

مجموعه پرسش‌ها و پاسخ‌های تشریحی

آزمون ارتقا

داخلی ۱۴۰۴

گردآوری و تالیف

دکتر سیدمجتبی نكوقدم

متخصص بیماری‌های داخلی

استادیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

رتبه یک‌مورد تخصصی ۱۳۹۴

دکتر نسترن دانش‌فرد

دکتر فرناز وثوق

مورد تخصصی بیماری‌های داخلی

دکتر الهام‌سادات بنی‌هاشمی

دستیار بیماری‌های داخلی دانشگاه علوم پزشکی تهران



با عرض سلام و آرزوی بهروزی برای همه دستیاران عزیز داخلی
کتاب پیش رو که توسط جمعی از همکاران ساعی و نخبه‌ی شما و با کمک‌های همیشگی
انتشارات آرتین طب به زینت تألیف و چاپ آراسته شده است و حقیقتاً رویکرد نوینی در
پاسخگویی به سوالات ارتقای رشته‌ی داخلی را در پیش گرفته است، کمک شایانی به فهم
عمیق نکته‌های تستی و امتحانی نموده و مرور آن علاوه بر سوالات ارتقا، جهت آمادگی
آزمون گواهینامه و بوردا نیز بسیار مفید و اثربخش خواهد بود. امید که توانسته باشیم
گامی هرچند کوچک در مسیر رشد و ارتقای علمی دستیاران علاقه‌مند داخلی برداریم.

آزمون ارتقا داخلی ۱۴۰۴ ۷

artinteb.com

آزمون ارتقاء تخصصی داخلی ۱۴۰۴

۱- آقای ۶۵ ساله با سابقه بیماری عروق کرونر قلب که ۶ ماه پیش استنت دارویی دریافت کرده است، تحت درمان ضد پلاکتی دوگانه با آسپرین ۸۰ میلی گرم و کلوپیدوگرل ۷۵ میلی گرم روزانه است. بیمار با شکایت دیس پپسی به شما مراجعه کرده است و با توجه به کم خونی فقر آهن (هموگلوبین ۹ mg / dl و فریتین 3mg / dl) بیمار کاندید اندوسکوپی گوارشی فوقانی می باشد. وی هیچ بیماری همراه دیگری ندارد و وضعیت قلبی او پایدار است. مناسب ترین روش مدیریت درمان ضد پلاکتی او پیش از اندوسکوپی کدام است؟

الف) قطع آسپرین و کلوپیدوگرل ۵ روز قبل از اندوسکوپی

ب) قطع آسپرین و ادامه کلوپیدوگرل با دوز قبلی

ج) قطع آسپرین و قطع کلوپیدوگرل ۵ روز قبل از اندوسکوپی

د) ادامه آسپرین و کلوپیدوگرل بدون تغییر دوز

پاسخ: د

فصل ۳۳۳

TABLE 333-1 Antibiotic Prophylaxis for Endoscopic Procedures			
PATIENT CONDITION	PROCEDURE CONTEMPLATED	GOAL OF PROPHYLAXIS	PERIPROCEDURAL ANTIBIOTIC PROPHYLAXIS
All cardiac conditions	Any endoscopic procedure	Prevention of infective endocarditis	Not recommended
Bile duct obstruction in the absence of cholangitis	ERCP with complete drainage	Prevention of cholangitis	Not recommended
Bile duct obstruction in the absence of cholangitis	ERCP with anticipated incomplete drainage (e.g., sclerosing cholangitis, hilar strictures)	Prevention of cholangitis	Recommended; continue antibiotics after the procedure
Sterile pancreatic fluid collection (e.g., pseudocyst, necrosis), which communicates with pancreatic duct	ERCP	Prevention of cyst infection	Recommended; continue antibiotics after the procedure
Sterile pancreatic fluid collection	Transmural drainage	Prevention of cyst infection	Recommended
Solid lesion along upper GI tract	EUS-FNA or FNB	Prevention of local infection	Not recommended ^a
Solid lesion along lower GI tract	EUS-FNA or FNB	Prevention of local infection	Not recommended ^a
Cystic lesions along GI tract (including mediastinum and pancreas)	EUS-FNA or FNB	Prevention of cyst infection	Recommended
All patients	Percutaneous endoscopic feeding tube placement	Prevention of peristomal infection	Recommended ^b
Cirrhosis with acute GI bleeding	Recommended for all such patients, regardless of endoscopic procedures	Prevention of infectious complications and reduction of mortality	Recommended, upon admission ^c
Continuous peritoneal dialysis	Lower GI tract endoscopy	Prevention of bacterial peritonitis	Recommended
Synthetic vascular graft and other nonvalvular cardiovascular devices	Any endoscopic procedure	Prevention of graft and device infection	Not recommended ^d
Prosthetic joints	Any endoscopic procedure	Prevention of septic arthritis	Not recommended ^d

^aLow rates of bacteremia and local infection. ^bCefazolin or an antibiotic with equivalent coverage of oral and skin flora. ^cRisk for bacterial infection associated with cirrhosis and GI bleeding is well established; ceftriaxone or a quinolone antibiotic recommended. ^dVery low risk of infection.

Abbreviations: ERCP, endoscopic retrograde cholangiopancreatography; EUS-FNA, endoscopic ultrasound-fine-needle aspiration; EUS-FNB, endoscopic ultrasound-fine needle biopsy; GI, gastrointestinal.

Source: Reproduced with permission from MA Kashab et al: Antibiotic prophylaxis for GI endoscopy. Gastrointest Endosc 81:81, 2015.

TABLE 333-2 Management of Antithrombotic Drugs Prior to Endoscopic Procedures				
DRUG	BLEEDING RISK OF PROCEDURE	MANAGEMENT	INTERVAL BETWEEN LAST DOSE AND PROCEDURE	COMMENTS
Warfarin	Low ^a High ^b	Continue Discontinue	N/A 3–7 days (usually 5), INR should be ≤1.5 for procedure	Ensure that INR is not supratherapeutic Consider bridging therapy with low-molecular-weight heparin for patients at high risk of thrombosis; usually safe to resume warfarin on the same or next day For life-threatening GI hemorrhage, consider reversal with unactivated prothrombin complex concentrate
Dabigatran, rivaroxaban, apixaban, edoxaban	Low ^a	Hold morning dose on day of procedure	N/A	
Dabigatran	High ^b	Discontinue	2–3 days if GFR is ≥50 mL/min, 4–5 days if GFR is 30–49 mL/min	Bridging therapy not recommended; resume drug when bleeding risk is low For life-threatening GI hemorrhage, consider use of a reversal agent
Rivaroxaban, apixaban, edoxaban	High ^a	Discontinue	2 days if GFR is ≥60 mL/min, 3 days if GFR is 30–59 mL/min, 4 days if GFR is <30 mL/min	Bridging therapy not recommended; resume drug when bleeding risk is low For life-threatening GI hemorrhage, consider use of a reversal agent
Heparin	Low ^a High ^b	Continue Discontinue	N/A 4–6 h for unfractionated heparin	Skip one dose if using low-molecular-weight heparin
Aspirin	Any	Continue	N/A	Low-dose aspirin does not substantially increase the risk of endoscopic procedures
Aspirin with dipyridamole	Low ^a High ^b	Continue Discontinue	N/A 2–7 days	Consider continuing aspirin monotherapy
P2Y ₁₂ receptor antagonists (clopidogrel, prasugrel, ticlopidine, ticagrelor, cangrelor)	Low ^a High ^b	Continue Coronary stent in place: discuss with cardiologist No coronary stent: discontinue, consider substituting aspirin	N/A 5 days (clopidogrel or ticagrelor), 7 days (prasugrel), 10–14 days (ticlopidine)	Risk of stent thrombosis for at least 12 months after insertion of drug-eluting coronary stent or 1 month after insertion of bare metal coronary stent

^aLow-risk endoscopic procedures include esophagogastroduodenoscopy (EGD) or colonoscopy with or without biopsy, endoscopic ultrasound (EUS) without fine-needle aspiration (FNA), and endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) with stent exchange. ^bHigh-risk endoscopic procedures include EGD or colonoscopy with dilation, polypectomy, or thermal ablation; percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG); EUS with FNA; and ERCP with sphincterotomy or pseudocyst drainage. Bridging therapy with low-molecular-weight heparin should be considered for patients discontinuing warfarin who are at high risk for thromboembolism, including those with (1) prosthetic metal heart valve, (2) atrial fibrillation with a CHA₂DS₂-VASc score ≥3, mitral stenosis, prosthetic valve or history of stroke or transient ischemic attack; (3) mechanical mitral valve; (4) mechanical aortic valve with other thromboembolic risk factors or older-generation mechanical aortic valve; or (5) venous thromboembolism (VTE) within the past 3 months.

Abbreviations: GFR, glomerular filtration rate; GI, gastrointestinal; INR, international normalized ratio; N/A, not applicable.

Source: Adapted from RD Acosta et al: *Gastrointest Endosc* 83:3, 2016, and AM Veitch et al: *Gut* 70:1611, 2021.

باتوجه به جدول ۲-۳۳۳ به این علت که پروسیجر با ریسک پایین محسوب می‌شود، باید هر دو دارو ادامه پیدا کند.
در جدول ۱-۳۳۳ اندیکاسیون آنتی بیوتیک تراپی قبل از اقدامات اندوسکوپی را نیز نشان می‌دهد.

۲- خانم ۳۵ ساله مبتلا به چاقی با شکایت سوزش پشت جناغ و رگورژیتاسیون غذا از ۲ سال قبل مراجعه کرده است. وی از ۳ ماه قبل دیسفاژی به جامدات و مایعات داشته است. بیمار طی دو سال گذشته امپرازول و آنتی اسید را بصورت متناوب استفاده کرده است. آندوسکوپی ۲ سال پیش بیمار طبیعی گزارش شده است. مناسب‌ترین اقدام بعدی کدامیک از موارد زیر است؟

- الف) pH متری مری با امپدانس
ب) مانومتري مری
ج) بلع باریم
د) اندوسکوپی فوقانی

پاسخ: د

فصل ۴۷

باتوجه به شکل ۲-۴۷ و اینکه دیسفاژی بیمار از نوع ازوفاجیال است، برای بیمار GERD مطرح می‌باشد و بهترین اقدام اندوسکوپی فوقانی می‌باشد.

If oral or pharyngeal dysphagia is suspected, a fluoroscopic swallow study, usually done by a swallow therapist, is the procedure of choice. Otolaryngoscopic and neurologic evaluation also can be important, depending on the circumstances. For suspected esophageal dysphagia, upper endoscopy is the single most useful test. Endoscopy allows better visualization of mucosal lesions than does barium radiography and also allows for procurement of mucosal biopsies. Endoscopic or histologic abnormalities are evident in the leading causes of esophageal dysphagia: Schatzki's ring, gastroesophageal reflux disease, and eosinophilic esophagitis.

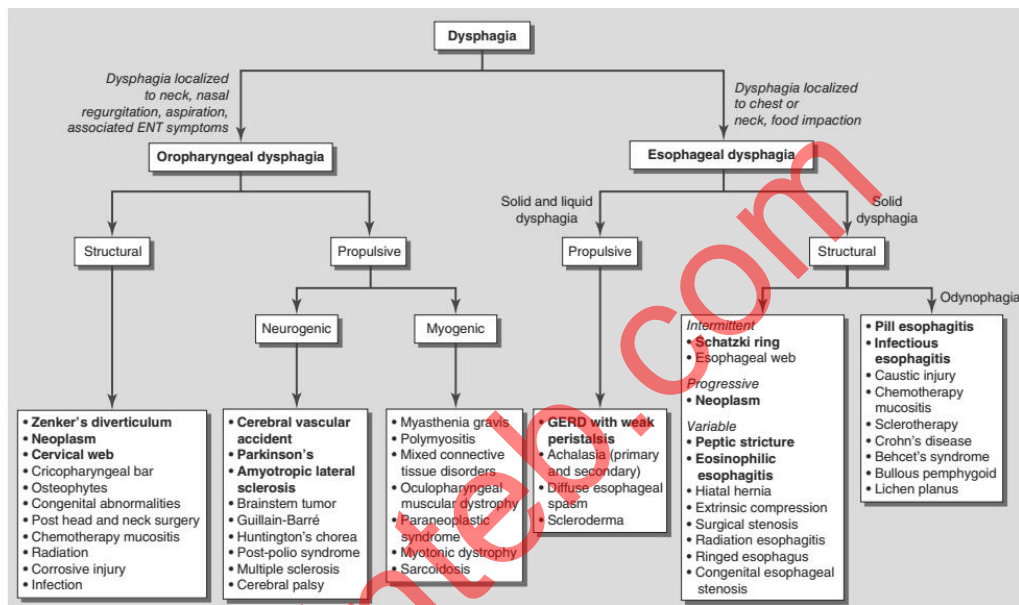


FIGURE 47-2 Approach to the patient with dysphagia. Etiologies in bold print are the most common. ENT, ear, nose, and throat; GERD, gastroesophageal reflux disease.

۳- آقای ۴۸ ساله با وجود ریشه‌کنی موفقیت‌آمیز هلیکوباکتر پیلوری و پایبندی به درمان PPI با زخم‌های مکرر اثنی عشر طی ۶ ماه گذشته مراجعه کرده است. بیمار از اسهال غیر خونی و شروع اخیر درد شکمی جدید شکایت دارد. سابقه پزشکی قبلی قابل توجهی ندارد و مصرف NSAID نیز ندارد. کدامیک از موارد زیر مناسب‌ترین اقدام تشخیصی بعدی است؟

الف) افزایش دوز PPI به سه بار در روز به مدت ۳ ماه

ب) درخواست سی‌تی اسکن شکم و لگن با تزریق وریدی

ج) درخواست MR انتروگرافی

د) اندازه‌گیری سطح گاسترین سرم پس از قطع PPI

پاسخ: د

فصل ۳۳۵

افزایش ترشح اسید معده مسئول علائمی است که در بیماران مبتلا به سندرم زولینگر-الیسون مشاهده می‌شود. Peptic ulcer و درد شکم شایع‌ترین تظاهر بالینی است و در بیش از ۹۰٪ بیماران گاسترینوم دیده می‌شود.

تظاهرات اولیه و محل زخم (duodenal bulb) ممکن است از زخم پپتیک معمولی غیر قابل تمایز باشد. علائم بالینی که باید منجر به شک گاسترینوم شود عبارتند از: زخم‌هایی در مکان‌های غیرمعمول (second part of the duodenum and beyond)، زخم‌های مقاوم به درمان دارویی استاندارد، عود زخم پس از جراحی کاهش اسید، زخم‌هایی که با عوارض واضحی مانند خونریزی، انسداد و پرفوریشن همراه هستند، یا زخم‌هایی که بدون وجود *H. pylori* یا مصرف NSAID رخ می‌دهند. علائم در مری در حدود دو سوم بیماران مبتلا به ZES دیده می‌شود و از اوزفاژیت خفیف تا زخم واضح همراه با تنگی و مری بارت را شامل می‌شود.

اسهال، دومین تظاهر شایع بالینی (تا ۷۰٪ بیماران) است. اگرچه اسهال اغلب همراه با acid peptic disorders رخ می‌دهد، ممکن است مستقل از زخم نیز دیده شود و غالباً با درمان PPI بهبود می‌یابد. علت اسهال مولتی فاکتوریال است و ناشی از volume overload در روده کوچک، غیرفعال شدن آنزیم‌های پانکراس و آسیب اپیتلیال روده توسط اسید می‌باشد. آسیب اپیتلیال می‌تواند منجر به ایجاد میزان خفیفی از سوءهاضمه و سوءجذب مواد شود. اسهال ممکن است دارای جزء ترش‌جی نیز باشد که به دلیل اثر محرک مستقیم گاسترین روی انتروسیست‌ها یا ترشح همزمان هورمون‌های دیگر از تومور مانند VIP ایجاد شود.

Gastrinomas can develop in the presence of MEN 1 syndrome in ~25% of patients. This autosomal dominant disorder involves primarily three organ sites: the parathyroid glands (80–90%), pancreas (40–80%), and pituitary gland (30–60%). The syndrome is caused by inactivating mutations of the MEN1 tumor-suppressor gene found on the long arm of chromosome 11q13.

In view of the stimulatory effect of calcium on gastric secretion, the hyperparathyroidism and hypercalcemia seen in MEN 1 patients may have a direct effect on ulcer disease. Resolution of hypercalcemia by parathyroidectomy reduces gastrin and gastric acid output in gastrinoma patients. Establishing the diagnosis of MEN 1 is critical in order to provide genetic counseling to the patient and their family and also to determine the recommended surgical approach. Therefore, gastrinoma patients should be screened for MEN 1 by performing a detailed family history and obtaining several serum markers including calcium, parathyroid, prolactin, and pancreatic polypeptide levels.

TABLE 335-8 When to Obtain a Fasting Serum Gastrin Level

Multiple ulcers
Ulcers in unusual locations; associated with severe esophagitis; resistant to therapy with frequent recurrences; in the absence of nonsteroidal anti-inflammatory drug ingestion or <i>Helicobacter pylori</i> infection
Ulcer patients awaiting surgery
Severe or refractory GERD
GERD associated with diarrhea
Extensive family history for peptic ulcer disease
Postoperative ulcer recurrence
Basal hyperchlorhydria
Unexplained diarrhea or steatorrhea
Diarrhea improved with PPI
Hypercalcemia
Family history of pancreatic islet, pituitary, or parathyroid tumor
Prominent gastric or duodenal folds

اندازه‌گیری گاسترین و ترشح اسید در بیمارانی که احتمال ZES دارند، نقش مهمی در تشخیص این بیماری نادر دارد. اغلب، بیمارانی که مشکوک به ZES هستند، تحت درمان PPI هستند تا علائم بهبود یافته و احتمال بروز