

مجموعه ترجمه و تلخیص دانشنامه

طب اورژانس

روزن ۲۰۲۲

بیماری های سیستم تنفس

همراه با نمونه سوالات سال های گذشته

مترجمین

دکتر آریتا عظیمی میبدی

بورده تخصص طب اورژانس

دانشجوی دکتری مدیریت سلامت حوادث و بلایا

دکتر مهدی ابراهیمی

بورده تخصص طب اورژانس

عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر هومن اصفهانی

بورده تخصص طب اورژانس

عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر امیرحسین چیت گریان

بورده تخصص طب اورژانس

دکتر امید شکوهی

رتبه دوم بورده تخصص کشوری

استادیار دانشگاه علوم پزشکی همدان

دکتر زهرا گلشن

بورده تخصص طب اورژانس

دکتر سید علی میربد

بورده تخصص طب اورژانس

عضو هیات علمی دانشکده پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی نجف آباد

سرپرست مترجمین

دکتر آریتا عظیمی میبدی

با مقدمه

دکتر فرهاد حیدری

دانشیار گروه طب اورژانس دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۷.....	فصل ۵۹ : آسم.....
۲۷.....	فصل ۶۰ : بیماری مزمن انسدادی ریه (COPD).....
۴۳.....	فصل ۶۱ : عفونت‌های مجاری فوقانی تنفسی.....
۶۵.....	فصل ۶۲ : پنومونی.....
۸۳.....	فصل ۶۳ : بیماری‌های جنب (Pleural disease).....
۹۹.....	ضمیمه ۱ : تست‌های سؤالات مورد و ارتقا سال‌های اخیر (۱۴۰۰-۱۴۰۲).....

artinteb.com

مقدمه

به یاری ایزد یکتا

در دنیای پزشکی، بیماری‌های دستگاه تنفسی به عنوان یکی از چالش‌های عمده در مراجعین به بخش اورژانس شناخته می‌شوند. این بیماری‌ها می‌توانند به سرعت وضعیت بیمار را به خطر بیندازند و نیاز به تشخیص و درمان فوری دارند. اهمیت این بیماری‌ها به چندین عامل بستگی دارد:

شیوع بالا: بیماری‌های تنفسی مانند آسم، بیماری مزمن انسدادی ریه (COPD) و عفونت‌های تنفسی، از جمله شایع‌ترین مشکلات بهداشتی در جوامع مختلف هستند و به طور مکرر بیماران را به اورژانس می‌آورند.

عوارض جدی: عدم تشخیص و درمان به موقع این بیماری‌ها می‌تواند منجر به عوارض جدی، از جمله نارسایی تنفسی، بستری شدن در بیمارستان و حتی مرگ شود.

تأثیر بر کیفیت زندگی: بیماری‌های تنفسی می‌توانند به شدت کیفیت زندگی بیماران را تحت تأثیر قرار دهند و توانایی آن‌ها در انجام فعالیت‌های روزمره را محدود کنند.

کتاب حاضر، ترجمه‌ای از فصول بیماری‌های تنفسی کتاب معتبر "روزن ۲۰۲۳" است که به عنوان یک مرجع اصلی برای متخصصین طب اورژانس شناخته می‌شود. این کتاب شامل مباحثی از قبیل پاتوفیزیولوژی، تشخیص، مدیریت و درمان بیماری‌های شایع و نادر دستگاه تنفسی می‌باشد.

مطالب به طور کامل و جامع ترجمه شده است، لذا این کتاب می‌تواند به عنوان یک منبع مهم، نه تنها به ارتقاء دانش علمی و بالینی در زمینه بیماری‌های دستگاه تنفسی کمک کند، بلکه به بهبود کیفیت مراقبت‌های اورژانسی نیز بیانجامد.

این ترجمه با تلاش و دقت خانم دکتر آریتا عظیمی و تیم همکاران انجام شده است. از ایشان به خاطر تلاش‌های ارزشمند و اختصاص وقت برای این پروژه، صمیمانه تشکر می‌نماییم.

امید است این اثر، ابزار مفیدی برای پزشکان و رزیدنت‌های طب اورژانس باشد و به آن‌ها در ارائه خدمات بهتر به بیماران یاری رساند.

دکتر فرهاد حیدری

دانشیار گروه طب اورژانس، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

نکات کلیدی

- داروهای استروئیدی استنشاقی و سیستمیک در کنترل التهاب راه‌های هوایی مؤثرند و نقش مهمی در مدیریت حملات آسم دارند.
- برونکودیلاتورهای استنشاقی و کورتیکواستروئیدهای سیستمیک همچنان اساس درمان بیشتر موارد حملات حاد آسم محسوب می‌شوند.
- آسم حاد شدید نیازمند شناسایی سریع است. درمان در این موارد ممکن است شامل روشهایی باشد که در حملات خفیف تا متوسط به کار نمی‌روند، مانند انفوزیون سولفات منیزیم، استفاده از تهویه غیر تهاجمی (NIV)، و لوله‌گذاری داخل‌نای.
- مدیریت تهویه مکانیکی در بیمار مبتلا به آسم که اینتوبه است، بسیار حیاتی است و شامل استفاده از حجم جاری پایین (۶ تا ۸ میلی‌لیتر به ازای هر کیلوگرم وزن بدن) و سرعت تنفس پایین، اغلب کمتر از ۱۰ تنفس در دقیقه، می‌باشد.
- نرمال بودن فشار نسبی دی‌اکسید کربن (PaCO_2) در یک بیمار باردار نشان‌دهنده هیپرکاری یا افزایش غیرطبیعی CO_2 است.
- افزایش سطح اسید لاکتیک در بیماران آسمی بدحال شایع است و لزوماً نشان‌دهنده وخامت وضعیت یا پیش‌آگهی بد نیست.
- دوره زمانی مدیریت آسم حاد در بخش اورژانس در حال گسترش است (تا ۲۴ ساعت)، چراکه بیماران آسمی غیر بحرانی بیشتر در واحدهای تحت نظر (Observation Units) تحت درمان قرار می‌گیرند.

- برای جلوگیری از عود آسم، ادامه درمان بیماران ترخیص‌شده از بخش اورژانس با راهبرد درمان طولانی مدت ضروری است. این موضوع مستلزم آن است که پزشکان با داروهای کنترل‌کننده مانند کورتیکواستروئیدهای استنشاقی و بتا آگونیست‌های طولانی‌اثر آشنا باشند.

مبانی

پیش‌زمینه و اهمیت

واژه آسم از واژه یونانی « $\alpha\sigma\theta\mu\alpha$ » گرفته شده که به معنای «تنفس نفس زدن» است و در ابتدا به عنوان مترادفی برای «تنگی نفس» به کار می‌رفت. در سال ۱۶۹۸، فلویور (Floyer) کتابی تحت عنوان *A Treatise of the Asthma* منتشر کرد که در آن تلاش نمود آسم را به طور دقیق‌تری از سایر بیماری‌های ریوی تفکیک کند. تعاریف بعدی از آسم، بر مفاهیمی همچون بیش‌واکنشی راه‌های هوایی ($\text{airway hyperresponsiveness}$)، برونکواسپاسم، انسداد برگشت‌پذیر راه هوایی، و التهاب تأکید دارند؛ مفاهیمی که بیانگر وجوه مختلف این بیماری پیچیده هستند. در سال ۲۰۱۷، برآورد شد که ۴۲/۶ میلیون نفر از آمریکایی‌ها در طول زندگی خود توسط یک متخصص سلامت مبتلا به آسم تشخیص داده شده‌اند. شیوع آسم در کودکان بیشتر از بزرگسالان، در زنان بیشتر از مردان، و در آمریکایی‌های آفریقایی‌تبار و پورتوریکویی‌ها بیشتر از سفیدپوستان یا سایر اقلیت‌های اسپانیایی‌تبار گزارش شده است (شکل ۱-۵۹). همچنین، آسم در میان افراد کم‌درآمد و در منطقه شمال‌شرقی ایالات متحده شیوع بیشتری دارد (شکل ۲-۵۹).

بیماری مزمن انسدادی ریه (COPD)

نکات کلیدی

- بیماری مزمن انسدادی ریه (COPD) یک بیماری شایع، قابل پیشگیری و درمان پذیر است که با علائم تنفسی پایدار و محدودیت جریان هوا در سیستم تنفسی شناخته می شود و معمولاً ناشی از مواجهه زیاد با ذرات یا گازهای مضر است که به اختلالات مجاری هوایی یا آلونل ها منجر می شود.
- حمله COPD به معنای بدتر شدن علائم نسبت به حالت پایه فراتر از نوسانات روزانه و نیاز به درمان اضافی است. علت های شایع آن شامل عفونت های ویروسی، عفونت های باکتریایی، آلاینده های محیطی، ذرات معلق، بیماری های ترومبوتیک، یا تغییرات دمایی است.
- شایع ترین علائم در حمله COPD عبارت اند از: تنگی نفس، سرفه، افزایش تولید خلط، و چرکی شدن خلط. این علائم ناشی از التهاب راه هوایی، افزایش تولید موکوس، و به دام افتادن هوا در ریه ها هستند.
- درمان شامل بتا-آگونیست های سریع الأثر استنشاقی مانند آلبوترول، آنتی کولینرژیک های کوتاه اثر مانند ایپراتروپیوم، و گلوکوکورتیکوئیدها مانند پردنیزون است.
- آنتی بیوتیک ها باید برای بیماران مبتلا به حملات COPD که دارای علائم عفونت دستگاه تنفسی تحتانی، افزایش خلط چرکی، یا نارسایی تنفسی هستند، تجویز شوند. انتخاب آنتی بیوتیک به صورت تجربی و بر اساس الگوهای مقاومت محلی به باکتری هایی مانند *Moraxella catarrhalis*، *Streptococcus pneumoniae* و *Haemophilus influenzae* انجام می شود؛ و شامل داروهایی مانند آموکسی سیلین/کلاوولانات، ماکرولیدها، یا تتراسایکلین ها است.
- بیماران مبتلا به COPD به دلیل سبک زندگی کم تحرک و التهاب مزمن در معرض خطر بالای بیماری

- ترومبوآمبولیک هستند. اگر بیماری با درد پلوریتیک قفسه سینه یا علائم نارسایی قلبی در غیاب عامل عفونی بستری شود، باید از نظر آمبولی ریه بررسی شود.
- بیماران با حمله COPD اغلب با تاکی آریتمی ها از جمله فیبریلاسیون دهلیزی، فلاتر دهلیزی، یا تاکی کاردی دهلیزی چندکانونی مراجعه می کنند.
- اکسیژن درمانی باید با هدف حفظ اشباع اکسیژن بین ۸۸ تا ۹۲ درصد انجام شود.
- در حملات شدید، الگوی تنفس سریع و سطحی باعث کاهش زمان بازدم، هیپراينفلیشن، افزایش حجم فضای مرده تنفسی، و خستگی عضلات تنفسی می شود.
- تهویه غیرتهاجمی BiPAP خط اول درمان برای بیماران با نارسایی تنفسی هایپرکاپنیک و حمله حاد COPD است، مگر اینکه بیمار دچار بی ثباتی همودینامیک، بی قراری شدید، یا ایست تنفسی شده باشد. استفاده از NIV باعث کاهش مرگ و میر، کاهش نیاز به لوله گذاری، و کاهش طول مدت بستری می شود.
- در صورت نیاز به لوله گذاری و تهویه مکانیکی، اولویت ها شامل کاهش کار تنفسی بیمار و محدود کردن هیپراينفلیشن دینامیک است. این کار با کاهش سرعت تنفس (۱۰ تا ۱۴ تنفس در دقیقه) و حجم جاری کمتر از ۸ میلی لیتر به ازای هر کیلوگرم وزن ایده آل انجام می شود. اسیدوز تنفسی با pH بالای ۷/۲ قابل تحمل است و نیازی به اصلاح از طریق تهویه نیست.
- همه بیمارانی که از اورژانس ترخیص می شوند، باید آموزش در مورد ترک سیگار و تکنیک صحیح استفاده از استنشاقی ها را دریافت کنند و اگر واکسیناسیون پنوموکوک و آنفلوآنزا انجام نشده باشد، باید برای آنها انجام شود.

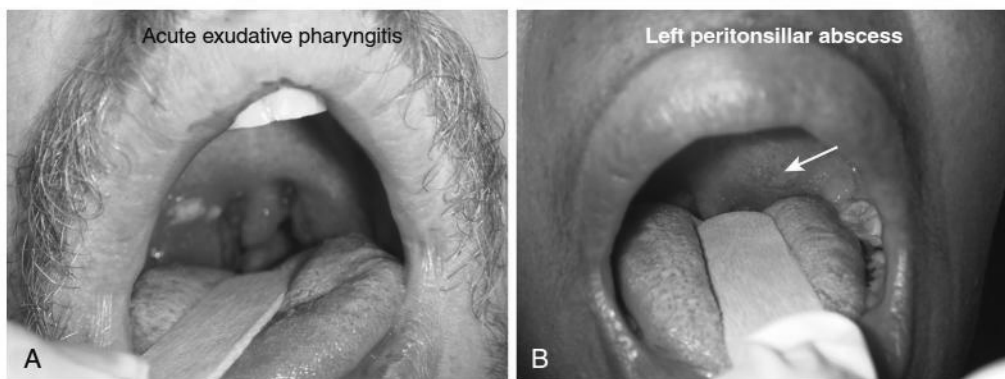


Fig. 61.7 Exudative pharyngitis versus peritonsillar abscess. Photograph A depicts acute exudative pharyngitis with tonsillar enlargement, erythema, and exudate. Photograph B shows left tonsillar bulging displacing the uvula to the right. (From Rivello RJ. Otolaryngologic procedures. In: Roberts JR, Custalow CB, Thomsen TW, eds. *Roberts and Hedges' Clinical Procedures in Emergency Medicine and Acute Care*, 7th edition. Philadelphia: Elsevier; 2019: Figure 63.7)



Fig. 61.8 Intraoral ultrasound with an endocavitary probe demonstrating a hypoechoic collection consistent with a peritonsillar abscess. (Image courtesy of Dr. Lindsay Beardon.)

BOX 61.2 Differential Diagnosis of Suppurative Pharyngeal Infections

Retropharyngeal cellulitis and retropharyngeal abscess
Parapharyngeal abscess
Peritonsillar abscess
Retropharyngeal tumors
Tendinitis of the longus colli muscle
Meningitis
Hematoma secondary to trauma
Carotid artery aneurysm

تست‌های تشخیصی

اگرچه تشخیص ممکن است به صورت بالینی انجام شود، اولتراسوند و سی تی اسکن با کنتراست به افتراق بین سلولیت و آبسه، شناسایی عفونت‌های فضای عمقی و بررسی ویژگی‌های آبسه کمک می‌کنند. اولتراسوند ترانس سرویکال در کودکان مفید است. استفاده از پروب خطی زیر فک می‌تواند تجمع مایعات پری‌تونسیلار را شناسایی کند.

در کودکان، استفاده از اولتراسوند به عنوان اولین روش تشخیصی می‌تواند بدون افزایش دفعات مراجعه مجدد، طول مدت بستری را کاهش دهد. در بزرگسالان بدون ترسیموس، اولتراسوند داخل دهانی ابزاری مفید برای شناسایی آبسه است (شکل ۸-۶۱). هر دو روش ترانس سرویکال و داخل دهانی محدودیت‌هایی دارند، از جمله امکان تفسیر اشتباه آبسه پارافارنژیال به عنوان آبسه پری‌تونسیلار.

سی تی اسکن با کنتراست در موارد زیر توصیه می‌شود:

- عدم امکان یا محدودیت استفاده از اولتراسوند.
- تورم بیشتر از حد انتظار در بیماری که تابلوی بالینی خفیف دارد.
- نگرانی از عفونت فضای عمقی. شکل ۹-۶۱ A و B

درمان

سلولیت پری‌تونسیلار و آبسه داخل لوزه‌ای تنها نیاز به درمان دارویی دارند. گزینه‌های آنتی‌بیوتیکی در جدول ۳-۶۱ ذکر شده‌اند. درمان کمکی با یک دوز کورتیکواستروئید

است به بیمارانی با علائم دیگر عفونت یا نارسایی قلبی محدود شود.

اگرچه عامل ایجادکننده را نمیتوان تنها با نتایج رادیوگرافی قفسه سینه تعیین کرد، الگوهای رادیوگرافیک خاصی ممکن است احتمال پاتوژن‌های خاص را نشان دهند. در پنومونی‌های باکتریایی پیوژنیک، رادیوگرافیها معمولاً ناحیه‌ای از نفوذ سگمنتال یا ساب‌سگمنتال و برونکوگرامهای هوایی را نشان می‌دهند (شکل ۱-۶۲).

تراکم لوپار در چند مورد از پنومونی باکتریایی وجود دارد که اغلب توسط پنوموکوک‌ها یا کلبسیلا ایجاد می‌شود. انفیلتراسیون لوپار متراکم با ظاهر شکاف برجسته در رادیوگرافی قفسه سینه اغلب با پنومونی ناشی از کلبسیلا توصیف می‌شود، اما این یافته غیر اختصاصی است و بیشتر موارد به صورت برونکوپنومونی ظرفیتر ظاهر می‌شوند.

پنومونی ناشی از گسترش عفونت در طول راه هوایی داخل لوبی منجر به انفیلتراسیون‌های کرکی یا لکه‌ای در نواحی درگیر ریه می‌شود. طیف گسترده‌ای از باکتری‌ها و عوامل مانند کلامیدوفیلا، مایکوپلازما و لژیونلا، ویروسها و قارچها ممکن است این الگو را ایجاد کنند.

مجموعه‌ای از معیارهای خاص برای تشخیص که بتواند موثرتر از قضاوت بالینی یک پزشک با تجربه باشد، دشوار است. رادیوگرافی قفسه سینه روتین برای همه بیماران با سرفه ضروری نیست. سی تی اسکن قفسه سینه حساستر از رادیوگرافی ساده برای تشخیص وجود انفیلتراسیون ریوی است، اگرچه تاریخچه طبیعی پنومونی مثبت در CT و منفی در رادیوگرافی ساده مشخص نیست. CT قفسه سینه باید در بیمارانی مانند بزرگسالان مسن تر یا کسانی با بیماریهای همراه قابل توجه که شناسایی انفیلتراسیون‌های ظرفی در آنها موجب تغییر روش درمان می‌شود در نظر گرفته شود. در بزرگسالان جوان سالم با تشخیص احتمالی پنومونی که به عنوان بیماران سرپایی درمان میشوند، ممکن است رادیوگرافی قفسه سینه انجام نشود مگر اینکه مشکوک به نقص ایمنی یا ویژگی‌های غیرمعمول بیماری باشند. رادیوگرافی قفسه سینه باید در صورت پاسخ اولیه ضعیف به درمان انجام شود. انجام روتین رادیوگرافی قفسه سینه برای بیماران با تشدید برونشیت مزمن، آسم یا COPD بازده کمی دارد و ممکن



Fig. 62.1 Posteroanterior Chest Radiograph Reveals Left Upper Lobe Pneumonia. A variety of organisms can produce this pattern, usually *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, or gram-negative bacilli, but also *Chlamydophila pneumoniae*, *Mycoplasma*, or *Legionella* spp.

پنوموتوراکس خودبخودی ثانویه

برای بیماران مبتلا به پنوموتوراکس خودبه‌خود ثانویه که اندازه آن کوچک و کمتر از یک سانتیمتر است، بستری شدن یا قرار گرفتن در واحد مراقبت‌های اورژانس برای درمان با اکسیژن و حداقل ۲۴ ساعت مراقبت مناسب است. پنوموتوراکس خودبه‌خود ثانویه احتمال بیشتری برای شکست در مراقبت دارد، به همین دلیل بستری شدن توصیه می‌شود. در بیماران با پنوموتوراکس خودبه‌خود ثانویه با اندازه متوسط (۱-۲ سانتی‌متر)، در ابتدا انجام آسپیراسیون ساده با سوزن مناسب است. اگر آسپیراسیون موفقیت‌آمیز باشد و پنوموتوراکس از بین رفته یا اندازه آن کمتر از ۱ سانتی‌متر شود، بیمار باید برای ۲۴ ساعت بستری شود یا در واحد مراقبت‌های اورژانس تحت نظر قرار گیرد. اگر پنوموتوراکس بزرگتر از ۲ سانتی‌متر باشد یا آسپیراسیون ساده موفق نباشد، توصیه می‌شود که چست تیوب سایز کوچک یا کاتتر پیگ‌تیل سایز ۸ تا ۱۴ گذاشته شود.

بیمارانی که دچار دیسترس تنفسی هستند، کسانی که دچار تشن پنوموتوراکس هستند، بیمارانی که احتمالاً به ونتیلاسیون مکانیکی نیاز دارند، و افرادی که هموتوراکس یا پلورال افیوژن دارند، ممکن است برای اتساع کامل ریه به چست تیوب نیاز داشته باشند. در این موارد، از یک لوله قفسه‌سینه با اندازه متوسط (سایز ۱۴ تا ۲۸) استفاده می‌شود. لوله‌های با قطر بزرگتر از ۲۸ ممکن است برای بیماران مبتلا به هموتوراکس یا نشت هوای حجیم ضروری باشند، اما معمولاً در موارد پنوموتوراکس خودبه‌خود نیاز نیستند.

پس از قرار دادن چست تیوب، این لوله به یک سیستم نفوذ ناپذیر محتوی آب (Water Seal Device) متصل می‌شود و تا زمانی که ریه به‌طور کامل متسع شود و نشت هوا متوقف شود، متصل باقی می‌ماند. استفاده روتین از مکش (Suction) نه سرعت اتساع مجدد ریه را افزایش می‌دهد و نه نتایج بیمار را بهبود می‌بخشد و دیگر توصیه نمی‌شود.

استفاده از مکش با فشار ۲۰ سانتی‌متر آب تنها در شرایطی توصیه می‌شود که ریه پس از تخلیه با استفاده از سیستم محتوی آب یا دریچه هایملیخ (Heimlich Valve) طی ۲۴ تا ۴۸ ساعت متسع نشود.

آسپیراسیون سوزنی معمولاً با استفاده از کیت توراکوستنز انجام می‌شود که معمولاً شامل یک کاتتر سایز ۸ بر روی یک سوزن سایز ۱۸ و یک رابط سه‌طرفه است. در تکنیک آسپیراسیون سوزنی، پس از آماده‌سازی و پوشش استریل بیمار و تزریق بی‌حسی موضعی، یک کاتتر کوچک در یکی از فضاهای بین‌دنده‌ای قدامی دوم در خط میانه‌ترقه‌ه یا به صورت جانبی در فضای چهارم یا پنجم بین‌دنده‌ای در خط قدامی زیر بغل قرار داده می‌شود، سپس رابط سه‌طرفه وصل می‌شود و یک سرنگ بزرگ برای آسپیراسیون هوا تا زمانی که به مقاومت برخورد شود، استفاده می‌شود. سپس کاتتر خارج می‌شود. اگر در رادیوگرافی سینه تکراری پس از دوره مراقبت، هیچ‌گونه بازگشت پنوموتوراکس مشاهده نشود، بیمار می‌تواند با دستور پیگیری دقیق از بیمارستان مرخص شود. موفقیت آسپیراسیون با کاتتر زمانی بیشتر است که بیمار کمتر از ۵۰ سال سن داشته باشد یا حجم هوای آسپیره شده کمتر از ۲/۵ لیتر باشد. آسپیراسیون حجم‌های بیشتر هوا نشان‌دهنده نشت هوای پیوسته است. اگر آسپیراسیون نتواند ریه را به طور کامل متسع کند، باید یک چست تیوب با قطر کوچک (سایز ۸ تا ۱۴) قرار داده شود.

برای اکثر بیماران مبتلا به پنوموتوراکس اولیه خودبه‌خود که نیاز به تخلیه فضای پلورا دارند، قرار دادن یک لوله با قطر کوچک یا کاتتر پیگ‌تیل کافی است، زیرا نشت هوا معمولاً جزئی است. لوله‌های با قطر کوچک به راحتی وارد می‌شوند و به خوبی توسط بیماران تحمل می‌شوند و پس از برداشتن آن‌ها تنها اسکار کوچکی به جا می‌ماند. عوارض لوله‌های با قطر کوچک شامل خمیدگی، قرارگیری نادرست، خروج ناخواسته کاتتر، انسداد به دلیل مایع پلورا یا خون لخته‌شده، و عدم موفقیت به دلیل نشت مداوم و حجیم هوا است. کاتترهای پیگ‌تیل نتایج مشابهی با لوله‌های با قطر کوچک دارند و به راحتی با استفاده از تکنیک سلدینگر قرار داده می‌شوند. قبلاً به‌طور سنتی، بیماران با چست تیوب یا کاتترهای جایگذاری شده، در بیمارستان کنترل و مدیریت می‌شدند، اما افرادی که دسترسی به پیگیری دقیق در محیط سرپایی دارند، می‌توانند در خانه با استفاده از یک دریچه یک‌طرفه هایملیخ که شامل یک دریچه فلوتری یک‌طرفه پوشیده‌شده با پلاستیک شفاف است، درمان شوند.

روش انتخابی مناسب برای مدیریت بیمار کدام است؟

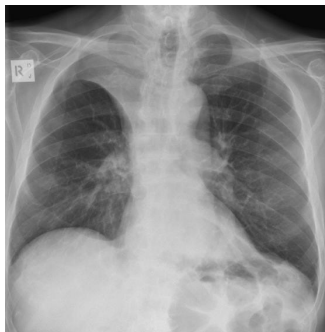
الف) C-PAP

ب) Bi-PAP

ج) RSI و سپس تهویه مکانیکی

د) کریکوتیروتومی سوزنی و Jet ventilation

۵۰ ساله با سابقه COPD به علت تب و تشدید تنگی نفس به اورژانس مراجعه می‌کند. درمان‌های استاندارد جهت بیمار شروع می‌شود. گرافی قفسه سینه بیمار را مشاهده می‌کنید:



محتمل‌ترین تشخیص کدام است؟

الف) پنوموتوراکس

ب) پنومونی

ج) آمبولی ریه

د) آتلکتازی

ارثقا ۱۴۰۰

۱- مرد ۶۰ ساله که دچار کانسر متاستاتیک می‌باشد به دنبال توراکوسنتز علامتی دو لیتر مایع پلور دچار سرفه و خلط کف آلود می‌گردد. محتمل‌ترین علت کدام است؟

الف) آمبولی ریه

ب) پنوموتوراکس فشاری

ج) سندرم زجر تنفسی بالغین

د) ادم ریه ناشی از پروسیجر

۲- بیمار آقای ۵۰ ساله سیگاری از روز گذشته دچار درد خفیف گلو به ویژه در حین بلع بوده است. نیمه شب به علت درد شدید گلو به اورژانس مراجعه کرده است. بیمار تحمل بلع بزاق هم ندارد و آبریزش از دهان دارد. در معاینه در ظاهر هیچ تورمی ندارد. در لمس گردن تنها تندرینس خط وسط دارد ولی هیچ توده‌ای لمس نمی‌شود. در مشاهده ته حلق تنها اریتم حلق دارد ولی تورم و اکزودا ندارد. گرافی نیم رخ گردن بیمار را مشاهده می‌نمایید:



محتمل‌ترین تشخیص کدام است؟

الف) آبسه رتروفارنژیال

ب) اپیگلوتیت حاد

ج) آبسه پارافارنژیال

د) آنژین لودویگ