نوع تست: نکته‌ای و تکنیکی

سطح سؤال: دشوار

نوع تست: دانشی

تایپ سؤال: ۱، (نکته‌ای و تکنیکی)

بررسی گزینه انتخابی

در تکنیک استاندارد آپاندکتومی باز، ابتدا مزوآپاندیس جدا می‌شود. سپس پایه آپاندیس به آرامی خرد (crush) می‌شود تا محل مناسبی برای لیگاتور فراهم گردد. در ادامه، پایه با نخ جذبی بسته شده و تنه آپاندیس قطع می‌شود. این روش کنترل مناسبی بر لومن آپاندیس فراهم کرده، خطر لیک را کاهش می‌دهد و یک استامپ (stump) منظم برای کوتریزاسیون یا اینواژیناسیون احتمالی ایجاد می‌کند.

بررسی سایر گزینه‌ها

ب: نادرست است؛ قطع کردن تنه آپاندیس پیش از کنترل مطمئن پایه، خطر لیک محتویات و آلودگی میدان جراحی را به شدت افزایش می‌دهد.
ج: نادرست است؛ بستن مزوآپاندیس بدون برداشتن آپاندیس، درمان محسوب نمی‌شود و با باقی گذاشتن آپاندیس ملتهب، خطر پرفوراسیون و سپسیس را برطرف نمی‌کند.

اصلی همراه است:

۱. درد شدید، پایدار یا پیشرونده در RLQ
 ۲. تب مداوم یا فزاینده
 ۳. افزایش WBC یا CRP علی‌رغم درمان آنتی‌بیوتیکی
- تداوم التهاب موضعی همراه با تشدید مارکرهای التهابی طی ۴۸ ساعت نخست، شاخصی قوی برای شکست درمان است و بیمار باید برای جراحی یا سایر روش‌های کنترل منبع عفونت، ارزیابی شود.

بررسی سایر گزینه‌ها

- ب: نادرست است؛ کولیک خفیف و منتشر شکمی بدون تب در ساعات اولیه می‌تواند ناشی از پاسخ به آنتی‌بیوتیک یا تغییرات گوارشی باشد و معیار شکست درمان نیست.
- ج: نادرست است؛ تداوم تهوع یا بی‌اشتهایی، بدون وجود درد پیشرونده یا تشدید مارکرهای التهابی، نشانه شکست درمان محسوب نمی‌شود.
- د: نادرست است؛ باقی‌ماندن تندر نس خفیف همراه با بهبود نتایج آزمایشگاهی و پایداری علائم حیاتی، بخشی از روند طبیعی بهبودی است و نیازی به تغییر رویکرد درمانی ندارد.

پاسخ صحیح الف ب ج د

۲۰. برای بیماری با آپاندیسیت غیرپرفوره که تمایل به درمان غیرجراحی دارد، کدامیک از داده‌های پژوهشی معتبر زیر، برای آگاه‌سازی او از خطر عود و شکست درمان، مناسب‌تر است؟

- الف) میزان عود حدود ۱۳٪ طی دو سال در مطالعه NOTA و احتمال درمان مجدد موفق در بخشی از موارد
- ب) میزان شکست اولیه کمتر از ۲٪ و عدم نیاز به جراحی در اکثر مطالعات تصادفی‌سازی‌شده
- ج) کاهش ریسک عوارض طولانی‌مدت به کمتر از ۵٪ در اغلب مطالعات آماری
- د) احتمال عود زیر ۱۰٪ در یک سال اول براساس داده‌های متاآنالیزهای بزرگ



سطح تست

نوع تست: دانشی / تحلیلی

تایپ سؤال: ۳

سطح سؤال: دشوار

نوع تست: دانشی / تحلیلی

بررسی گزینه انتخابی

مطالعات معتبری همچون APPAC، NOTA و متاآنالیزهای متعدد نشان داده‌اند که میزان عود و شکست درمان غیرجراحی قابل توجه است.

در مطالعه NOTA:

- شکست اولیه حدود ۱۲٪ بود.
 - میزان عود طی دو سال حدود ۱۳٪ بود.
 - حتی بخشی از موارد عود نیز مجدداً با موفقیت توسط آنتی‌بیوتیک درمان شده‌اند.
- این داده‌ها به خوبی نشان می‌دهند که اگرچه درمان غیرجراحی «ایمن» است، اما احتمال عود آن به قدری قابل توجه است

- هم تشخیصی است (برای تعیین نوع دقیق تومور).
 - هم درمانی است (در ضایعات کوچک‌تر از ۲ سانتی‌متر و بدون درگیری قاعده).
 - کم‌خطرترین اقدام پیش از اثبات قطعی یک تومور مهاجم محسوب می‌شود.
- همچنین در تومورهای موکوسی، جلوگیری از پارگی حیاتی است؛ لذا جراحی باید با ملایمت و بدون تحت فشار قرار دادن توده انجام شود.

بررسی سایر گزینه‌ها

الف: نادرست است؛ درمان غیر جراحی برای آپاندیسیت مزمن یا در صورت شک به ضایعات توموری، اندیکاسیون ندارد. وجود آپاندیکولیت و ضایعه موکوسی نیز احتمال شکست درمان غیر جراحی را افزایش می‌دهد.

ب: نادرست است؛ درناژ (Drainage) فقط در صورت وجود آبسه مشخص توصیه می‌شود. این بیمار آبسه ندارد و درناژ می‌تواند تشخیص یک تومور موکوسی را به تأخیر انداخته و پیامدهای خطرناکی به همراه داشته باشد.

د: نادرست است؛ همی کولکتومی در شرایط زیر اندیکاسیون دارد:

- اثبات درگیری قاعده آپاندیس
- اندازه تومور بزرگ‌تر از ۲ سانتی‌متر
- Ki-67 یا درجه (grade) بالای تومور
- وجود انتشار پریتونئال

در این بیمار هیچ‌یک از این موارد قطعی نیست، لذا همی کولکتومی یک اقدام رادیکال و زود هنگام محسوب می‌شود.

پاسخ صحیح الف ب ج د

۳۲. مرد ۴۷ ساله به دلیل درد در ربع تحتانی راست شکم (RLQ) از ۳ روز قبل مراجعه کرده است. تهوع خفیف دارد اما فاقد تب است. در معاینه، ریباند تندرنس خفیف مشاهده می‌شود. شمارش گلبول‌های سفید (WBC) کمی افزایش یافته است. در CT اسکن شکم:

- آپاندیس اتساع چندانی ندارد اما دیواره آن به‌طور یکنواخت ضخیم شده است.
- در رأس آپاندیس، توده‌ای به قطر ۳/۱ سانتی‌متر با دانسیته بافت نرم (soft tissue density) دیده می‌شود.
- شواهدی از آبسه، فلگمون (phlegmon) یا انتشار پریتونئال وجود ندارد.
- یک گره لنفاوی کوچک در مزوآپاندیس گزارش شده است.
- محتویات لومن موکوسی و نسبتاً متراکم است.

بیمار سابقه بیماری زمینه‌ای، سرکوب ایمنی یا جراحی شکمی ندارد.

با در نظر گرفتن احتمال وجود همزمان آپاندیسیت خفیف و یک تومور کوچک آپاندیس، مناسب‌ترین اقدام چیست؟

- الف)** درمان غیر جراحی با آنتی‌بیوتیک و پیگیری، سپس انجام جراحی در صورت عود علائم
- ب)** آپاندکتومی به روش باز با هدف کاهش احتمال پخش شدن محتویات و بررسی ضایعات مجاور
- ج)** آپاندکتومی لاپاروسکوپی همراه با رزکشن کامل مزوآپاندیس (mesoappendix) و پرهیز از هرگونه فشار بر ضایعه
- د)** همی کولکتومی راست (Right hemicolectomy) به دلیل احتمال درگیری لنفاوی و ریسک بالای بیماری پیشرفته

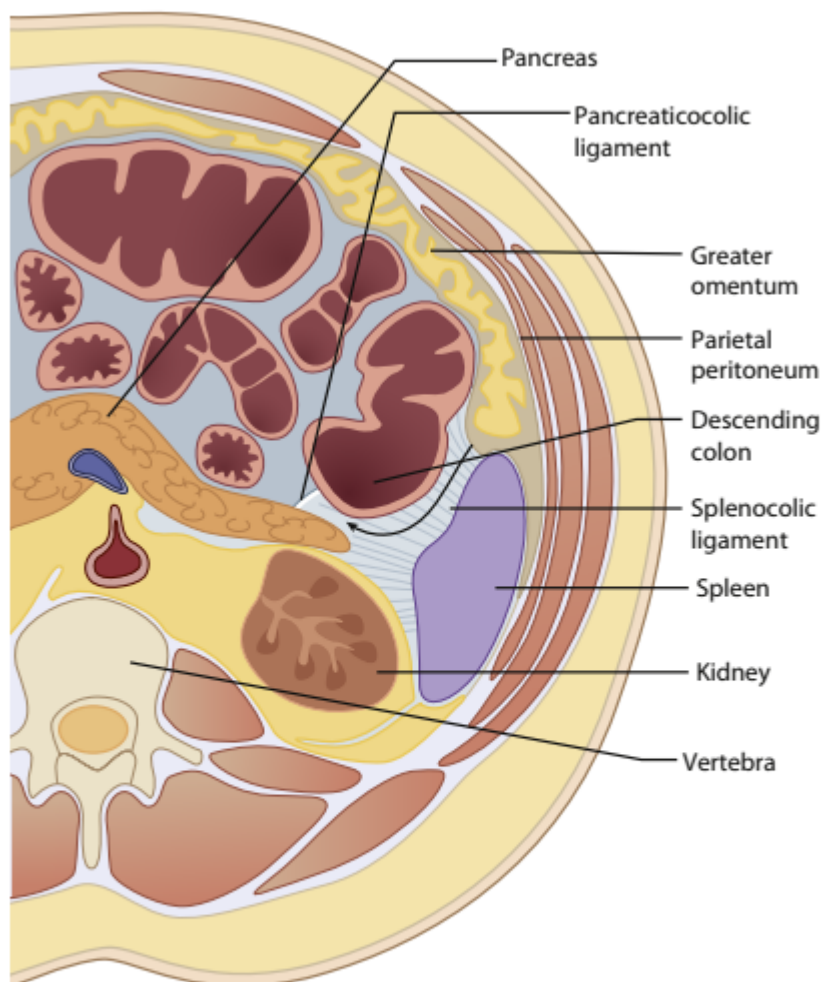


FIG. 52.6 Ligaments of the splenic flexure; the *arrow* indicates potential plane of dissection. (From Netz U, Galandiuk S. Clinical anatomy for procedures involving the small bowel, colon, rectum and anus. In: Fischer JE, Ellison EC, Upchurch Jr. GR, et al., eds. *Fischer's Mastery of Surgery*. 7th ed. Philadelphia: Wolter Kluwer; 2019.)

کولون سیگموئید و فوسای اینترسیگموئید (شکل ۷-۵۲)

کولون سیگموئید کاملاً داخل صفاقی است و مزانتر ضخیمی دارد که به شکل V معکوس به دیواره خلفی شکم متصل می‌شود.

می‌شود.

ج: نادرست است؛ مایع‌درمانی بیش از حد حین عمل، باعث اِدم بافتی، تأخیر در بازگشت عملکرد روده و افزایش عوارض ریوی می‌شود. در پروتکل ERAS، رویکرد مایع‌درمانی هدفمند (goal-directed fluid therapy) توصیه می‌شود.
د: نادرست است؛ استفاده روتین از درن یا لوله بینی-معدی (NG tube) برخلاف اصول ERAS است و تنها در موارد خاص اندیکاسیون دارد.

پاسخ صحیح الف ب ج د

۳۴. در بیماران کولورکتال تحت جراحی الکتیو، کدام مجموعه اقدامات زیر، مطابق پروتکل‌های ERAS، بیشترین نقش را در کاهش بروز عفونت محل جراحی (SSI) دارد؟

الف) شست‌وشوی روتین زخم با بتادین غلیظ و باقی گذاشتن درن تا ده روز پس از عمل
ب) تجویز آنتی‌بیوتیک تزریقی بلافاصله پس از بستن فاشیا
ج) دوش کلرگزیدین پیش از عمل، آماده‌سازی مکانیکی روده همراه با آنتی‌بیوتیک خوراکی، حفظ نورموترمی و کنترل دقیق قند خون
د) باز گذاشتن پانسمان تا خشک‌شدن کامل زخم و تعویض روزانه دستکش‌ها بدون تغییر گان جراحی



سطح تست

نوع تست: تحلیلی / تصمیم‌گیری بالینی / تایپ ۸

سطح تست: دشوار

نوع تست: تحلیلی / تصمیم‌گیری بالینی (تایپ ۸)

بررسی گزینه انتخابی

باندل‌های پیشگیری از SSI در پروتکل‌های ERAS، شامل مجموعه‌ای از اقدامات هستند که در کنار هم می‌توانند میزان عفونت محل جراحی را تا ۲۰٪ کاهش دهند. مهم‌ترین این اقدامات عبارتند از:

- دوش کلرگزیدین پیش از عمل
 - آماده‌سازی مکانیکی روده همراه با آنتی‌بیوتیک خوراکی
 - تزریق آنتی‌بیوتیک پروفیلاکتیک حداکثر یک ساعت قبل از برش پوستی
 - حفظ نورموترمی (دمای طبیعی بدن) و یوگلاسمی (کنترل قند خون)
 - تعویض گان، دستکش و وسایل جراحی پیش از بستن فاشیا
- اجرای هم‌زمان این اقدامات (bundle approach) در مطالعات متعدد، بدون افزایش هزینه، به کاهش چشمگیر SSI منجر شده است.

بررسی سایر گزینه‌ها

الف: نادرست است؛ بتادین غلیظ ممکن است به بافت آسیب برساند و تعبیه طولانی مدت درن، خود خطر عفونت را افزایش می‌دهد.
ب: نادرست است؛ آنتی‌بیوتیک پروفیلاکتیک باید پیش از برش پوستی تزریق شود، نه پس از بستن فاشیا.
د: نادرست است؛ باز گذاشتن زخم و تأخیر در پانسمان، خطر آلودگی محیطی را افزایش می‌دهد. همچنین، تعویض گان جراحی همراه با دستکش‌ها توصیه می‌شود.

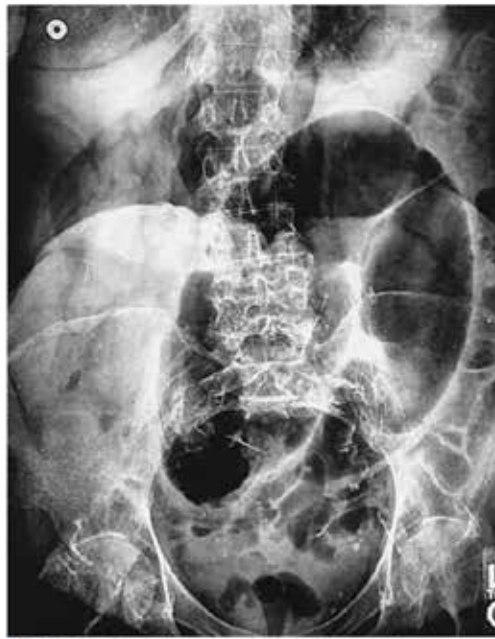


FIG. 52.24 Plain film of sigmoid volvulus. Note bent inner tube appearance.

پاسخ صحیح الف ب ج د

۵۰. بیمار ۶۰ ساله‌ای با سابقه یبوست مزمن، به دلیل درد حاد و اتساع شدید شکم مراجعه کرده است. تصویربرداری، نمای "inner-tube" را در کولون سیگموئید نشان می‌دهد. اولین اقدام درمانی مناسب چیست؟

الف) جراحی فوری شامل کولکتومی و استوما

ب) دکمپرسیون اندوسکوپیک با سیگموئیدوسکوپ و تعبیه رکتال تیوب

ج) درمان با نئوستیگمین و اصلاح الکترولیت‌ها

د) رزکسیون اولیه با آناستوموز و ایلئوستومی محافظتی



سطح تست

نوع تست: تصمیم‌گیری بالینی/ درمانی

سطح سؤال: متوسط تا دشوار
نوع تست: تصمیم‌گیری بالینی (درمانی)

بررسی گزینه انتخابی

در ولوولوس سیگموئید، درمان اولیه، دکمپرسیون اندوسکوپیک با سیگموئیدوسکوپ ریجید یا فلکسیبل است. این روش در بیش از ۷۰٪ موارد موفقیت‌آمیز است. با تعبیه یک رکتال تیوب در محل پیچ خوردگی، گاز تخلیه شده و انسداد برطرف می‌گردد. پس از آن، برای پیشگیری از عود، جراحی الکتیو رزکسیون سیگموئید و آناستوموز اولیه توصیه می‌شود.

د: نادرست است؛ *E. coli O157:H7* اغلب باعث کولیت هموراژیک (اسهال خونی) می‌شود، نه اسهال آبکی، و علامت آکاردئونی در آن دیده نمی‌شود.

پاسخ صحیح: الف ب ج د

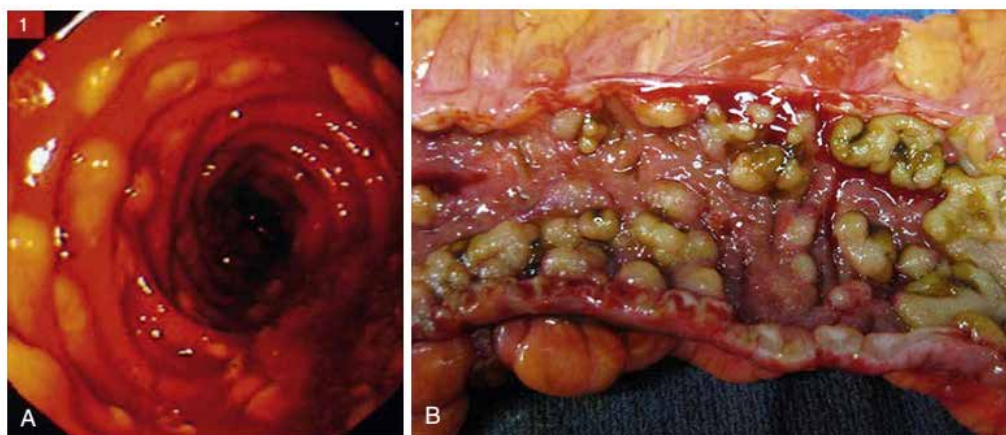
۷۶. بیمار ۶۵ ساله‌ای که به دلیل بستری طولانی در ICU چندین دوره آنتی‌بیوتیک دریافت کرده، دچار اسهال و تب شده است. در کولونوسکوپی پلاک‌های زرد مایل به سفید به قطر ۲ تا ۱۰ میلی‌متر روی مخاط کولون دیده می‌شود. بررسی بافت‌شناسی، آگزودای التهابی متشکل از فیبرین، بقایای موکوسی و نوتروفیل‌ها را نشان می‌دهد. محتمل‌ترین یافته پاتولوژیک در این بیمار کدام است؟

الف) کولیت سودوممبران ناشی از *Clostridium difficile*

ب) کولیت ایسکمیک با نکروز ترانس‌مورال

ج) کولیت گرانولوماتوز ناشی از بیماری کرون

د) کولیت آمیبی با زخم‌های فلاسک‌مانند



سطح سؤال: متوسط
نوع تست: دانشی (پاتولوژیک / کلینیکی)

بررسی گزینه انتخابی

در کولیت ناشی از *C. difficile*، پلاک‌های زرد-سفید چند میلی‌متری روی مخاط دیده می‌شود که سودوممبران نام دارند. یافته بافت‌شناسی شاخص آن، تجمع فیبرین، بقایای موکوس، سلول‌های اپیتلیال نکروزه و نوتروفیل‌ها است. این نما برای عفونت *C. difficile* بسیار شاخص است.

بررسی سایر گزینه‌ها

ب: نادرست است؛ در کولیت ایسکمیک، ضایعات اغلب سگمنتال بوده و با نکروز مخاطی یا تمام‌ضخامت (ترانس‌مورال) همراه است و فاقد پلاک‌های فیبرینی مشخص است.

تست، عصب پودندال در سطح توپروزیتی ایسکیال تحریک شده و زمان پاسخ عضلات اسفنکتر اندازه گیری می شود. افزایش زمان تأخیر در این تست، نشانه چیست؟

- الف) آسیب مزمن عصب ناشی از فشار طولانی مدت هنگام زور زدن
- ب) اختلال در شل شدن عضله پوبورکتالیس حین دفع (انیسموس)
- ج) پارگی عضلات لواتور آنی پس از زایمان طبیعی
- د) اختلال در فاز حسی رکتوم و کاهش حس دفع



سطح تست -

نوع تست: دانشی/ تحلیلی

سطح سؤال: متوسط

نوع تست: دانشی/ تحلیلی

بررسی گزینه انتخابی

در تست PNTML، تأخیر بیش از حد طبیعی (معمولاً بیش از ۲.۲ میلی ثانیه) نشان دهنده آسیب مزمن یا کششی عصب پودندال است. این آسیب اغلب ناشی از زور زدن های طولانی مدت، زایمان های دشوار یا نوروپاتی است و می تواند منجر به اختلال عملکرد اسفنکتر خارجی و بی اختیاری مدفوع شود.

بررسی سایر گزینه ها

ب: نادرست است؛ انیسموس با EMG تشخیص داده می شود، نه با PNTML.

ج: نادرست است؛ پارگی عضلات لواتور آنی یک آسیب ساختاری است و لزوماً باعث افزایش زمان هدایت عصب پودندال نمی شود.

د: نادرست است؛ تست PNTML عملکرد حرکتی (موتور) عصب را ارزیابی می کند، نه عملکرد حسی آن. بنابراین، کاهش حس رکتوم با این تست قابل تشخیص نیست.



پاسخ صحیح الف ب ج د

۱۳۶. هدف اصلی از انجام دفکوگرافی دینامیک (Dynamic Defecography) در ارزیابی اختلالات کف لگن چیست؟

- الف) بررسی ضخامت و یکپارچگی اسفنکترهای داخلی و خارجی مقعد
- ب) تشخیص پرولاپس، رکتوسل یا انقباض پارادوکسیکال حین دفع
- ج) ارزیابی هدایت عصب پودندال طی انقباض ارادی اسفنکتر
- د) تعیین سرعت عبور محتویات کولون و عملکرد حرکتی آن



سطح تست -

نوع تست: تحلیلی

سطح سؤال: متوسط

نوع تست: تحلیلی

بررسی گزینه انتخابی

دفکوگرافی یک ارزیابی دینامیک با فلوروسکوپی است که در حالت نشسته و حین عمل دفع انجام می شود. این تست به تشخیص ناهنجاری های ساختاری (مانند رکتوسل، پرولاپس رکتوم، انتروسل) و اختلالات عملکردی (مانند انقباض



FIG. 53.20 Hidradenitis suppurativa.

بررسی سایر گزینه‌ها

- الف: نادرست است؛ آبسه کریپتوگاندولار معمولاً مسیر واحد دارد و به خط وسط نزدیک است، نه سینوس‌های متعدد و مزمن.
 ب: نادرست است؛ کرون ممکن است ضایعات مشابه بدهد اما همراه فیستول‌های داخل رکتوم، broad-based fissure و skin tag بزرگ است، نه pitlike scar.
 د: نادرست است؛ پیلوندال سینوس در ناحیه ساکروگلوتتال و خط وسط دیده می‌شود، نه پریینه.

پاسخ صحیح: الف ب ج د

۳۱. زن ۲۹ ساله‌ای با سابقه اسهال مزمن و کاهش وزن، به دلیل ترشح از اطراف مقعد مراجعه کرده است. در معاینه، فیستول‌های دوطرفه اطراف آنوس، skin tagهای بزرگ و broad-based fissure خارج از خط وسط مشاهده می‌شود. با توجه به یافته‌های بالینی، کدام گزینه در مورد این بیمار صحیح‌تر است؟
 الف) فیستول‌ها احتمالاً کریپتوگاندولار هستند و باید فیستولوتومی کامل انجام شود.
 ب) احتمال بیماری کرون پری‌آنال وجود دارد و باید ارزیابی کولونوسکوپی انجام شود.
 ج) درمان انتخابی wide excision و بستن زخم با فلپ Limberg است.

- الف) افزایش خطر ترومبوز ورید عمقی به علت کاهش جریان پورت
 ب) ترومبوسیتوپنی ناشی از ذخیره بیش از حد پلاکت‌ها در طحال
 ج) افزایش خونریزی به دلیل کاهش تولید پلاکت در مغز استخوان
 د) افزایش نیاز به تزریق پلاکت به علت مصرف پلاکت‌ها در سیستم ایمنی



سطح تست

نوع تست: دانشی/تحلیلی

سطح سؤال: متوسط
نوع تست: دانشی/تحلیلی

بررسی گزینه انتخابی

در حالت طبیعی، حدود یک سوم پلاکت‌های بدن در طحال ذخیره می‌شوند. در اسپلنومگالی شدید، این ظرفیت ذخیره‌سازی به شدت افزایش یافته و طحال می‌تواند تا ۸۰٪ پلاکت‌ها را در خود نگه دارد. این پدیده که به آن سکستراسیون (sequestration) می‌گویند، منجر به کاهش تعداد پلاکت‌های در گردش و بروز ترومبوسیتوپنی ناشی از هایپراسپلنسم می‌شود.

بررسی سایر گزینه‌ها

الف: نادرست است؛ افزایش خطر ترومبوز (به‌ویژه ترومبوز ورید پورت) یکی از عوارض پس از اسپلنکتومی به دلیل ترومبوسیتوز واکنشی است، نه پیامد مستقیم اسپلنومگالی.

ج: نادرست است؛ در این وضعیت، مشکل اصلی افزایش تخریب یا ذخیره پلاکت‌ها در طحال است، نه کاهش تولید آنها در مغز استخوان. این دو، مکانیسم‌های کاملاً متفاوتی برای ایجاد ترومبوسیتوپنی هستند.

د: نادرست است؛ تخریب پلاکت‌ها با واسطه سیستم ایمنی، مکانیسم اصلی در پورپورای ترومبوسیتوپنیک ایمنی (ITP) است، در حالی که در هایپراسپلنسم، علت اصلی ترومبوسیتوپنی، سکستراسیون (تجمع) پلاکت‌ها در طحال بزرگ شده است.

پاسخ صحیح الف ب ج د

۷. حین اسپلنکتومی، جراح می‌کوشد شریان و ورید طحالی را بدون آسیب به دم پانکراس لیگاتور کند. کدام یافته آناتومیک برای پیشگیری از این آسیب بیشترین اهمیت را دارد؟

الف) عبور شریان گاسترواپی‌پلوئیک راست از قدام پانکراس

ب) فاصله دم پانکراس تا ناف طحال که معمولاً کمتر از ۱ سانتی‌متر است.

ج) تعداد شاخه‌های شریان معدی کوتاه (short gastric) که از شریان طحالی منشعب می‌شوند.

د) ضخامت و عروق لیگامان اسپلنوفرنیک



سطح تست

نوع تست: دانشی/تحلیلی

سطح سؤال: دشوار
نوع تست: دانشی/تحلیلی

بررسی گزینه انتخابی

دم پانکراس در ۳۰٪ موارد به ناف طحال چسبیده و در ۷۰٪ موارد در فاصله‌ای کمتر از ۱ سانتی‌متر از آن قرار دارد. بنابراین، آگاهی از این مجاورت نزدیک، نکته کلیدی برای پیشگیری از آسیب حین جراحی به دم پانکراس است و اقدامات مربوط به

ج: نادرست است؛ استنت گذاری در ضایعات کوچک اندام اندیکاسیون ندارد و می تواند خطر ترومبوز ایجاد کند.
د: نادرست است؛ ترمیم باز برای ضایعه ای با این سطح اهمیت توصیه نمی شود و با خطرات بی مورد همراه است.

پاسخ صحیح الف ب ج د

۹. بیماری به دنبال ترومای بلانت دچار کاهش پرفیوژن اندام شده است. در ارزیابی اولیه، شواهدی از اسپاسم شریانی وجود دارد، اما پس از چند ساعت، پرفیوژن اندام همچنان مختل است. این یافته بیش از همه مطرح کننده کدام گزینه است؟
الف) اسپاسم شریانی پایدار که معمولاً طی چند ساعت خودبه خود برطرف می شود.
ب) وجود آسیب عروقی جدی تر که مانع بازگشت جریان خون طبیعی شده است.
ج) شروع تشکیل سودوآنوریسم (pseudoaneurysm) که باعث افزایش فشار موضعی شده است.
د) ایجاد فیستول شریانی-وریدی کوچک که جریان دیستال را کاهش داده است.



سطح تست

نوع تست: تحلیلی

سطح سؤال: دشوار
نوع تست: تحلیلی

بررسی گزینه انتخابی

اسپاسم شریانی ناشی از تروما معمولاً به سرعت برطرف می شود. اگر پس از رفع اسپاسم اولیه، هایپوپرفیوژن اندام ادامه یابد، این یافته قویاً مطرح کننده آسیب جدی تری مانند آسیب اینتیما، ترومبوز یا انسداد پیشرونده است و به مداخله تشخیصی یا درمانی نیاز دارد.

بررسی سایر گزینه ها

الف: نادرست است؛ اسپاسم طولانی مدت شایع نیست و نمی تواند کاهش پرفیوژن پس از چند ساعت را توجیه کند.
ج: نادرست است؛ سودوآنوریسم در مراحل اولیه معمولاً باعث کاهش پرفیوژن نمی شود و به تدریج ایجاد می شود.
د: نادرست است؛ فیستول شریانی-وریدی (AV fistula) بیشتر با توده ضربان دار و برویی (bruit) تظاهر می یابد تا کاهش واضح و مداوم پرفیوژن.

پاسخ صحیح الف ب ج د

۱۰. بیماری با آسیب نافذ اندام فوقانی مراجعه کرده و در تصویربرداری، یک سودوآنوریسم (pseudoaneurysm) کوچک بدون اثر فشاری مشاهده می شود. بیمار درد، ادم یا علائم ایسکمی ندارد. مناسب ترین اقدام در این شرایط چیست؟
الف) جراحی باز فوری برای پیشگیری از گسترش ضایعه و پارگی احتمالی
ب) مدیریت غیرجراحی همراه با پیگیری دوره ای با سونوگرافی داپلکس (Duplex) برای ارزیابی تغییر اندازه
ج) تعبیه استنت اندوواسکولار برای تثبیت دیواره و جلوگیری از رشد ضایعه
د) تزریق ماده ترومبوژنیک به داخل ضایعه برای ایجاد لخته و انسداد سریع آن



سطح تست

نوع تست: تصمیم گیری

سطح سؤال: متوسط
نوع تست: تصمیم گیری

نوع تست: تصمیم‌گیری / case based

بررسی گزینه انتخابی

انسداد روده کوچک در بارداری، به‌ویژه در سه‌ماهه دوم و سوم، با مرگ‌ومیر قابل توجه مادری و جنینی همراه است. در صورت عدم پاسخ به درمان غیر جراحی طی ۶ تا ۸ ساعت، آستانه تصمیم برای جراحی باید پایین باشد تا از پرفوراسیون، نکروز روده و سپسیس جلوگیری شود که خطرات بسیار بیشتری برای مادر و جنین دارند.

بررسی سایر گزینه‌ها

الف: نادرست است؛ تأخیر طولانی در مداخله جراحی خطر مرگ‌ومیر مادر و از دست رفتن جنین را به‌طور قابل توجهی افزایش می‌دهد.

ب: نادرست است؛ کولونوسکوپی نقشی در تشخیص یا درمان انسداد روده کوچک ندارد و می‌تواند خطرناک باشد.

ج: نادرست است؛ استفاده پروفیلاکتیک از توکولیتیک بدون شواهد انقباضات رحمی اندیکاسیون ندارد و مشکل اصلی بیمار را حل نمی‌کند.

پاسخ صحیح الف ب ج د

۳۳. خانم ۲۶ ساله باردار در هفته ۱۹ بارداری با درد شدید ربع فوقانی راست شکم، تهوع و استفراغ مراجعه کرده است. سابقه فشار خون بالا و پروتئینوری ندارد. آزمایش‌ها افزایش قابل توجه آنزیم‌های کبدی و کاهش پلاکت را نشان می‌دهند. کدام اقدام تشخیصی-درمانی در این بیمار مناسب‌تر است؟

الف) تشخیص کوله‌سیستیت حاد و درمان محافظه‌کارانه با آنتی‌بیوتیک

ب) تشخیص HELLP و تصمیم‌گیری سریع برای ختم بارداری

ج) انجام MRI کبد با گادولینیوم برای تعیین علت درد

د) پیگیری سرپایی با تکرار آزمایش‌های کبدی طی ۴۸ ساعت



سطح تست

نوع تست: افتراقی / تصمیم‌گیری

سطح سؤال خیلی دشوار
نوع تست: افتراقی / تصمیم‌گیری

بررسی گزینه انتخابی

درد ربع فوقانی راست شکم همراه با افزایش آنزیم‌های کبدی و ترومبوسیتوپنی در بارداری باید به‌شدت شک به HELLP syndrome را مطرح کند، حتی در غیاب فشار خون بالا یا پروتئینوری واضح. HELLP یک وضعیت تهدیدکننده حیات مادر و جنین است و درمان قطعی آن ختم بارداری پس از پایدارسازی مادر است.

بررسی سایر گزینه‌ها

الف: نادرست است؛ کوله‌سیستیت حاد معمولاً با تغییرات شدید پلاکتی همراه نیست و چنین یافته‌های آزمایشگاهی را توجیه نمی‌کند.

ج: نادرست است؛ MRI با گادولینیوم در بارداری توصیه نمی‌شود و در این سناریوی اورژانسی ارزش افزوده‌ای نسبت به

نشان نمی‌دهد. در آزمایش‌ها لکوسیتوز خفیف دیده می‌شود. در ادامه بیمار دچار تشدید درد، تاکی‌کاردی و کاهش برون‌ده ادراری می‌شود. مناسب‌ترین اقدام تشخیصی-درمانی بعدی کدام است؟

(الف) ادامه درمان حمایتی و پایش، زیرا تهوع و استفراغ می‌تواند مرتبط با بارداری باشد.

(ب) انجام MRI بدون گادولینیوم و در صورت تأیید انسداد، اقدام جراحی زودهنگام

(ج) تجویز آنتی‌بیوتیک وسیع‌الطیف و تعویق هرگونه اقدام تهاجمی تا بعد از زایمان

(د) انجام CT اسکن شکم و لگن با کنتراست و در صورت تأیید تشخیص، درمان غیر جراحی طولانی‌مدت



سطح تست

نوع تست: Case-based / تصمیم‌گیری

سطح سؤال خیلی دشوار

نوع تست / Case based تصمیم‌گیری

بررسی گزینه انتخابی

این بیمار باردار با سابقه جراحی بزرگ شکمی (باریاتریک) در معرض خطر بالای انسداد روده کوچک ناشی از چسبندگی یا ولولوس قرار دارد. تداوم درد، تشدید علائم سیستمیک و کاهش برون‌ده ادراری نشان‌دهنده شکست درمان محافظه‌کارانه است. در بارداری، MRI بدون گادولینیوم روش تصویربرداری ترجیحی پس از سونوگرافی غیرتشخیصی است و در صورت تأیید انسداد یا شک بالینی بالا، آستانه جراحی باید پایین باشد تا از نکروز روده، سپسیس، مرگ مادر و از دست رفتن جنین پیشگیری شود.

بررسی سایر گزینه‌ها

الف: نادرست است؛ نسبت دادن علائم شدید و پیشرونده به تغییرات طبیعی بارداری منجر به تأخیر تشخیص می‌شود که با افزایش مرگ‌ومیر مادر و جنین همراه است.

ج: نادرست است؛ درمان صرفاً دارویی و تعویق جراحی در انسداد روده با علائم پیش‌رونده خطر نکروز روده، پرفوریشن و شوک سپتیک را افزایش می‌دهد.

د: نادرست است؛ CT اگرچه دقت بالایی دارد، اما MRI در بارداری ارجح است و علاوه بر آن، درمان غیر جراحی طولانی‌مدت در این سناریو مناسب نیست و تأخیر خطرناک ایجاد می‌کند.



پاسخ صحیح: الف ب ج د

۵۰. خانم ۳۸ ساله، G4P3، در هفته ۳۲ بارداری پس از تصادف رانندگی با ضربه مستقیم به شکم به اورژانس منتقل می‌شود. در بدو ورود هوشیار است، فشار خون ۱۱۰/۷۰ و ضربان قلب ۱۱۵ دارد. معاینه اولیه بدون خونریزی واژینال واضح است، اما بیمار از درد شکم و کاهش حرکات جنین شکایت دارد. مانیتورینگ اولیه جنین دسلراسیون‌های متغیر را نشان می‌دهد. در ادامه، بیمار دچار افت فشار خون پیشرونده می‌شود، هموگلوبین اولیه طبیعی است و FAST شواهد واضحی از خونریزی آزاد نشان نمی‌دهد. مناسب‌ترین رویکرد تشخیصی-درمانی کدام است؟

(الف) پایش محافظه‌کارانه مادر و جنین، زیرا هموگلوبین اولیه طبیعی است.

(ب) انتقال فوری بیمار برای CT اسکن شکم و لگن و تأخیر در مداخله تا مشخص شدن نتیجه

(ج) اولویت دادن به احیای تهاجمی مادر، اصلاح همودینامیک و در صورت تداوم ناپایداری، لاپاراتومی اکتشافی بدون تأخیر

د) انجام فوری سزارین اورژانسی به دلیل دسلراسیون های جنینی، پیش از تثبیت وضعیت مادر



سطح تست

نوع تست: Case-based / تصمیم گیری

سطح سؤال خیلی دشوار

نوع تست / Case-based تصمیم گیری

بررسی گزینه انتخابی

در تروما بارداری، اصل بنیادین این است که بقای جنین وابسته به بقای مادر است. افت فشار خون پیشرونده و تاکی کاردی با وجود FAST منفی، خونریزی مخفی (مانند دکولمان جفت یا آسیب احشایی) را رد نمی کند. هموگلوبین اولیه می تواند به دلیل افزایش حجم پلاسما طبیعی باشد. بنابراین، احیای فوری مادر و اقدام جراحی زود هنگام در صورت ناپایداری مناسب ترین راهبرد برای کاهش مرگ و میر مادر و جنین است.

بررسی سایر گزینه ها

الف: نادرست است؛ پایش محافظه کارانه در حضور ناپایداری همودینامیک می تواند منجر به تأخیر کشنده در تشخیص و درمان شود.

ب: نادرست است؛ CT اسکن در بیمار ناپایدار جایگاه ندارد و تأخیر در مداخله جراحی خطر مرگ مادر و جنین را افزایش می دهد.

د: نادرست است؛ سزارین اورژانسی پیش از تثبیت مادر، بدون اندیکاسیون قطعی مانند ایست قلبی مادر یا شرایط مشخص perimortem، می تواند وضعیت مادر را بدتر کرده و شانس بقای هر دو را کاهش دهد.



پاسخ صحیح الف ب ج د