

مجموعه ترجمه و تلخیص دانشنامه

طب اورژانس

روزن ۲۰۲۲

بیماری های سیستم گوارش

همراه با نمونه سوالات سال های گذشته

مترجمین

- | | |
|-------------------------|--|
| دکتر مهدی ابراهیمی | بورد تخصص طب اورژانس |
| | عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران |
| دکتر هومن اصفهانی | بورد تخصص طب اورژانس |
| | عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران |
| دکتر امیرحسین چیت گریان | بورد تخصص طب اورژانس |
| دکتر امید شکوهی | رتبه دوم بورد تخصص کشوری |
| | استادیار دانشگاه علوم پزشکی همدان |
| دکتر آریتا عظیمی میبیدی | بورد تخصص طب اورژانس |
| | دانشجوی دکتری مدیریت سلامت در حوادث و بلایا |
| دکتر زهرا گلشن | بورد تخصص طب اورژانس |
| دکتر سیدعلی میربد | بورد تخصص طب اورژانس |
| | عضو هیات علمی دانشکده پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی نجف آباد |
| سرپرست مترجمین | |
| دکتر آریتا عظیمی میبیدی | |

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
7	فصل 75 : فارنزیت (اختلال بلع)
37	فصل 76 : اختلالات کبد و مجاری صفراوی
83	فصل 77 : پانکراس
99	فصل 78 : روده کوچک
117	فصل 79 : آپاندیسیت حاد
133	فصل 80 : گاستروانتریت
169	فصل 81 : کولون، رکتوم، آنوس
203	فصل 82 : آنورکتوم
225	ضمیمه : تست‌های سؤالات مورد و ارتقا سال های آخر (1400-1402)

مقدمه

به یاری ایزد یکتا

تقدیم به جامعه مقدس پزشکی

کتاب حاضر ترجمه و تلخیص فصول منتخب گوارش روزن 2022 می باشد که به عنوان رفرنس امتحانات ارتقا و بورد می باشد.

اکثر جداول و اشکال کتاب اصلی آورده شده است که مطالعه آن اکیداً توصیه می شود.
این کتاب تحفه ناچیز به محضر همکاران عزیزم می باشد که انشاءالله مطالعه آن مفید واقع شود.
لازم می دانم از زحمات و همراهی خانواده عزیزم و گروه مترجمین تشکر نمایم.

دکتر مهدی ابراهیمی

دیسفاژی (اختلال بلع)

نکات کلیدی

- دیسفاژی می تواند ناشی از ضایعات انسدادی (مانند نتوپلاسما مری)، اختلالات حرکتی (مانند آشالازی)، یا اختلالات عصبی-عضلانی باشد که می تواند ماهیت عروقی (مانند حادثه عروقی مغزی)، ایمونولوژیک (مانند میاستنی گراویس، مولتیپل اسکلروزیس [MS])، عفونی (مانند بوتولیسم)، یا متابولیک داشته باشند.
- شیوع آشالازی با افزایش سن بیشتر می شود و به طور تدریجی با فرکانس برابر برای بلع جامدات یا مایعات ظاهر می یابد.
- دیسفاژی می تواند تظاهر اولیه میاستنی گراویس باشد.
- درمان دیسفاژی به سمت علت زمینه ای آن (مانند میاستنی گراویس، MS) هدایت می شود.
- برای اکثر بیماران مبتلا به دیسفاژی، انجام بلع باریم سرپایی یا اندوسکوپی فوقانی گوارشی اندیکاسیون دارد.

اجسام خارجی دستگاه گوارش فوقانی

- ناهنجاری های ساختاری مری یک عامل خطر عمده برای انسداد ناشی از جسم خارجی هستند؛ بنابراین بیمارانی که علائم احساس وجود جسم خارجی در آنها برطرف می شود، باید برای ارزیابی پیگیری به متخصص گوارش ارجاع داده شوند.
- مداخله فوری برای باتری های دکمه ای، بولوس های غذایی ایجادکننده انسداد شدید، یا بیمارانی که دیسترس قابل توجه دارند (مانند استفراغ، عرق زدن، خفگی، استریدور، یا عدم توانایی در تحمل مصرف خوراکی) اندیکاسیون دارد.

- مداخله اورژانسی (کمتر از 24 ساعت و ایده آل کمتر از 12 ساعت) برای انسدادهای خفیف ناشی از اجسام تیز،

سکه های گیر کرده در مری پروگزیمال، یا بولوس های غذایی اندیکاسیون دارد.

- مداخله اورژانسی همچنین برای اجسام خارجی در معده با عرض بیش از 2.5 سانتی متر یا طول بیش از 5 سانتی متر توصیه می شود.
- اندوسکوپی اعطاف پذیر همراه با سدیشن حین پروسیجر، مداخله درمانی ارجح برای خارج کردن اکثر اجسام خارجی پروگزیمال است که با دامنه اسکوپ قابل دسترسی هستند.

پرفوراسیون (سوراخ شدگی) مری

- علل یاتروژنیک (ایجاد شده توسط پزشک یا درمان)، مانند عارضه اندوسکوپی، همچنان شایع ترین علت پرفوراسیون مری هستند.
- هنگامی که به پرفوراسیون مری مشکوک هستیم، باید از ماده حاجب محلول در آب برای مطالعات تصویربرداری تشخیصی اولیه استفاده شود.
- در اکثر موارد پرفوراسیون مری، بستری بیمار همراه با تجویز آنتی بیوتیک های وسیع الطیف (مانند وانکومايسين وریدی 15 میلی گرم/کیلوگرم به علاوه پپیراسیلین 3,375 گرم) و مشاوره جراحی زودهنگام باید انجام شود.
- بیماران پایدار منتخب با پرفوراسیون مری کوچک و محدود ممکن است به صورت محافظه کارانه با ناشتا نگه داشتن بیمار (NPO)، تجویز آنتی بیوتیک های وسیع الطیف و تغذیه تزریقی (پارنترال)، و با دسترسی آسان به جراح، مدیریت شوند.

ازوفازیت (التهاب مری)

- بیماری ریفلاکس معده به مری (GERD) در بیمارانی که با درد قفسه سینه مراجعه می کنند، یک تشخیص

هپاتیت C و E. که در گذشته "هپاتیت غیر-A"، غیر-B" نامیده می شدند، هپاتیت C و E توسط حداقل دو ویروس RNA مجزا، ویروس هپاتیت C (HCV) و ویروس هپاتیت E ایجاد می شوند. در ایالات متحده، عفونت هپاتیت C در حال حاضر علت اصلی سیروز است و بیش از 42٪ موارد بیماری مزمن کبدی را تشکیل می دهد. در سراسر جهان، HCV همچنان شیوع بالایی دارد. سازمان بهداشت جهانی (WHO) در سال 2020 تخمین زده است که 71 میلیون مورد در سراسر جهان وجود دارد. هپاتیت C شایع ترین عفونت منتقله از راه خون گزارش شده در ایالات متحده است. داده های بررسی ملی سلامت و تغذیه (NHANES) شیوع 1,2٪ تا 2,0٪ را در میان جمعیت ایالات متحده تخمین می زند. قبل از سال 1992 و ظهور غربالگری بهبود یافته با آنتی بادی، تکثیر اسید نوکلئیک PCR، و آزمایش آمینوترانسفراز (نشانه گر جایگزین)، انتقال از طریق تزریق خون یا پیوند عضو جامد شایع بود. خطر فعلی هپاتیت C اکتسابی از تزریق خون کمتر از 1 در 2 میلیون واحد خون تزریق شده است. هم در ایالات متحده و هم در سراسر جهان، قوی ترین عامل خطر برای عفونت HCV سابقه مصرف مواد مخدر تزریقی (IVDU) است. یک مطالعه در سال 2017 شیوع HCV در ایالات متحده را 53٪ در میان افرادی که مواد مخدر تزریق می کنند، ذکر کرد. مطالعه دیگری تخمین می زند که این میزان در میان مصرف کنندگان مواد مخدر تزریقی که همزمان به HIV آلوده هستند، به 75٪ نزدیک تر است. بیماران آلوده همزمان به HIV و HCV عموماً سیر تهاجمی تری از هر دو بیماری دارند. در بیش از 57٪ بیماران مبتلا به HCV، هیچ منبع عفونتی شناسایی نمی شود. دوره کمون متوسط برای هپاتیت C، 50 روز است. پس از دوره کمون، یک فاز حاد خود محدود شونده آغاز می شود. فاز حاد تا 12 هفته ادامه دارد و به ندرت با نارسایی کبدی همراه است. تقریباً 90٪ عفونت های HCV به هپاتیت مزمن پیشرفت می کنند. طی یک دوره 20 تا 30 ساله، بیماری بالینی کبد یا سیروز تقریباً در 10٪ تا 20٪ از افراد آلوده ایجاد می شود. بیماران مبتلا به سیروز در معرض خطر افزایش یافته ابتلا به کارسینوم هپاتوسلولار هستند. در ایالات متحده، تخمین زده شده است که 2,1 میلیون نفر به HCV آلوده هستند. برخلاف HAV و HBV، شیوع HCV

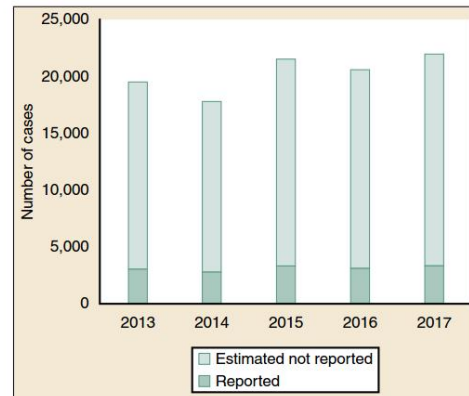


Fig. 76.5 Incidence of hepatitis B in the United States. (From Centers for Disease Control and Prevention. Viral hepatitis surveillance—United States, 2017. Atlanta: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention; 2019. Available at: <https://www.cdc.gov/hepatitis/statistics/2017surveillance/index.htm>)

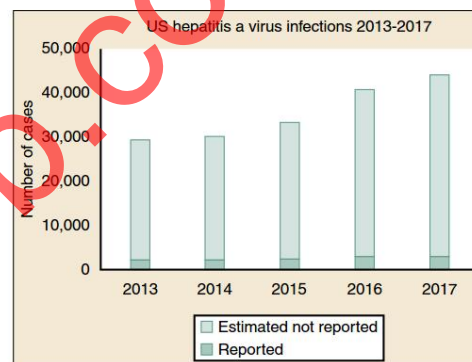


Fig. 76.6 Incidence of hepatitis A in the United States. (From Centers for Disease Control and Prevention. Viral hepatitis surveillance—United States, 2017. Atlanta: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention; 2019. Available at: <https://www.cdc.gov/hepatitis/statistics/2017surveillance/index.htm>)

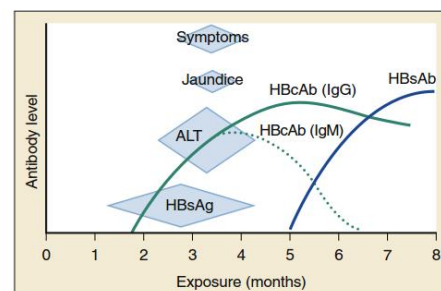


Fig. 76.7 Acute hepatitis B virus infection. Ab, Antibody; Ag, antigen; ALT, alanine aminotransferase; HBc, hepatitis B core; HBs, hepatitis B surface; IgG, immunoglobulin G; IgM, immunoglobulin M. (From Oyama LC. Disorders of the liver and biliary tract. Anesthesia key: fast-track anesthesia & intensive care & emergency medicine insight engine. Available at: <https://aneskey.com/disorders-of-the-liver-and-biliary-tract/>. Accessed May 10, 2021.)

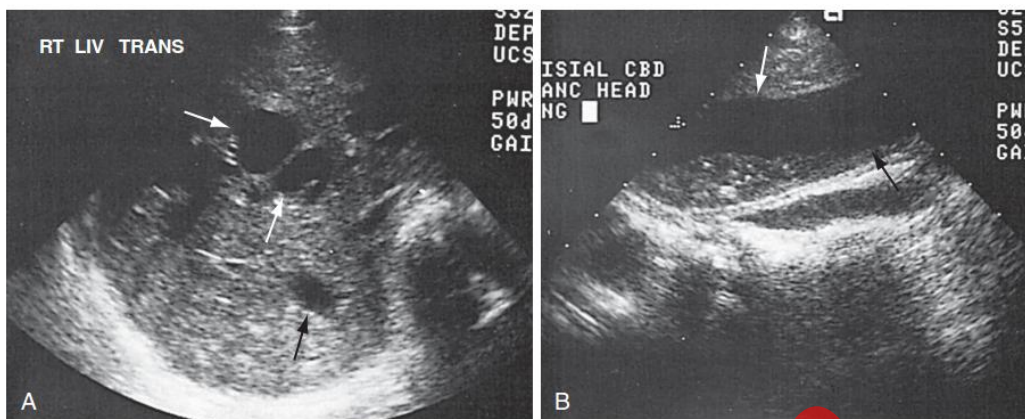


Fig. 76.23 Abdominal ultrasound images from a patient with common bile duct obstruction. (A) Multiple dilated intrahepatic ducts (arrows). (B) Significant dilated common bile duct (arrows). The duct measures 2 cm in diameter.

اینکه شواهد بالینی سپسیس وجود داشته باشد، پوشش با یک آنتی‌بیوتیک وسیع‌الطیف تک‌دارویی، مانند پیراسیلین-تازوباکتام وریدی (3,375 گرم هر 6 ساعت) توصیه می‌شود.

گانگرن کیسه صفرا یک عارضه قابل توجه است، با نکروز و پرفوراسیون، پرفوراسیون موضعی ممکن است منجر به آنبه اطراف کیسه صفرا یا تشکیل فیستول شود که دومی فرد را مستعد ایلئوس سنگ صفراوی (gallstone ileus) در تاریخ بعدی می‌کند. دیابتی‌ها در معرض خطر افزایش یافته تهاجم باکتریایی به دیواره کیسه صفرا و کوله سیستیت آمفیرماتو هستند (شکل 24-76). در این مورد، عوارض مربوط به تأخیر در مراقبت جراحی قطعی شامل گانگرن و پرفوراسیون کیسه صفرا است که هر دو با مرگ‌ومیر قابل توجهی همراه هستند.

ملاحظات ویژه

کوله سیستیت در کودکان غیرمعمول است؛ با این حال، هنگامی که رخ می‌دهد، باید مانند بیماران بزرگسال مدیریت شود. کوله سیستیت در بیمار باردار چالش‌هایی را در تشخیص و درمان ایجاد می‌کند. درمان اولیه مشابه بیمار غیرباردار است، اما موضوع مداخله جراحی نیاز به بحث با مشارکت جراحی و مامایی دارد.

جذب شده و به داخل کانالیکول‌های صفراوی ترشح می‌شود. عدم به دست آوردن طرح کلی کیسه صفرا ظرف 1 ساعت پس از تجویز در حضور تجسم کبد و مجرای مشترک، با انسداد مجرای سیستیک سازگار است. در شرایط بالینی مناسب، این یافته برای کوله سیستیت تشخیصی است. برعکس، تجسم کیسه صفرا و مجرای مشترک ظرف 1 ساعت پس از تجویز، ارزش اخباری منفی بالایی دارد. HIDA با افزایش سطح بیلی روبین سرم بالای 5 تا 8 میلی گرم در دسی لیتر، حساسیت خود را از دست می‌دهد؛ با این حال، سنتیگرافی با دی‌ایزوپروپیل ایمینودیاستیک اسید یا مبروفنین، امکان تجسم درخت صفراوی را در بیماران با بیلی روبین کل سرم تا 20 تا 30 میلی گرم در دسی لیتر فراهم می‌کند. CT می‌تواند کوله سیستیت را با حساسیت 92٪ اما اختصاصیت بسیار پایین‌تر شناسایی کند.

مدیریت

مدیریت قطعی کوله سیستیت حاد سنگی (calculous) شامل کوله سیستکتومی است. اقدامات حمایتی شامل تجویز کریستالوئید وریدی برای بهینه سازی وضعیت حجم و داروهای ضد تهوع برای مدیریت استفراغ است. کنترل درد را می‌توان با NSAIDs یا مسکن‌های مخدر برطرف کرد. علی‌رغم نقش مشکوک عفونت میکروبی در پاتوژنز کوله سیستیت، آنتی‌بیوتیک‌های اولیه توصیه می‌شود. مگر

TABLE 80.5 Invasive Bacteria Gastroenteritis: Causes and Clinical Features

Organism	Clinical Features	Incubation Period (I), Duration (D), Source (S)
<i>Campylobacter jejuni</i>	Most common bacteria; organism identified in stool cultures; acute watery diarrhea, fevers, dysenteric characteristics	I, 2–5 days D, 5–14 days S, food, water, chickens
<i>Salmonella</i> Nontyphoid	Usually foodborne (e.g., poultry); acute watery diarrhea, often with fever; common in sickle cell and immunocompromised patients	I, 12–24 h D, 2–7 days S, eggs, poultry, unpasteurized milk, pets
<i>Salmonella</i> Typhoid	Fever, abdominal pain, ileus, systemic effects; most infections acquired during international travel	I, 12–24 h D, 2–7 days S, food, person to person
<i>Shigella</i>	Common worldwide; acute watery diarrhea, fever, dysenteric characteristics; toxigenic; high incidence in men who have sex with men	I, 1–2 days D, 2–7 days S, water, person to person
<i>Yersinia enterocolitica</i>	Acute diarrhea, dehydration; rare in the United States but common with travel to Asia; can mimic appendicitis	I, 12–48 h D, 5–14 days S, food, water, milk, cats, dogs, pigs
<i>Vibrio</i> , noncholera (<i>V. parahaemolyticus</i>)	Associated with seafood, shellfish; watery diarrhea, dysentery	I, 8–24 h D, 5–14 days S, raw, undercooked seafood
<i>Escherichia coli</i> Shiga toxin-producing; <i>E. coli</i> O157:H7	Watery, bloody diarrhea; foodborne—contaminated beef or produce; toxigenic; associated with HUS and TTP	I, 3–8 days D, 5–10 days S, uncooked beef, water, person to person, raw milk

HUS, Hemolytic uremic syndrome; TTP, thrombotic thrombocytopenic purpura.

جوان ایمنی پایینی دارند و ایمنی غیرفعال مادری پس از قطع شیردهی از بین می‌رود. سالمندان به دلیل تغییرات مرتبط با سن مخاط روده در تولید مخاط، فلور روده و میل گیرنده‌های سطح سلولی به سموم، در معرض خطر هستند. استفاده از آنتی‌اسیدها، مانند مهارکننده‌های پمپ پروتون، اثر باکتری‌کشی اسید معده را کاهش می‌دهد. مصرف آنتی‌بیوتیک فلور سالم روده را کاهش می‌دهد و بنابراین کلونیزاسیون پاتوژن‌هایی مانند *C. difficile* را افزایش می‌دهد. بیماران سرکوب شده ایمنی مانند مبتلایان به بیماری HIV یا تحت درمان با عوامل شیمی‌درمانی، مستعد ابتلا به سالمونلای غیرتیفوئیدی هستند. بهداشت نامناسب و شرایط شلوغ نیز گسترش ارگانیزم‌های عفونی را افزایش می‌دهد.

ارگانیزم‌های باکتریایی به طور کلی به دو دسته تهاجمی یا غیرتهاجمی طبقه‌بندی می‌شوند. گاستروانتریت تهاجمی یک تشخیص بالینی است که در حضور علائم یا نشانه‌های تهاجم به مخاط روده، مانند تب، خون آشکار یا مخفی در مدفوع، تنموس (احساس نیاز مداوم به دفع مدفوع)، یا درد شدید شکم انجام می‌شود (جدول 5-80). بیماران مبتلا به گاستروانتریت غیرتهاجمی عموماً تب ندارند، مدفوع خونی تولید نمی‌کنند یا درد شکمی قابل توجهی را تجربه نمی‌کنند. گاستروانتریت غیرتهاجمی احتمالاً نشان‌دهنده وجود یک پاتوژن ویروسی یا باکتری تولید کننده سم است. این بیماری معمولاً کوتاه و خود محدود شونده است و آزمایش تشخیصی بعید است مفید باشد (جدول 6-80).

پاتوفیز یولوژی

ارگانیزم‌های کمپیلوباکتر، باکتری‌های گرم منفی کوچک، مارپیچی شکل هستند. شایع‌ترین گونه جدا شده کمپیلوباکتر ژژونی است. گونه‌های کمپیلوباکتر عمدتاً با تهاجم مستقیم به اپیتلیوم کولون بیماری ایجاد می‌کنند. اکثر عفونت‌ها با مصرف آب آشامیدنی آلوده، محصولات لبنی، گوشت‌ها یا محصولات کشاورزی کسب می‌شوند. مخازن اولیه ارگانیزم‌های کمپیلوباکتر، مرغ‌ها هستند.

تظاهرات بالینی

دوره کمون برای کمپیلوباکتر تقریباً 2 تا 5 روز است. شروع بیماری معمولاً سریع است، با علائم و نشانه‌های

باکتری‌های تهاجمی

انتریت کمپیلوباکتر

اپیدمیولوژی

کمپیلوباکتر شایع‌ترین علت تشخیص داده شده انتریت باکتریایی در کشورهای توسعه یافته است. این در ماه‌های تابستان شایع‌تر است. گونه‌های کمپیلوباکتر علت شایع به اصطلاح "اسهال کوله‌پشتی‌گردان" (backpacker's diarrhea) هستند، همراه با ژیاردیا، که هر دو اغلب با نوشیدن آب از منابع طبیعی کسب می‌شوند.



Fig. 81.10 CT With Intussusception. (A) Target- or sausage-shaped soft tissue mass with a layering effect, with mesenteric vessels within the intestinal lumen. (B) Pseudo-kidney sign (arrow). (A, From Davis JM, Vilke GM. An elderly patient with intussusception. *J Emerg Med.* 2003;24:221–222. B, From Shyy W, Knight RS, Teismann NA. Ultrasound diagnosis of adult intussusception. *J Emerg Med.* 2015;49:498–499.)

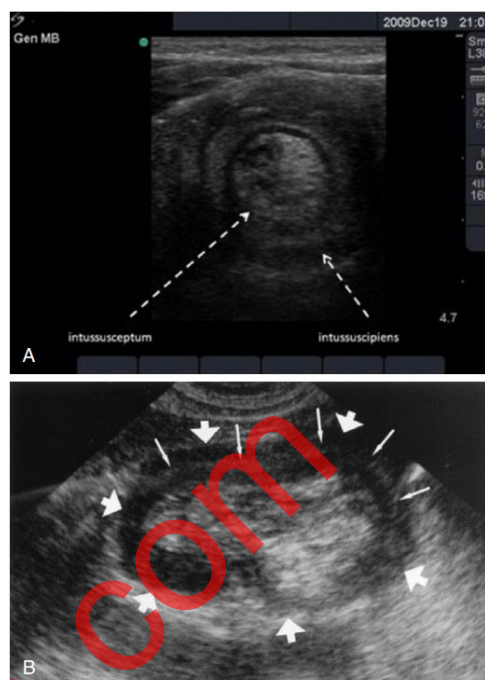


Fig. 81.9 Ultrasound of Intussusception. (A) Transverse view showing donut or target shape, with multiple concentric rings. (B) Oblique-transverse view on ultrasound showing a kidney-shaped mass (pseudo-kidney sign). Large arrows indicate the outer margin of the bowel; small arrows indicate the contiguous surfaces of the telescoping bowel. (A, From Riera A, Hsiao AL, Langhan ML, et al. Diagnosis of intussusception by physician novice sonographers in the emergency department. *Ann Emerg Med.* 2012;60:264–268. B, From Dean AJ, Lafferty K, Villanueva TC. Emergency medicine bedside ultrasound diagnosis of intussusception in a patient with chronic abdominal pain and unrecognized Peutz-Jeghers syndrome. *J Emerg Med.* 2003;24:203–210.)

کولونوسکوپی

کولونوسکوپی در تعیین ضایعه عامل انواژیناسیون مفید است اما معمولاً خود انواژیناسیون را تشخیص نمی‌دهد.

مدیریت

مدیریت انواژیناسیون در بخش اورژانس حمایتی است و با هدف بهینه سازی وضعیت مایعات، مدیریت درد بیمار، رفع فشار معده با لوله نازوگاستریک، تشخیص پرفوراسیون، تجویز آنتی بیوتیک‌ها در صورت مشکوک بودن به روده آسیب دیده، و تأمین مشاوره جراحی مناسب در صورت لزوم انجام می‌شود. گاهی اوقات، انواژیناسیون ممکن است به طور خود به خود برطرف شود، اما ارزیابی برای رد کردن یک نقطه پیشرو پاتولوژیک همچنان باید دنبال شود.

در انواژیناسیون اطفال، درمان انتخابی برای کودک پایدار، یک دوره آزمایشی جاندازی پنوماتیک با هدایت اشعه ایکس، یا جاندازی هیدرواستاتیک با هدایت

رادیوگرافی ساده

رادیوگرافی ساده یک آزمایش غربالگری منطقی در بیماری است که مشکوک به انسداد روده است اما معمولاً تنها اتساع غیراختصاصی روده بزرگ را نشان می‌دهد.

توموگرافی کامپیوتری

CT مفیدترین آزمایش برای بیماران بزرگسال مشکوک به انواژیناسیون است اما ممکن است همیشه خود انواژیناسیون را تشخیص ندهد. یافته‌های مشخصه در CT شامل یک توده بافت نرم به شکل هدف یا سوسیس با اثر لایه بندی، همراه با عروق مزانتریک در لومن روده است (به شکل 81-10 و B مراجعه کنید).

بیماران اغلب چاق هستند یا دیابت، بیماری کرون، بیماری التهابی لگن یا دیورتیکولیت دارند. توده حساسی ممکن است در معاینه رکتال یا لگنی لمس شود، اما آبسه اغلب در سی‌تی‌اسکن انجام شده برای ارزیابی بیمار با علائم قابل توجه اما بدون علت شناسایی شده، کشف می‌شود. درمان جراحی اورژانسی برای درناژ آبسه و اکسیژون شبکه فیستولی اندیکاسیون دارد.

آبسه پسامقعدی. آبسه‌های پسامقعدی غیرمعمول هستند و در خلف رکتوم، در عمق اسفنکتر خارجی و پایین‌تر از لواتور آنی رخ می‌دهند. بیماران ناراحتی شدید رکتال و درد دنبالچه را تجربه می‌کنند. آنها معمولاً تب دارند و درد مداومی دارند که با تغییر وضعیت تغییر نمی‌کند. معاینه رکتال دردناک است و درناژ مقعدی نادر است. بسیاری از این آبسه‌ها در مراجعه اولیه، مگر اینکه سی‌تی‌اسکن انجام شود، از دست می‌روند. این آبسه‌ها نیاز به مشاوره و مدیریت جراحی دارند.

آبسه نعل اسبی. آبسه بزرگ، ارتباطی و نعل اسبی شکل ممکن است در فضاهای ایسکیورکتال، بین اسفنکتری یا سوپرالواتور تشکیل شود. وسعت این آبسه‌ها با سی‌تی‌اسکن مشخص می‌شود و مدیریت جراحی لازم است.

عفونت نکروزان. تأخیر در مدیریت آبسه آنورکتال ممکن است منجر به تخریب بافت اطراف شود، به ویژه در بیماران دیابتی یا دچار نقص ایمنی، سلولیت گسترده، بافت نکروزه یا شناسایی گاز در رادیوگرافی مطرح کننده احتمال فاشییت نکروزان، گانگرن فورنیه یا کزاز است. درمان در فصل 126 شرح داده شده است و شامل دبریدمان جراحی گسترده و به‌موقع، تجویز آنتی‌بیوتیک‌های وریدی با پوشش بی‌هوازی مانند ترکیبی از پپراسیلین (4,5 گرم وریدی هر 8 ساعت)، وانکوماسین (15 تا 20 میلی گرم/کیلوگرم هر 8 تا 12 ساعت) و کلیندامایسین (900 میلی گرم وریدی هر 8 ساعت)، و پروفیلاکسی کزاز است.

آنها در خارج از عضلات اسفنکتر در باسن تشکیل می‌شوند و بیماران عموماً با شکایت درد شدید مراجعه می‌کنند. تشخیص در صورت مشاهده توده سفت (indurated) در باسن مشخص است اما گاهی اوقات آبسه در عمق بافت قرار دارد و از بیرون قابل شناسایی نیست. بیماران ممکن است تب و/یا لکوسیتوز داشته باشند. سونوگرافی ممکن است برای تعیین محل تجمع مایع و هدایت آسپیراسیون مفید باشد، به‌ویژه اگر سفتی قابل توجهی وجود نداشته باشد. اگرچه اکثر این آبسه‌ها نیاز به درناژ دارند که با بیمار تحت بیهوشی عمومی انجام می‌شود، آبسه‌های سطحی را می‌توان در بخش اورژانس درمان کرد. اگر بیمار تب داشته باشد، ما یک دوره کونام آنتی‌بیوتیک، مانند سفازولین 1 گرم عضلانی یا وریدی تجویز شده قبل از درناژ، و به دنبال آن سفالکسین 500 میلی گرم خوراکی چهار بار در روز به مدت 5 تا 7 روز را توصیه می‌کنیم.

آبسه بین اسفنکتری. یک چهارم آبسه‌ها در فضای بین اسفنکتری تشکیل می‌شوند که در عمق اسفنکتر خارجی و پایین‌تر از لواتور آنی قرار دارد. عفونت به سمت بالا حرکت می‌کند و ممکن است به صورت توده‌ای در رکتوم ظاهر شود و با هموروئید داخلی ترومبوزه اشتباه گرفته شود. بیماران فشار مداوم رکتال و درد ضربان داری را گزارش می‌دهند که با دفع یا نشستن تشدید می‌شود. این بیماران همچنین ممکن است تب و/یا لکوسیتوز داشته باشند که نه علائم حساس و نه اختصاصی هستند. شواهد خارجی التهاب ممکن است وجود نداشته باشد، اما معاینه رکتال توده سفت و گاهی در حال درناژ را نشان می‌دهد. فیستول‌های همراه و لنفادنوپاتی اینگوینال شایع هستند. مشاوره جراحی و تصویربرداری پیشرفته، مانند سی‌تی‌اسکن یا فیستولوگرام، برای ارزیابی و درمان کل شبکه آبسه و فیستول لازم است.

آبسه سوپرالواتور. آبسه‌های سوپرالواتور، که کمتر از 5٪ آبسه‌های آنورکتال را ایجاد می‌کنند، به صورت درد اطراف مقعدی و باسن همراه با تب و اغلب، لکوسیتوز همراه تظاهر می‌یابند. شواهد خارجی معمولاً وجود ندارد، که اغلب منجر به تأخیر در تشخیص دقیق می‌شود.

3- بیماری با سابقه سیروز قبلی با تشدید زردی و تورم شکم مراجعه می‌کند. در آنالی از مایع آسیت تعداد 350 نوتوفیل در هر میکرولیتر دیده می‌شود. کشت مایع آسیت ارسال شده است. کدام درمان منطقی است؟

الف) سفوتاکسیم (ب) وانکومايسين (ج) آمیکاسین (د) کلیندامایسین

4- خانم 65 ساله با سابقه دیابت و گاستروپارزی به علت تهوع و استفراغ به اورژانس مراجعه می‌کند. علایم حیاتی پایدار است. داروی مناسب جهت رفع مشکل تهوع کدام است؟

الف) دروپریدول (ب) دکزامتازون (ج) اندانسترون (د) متوکلوپرامید

5- مرد 45 ساله‌ای با درد شدید قفسه سینه و اپیگاستر با شروع از صبح روز مراجعه به اورژانس آورده می‌شود. درد بیمار به پشت تیز می‌گردد و همراه تنگی نفس و استفراغ غیر صفاوی شدید می‌باشد. بیمار سابقه رفلاکس و دیس پپسی را ذکر می‌کند. در معاینه تاکیکارد و تاکی پنیک است ولی تب و علایم سیستمیک ندارد. سمع قلب جز تاکیکاردی طبیعی است و سمع ریه‌ها، کاهش صداهای تنفسی سمت راست را نشان می‌دهد. در معاینه شکم تندرست اپیگاستر وجود دارد. نوار قلبی بیمار نرمال است. جهت بیمار اقدام به تعیبه شوند معده می‌شود که ناموفق است. عکس قفسه سینه بیمار را مشاهده می‌کنید:



کدام تشخیص محتمل‌تر است؟

الف) فلج دیافراگم (ب) ولولوس معده (ج) کیست هیداتیک کبد (د) آبسه ریه

6- مرد 30 ساله‌ای با سابقه بیماری التهابی روده و تحت درمان با سولفاسالازین و آزاتیوپرین، با تشدید علایم به صورت تب، بی‌اشتهایی، تکرر اجابت مزاج همراه خونریزی، درد و اتساع شکم به اورژانس مراجعه می‌کند. علایم وی با شروع درمان ضد افسردگی اخیر آغاز شده و پیشرفت کرده است. در گرافی ساده شکم، قطر کولون عرضی، 7 سانتی‌متر است. تمام درمان‌های زیر را پیشنهاد می‌شود بجز:

الف) هیدروکورتیزون (ب) ایمی پنم (ج) هیدراتاسیون (د) کولونوسکوپی دکمپرسیو