

مجموعه  
سوالات

# اکسیر

بیماری‌های دهان، فک و صورت

گردآوری و تألیف

دکتر زهرا یورقلی تکریمی

دکتر پردیس محمودوند

دستیاران تخصصی بیماری‌های دهان، فک و صورت

دانشگاه علوم پزشکی همدان

## به نام آنکه ما را زندگی داد

رشته بیماری‌های دهان، فک و صورت، تلفیقی از دانش پایه و مهارت‌های بالینی است و تشخیص دقیق بیماری‌ها نیازمند فهم عمیق و به‌روز است. آزمون‌های ارتقا، علاوه بر سنجش دانش نظری، توانایی تحلیل بالینی و تصمیم‌گیری درمانی را نیز مورد ارزیابی قرار می‌دهند. این کتاب، با گردآوری مجموعه‌ای از سوالات ارتقا سال 1404، با هدف مرور هدفمند و آماده‌سازی دانشجویان تهیه شده است. سوالات ارائه‌شده، نه تنها دانش را محک می‌زنند، بلکه تفکر انتقادی و مهارت بالینی را نیز تقویت می‌کنند تا متخصصان آینده با اعتماد به نفس و آمادگی کامل وارد مراحل بعدی تخصص شوند. امید است این کتاب به عنوان یک راهنمای کاربردی و مرجع ارزشمند، سهم کوچکی در ارتقای سطح علمی و بالینی متخصصان آینده بیماری‌های دهان، فک و صورت داشته باشد.

دکتر زهرا پورقلی تکریمی

دکتر پردیس محمودوند

1404

## فهرست مطالب

صفحه

عنوان

|         |                                               |
|---------|-----------------------------------------------|
| 5.....  | سؤالات ارتقای 1404 بیماری‌های دهان، فک و صورت |
| 18..... | پاسخ‌های تشریحی ارتقای 1404                   |

artinteb.com

## سؤالات ارتقای 1404 بیماری‌های دهان، فک و صورت

- 1- نسبت ترکیب دیفن هیدرامین، آلومینیوم ام جی (ماولکس) و لیدوکائین ویسکوز برای تهیه دهانشویه کاهنده علایم درد و یا سوزش به ترتیب از راست به چپ چگونه است؟  
الف) 1:1:1 (ب) 2:1:1 (ج) 2:2:1 (د) 1:1:2
- 2- بارزترین نمای بالینی ضایعات دهانی پمفیگوس ولگاریس کدام می‌باشد؟  
الف) Ulcer (ب) Bullae (ج) Erosion (د) Vesicle
- 3- محتمل‌ترین تشخیص ضایعه اریتماتوز جنرالیزه حاد لثه چسبنده و مارجینال در خانم 30 ساله، کدام است؟  
الف) پمفیگوئید خوش خیم غشاء مخاطی (ب) اریتم مولتی فرم  
ج) پمفیگوس ولگاریس (د) پلاسماسل جینجیوایتیس
- 4- کدام یک از روش‌های تشخیصی برای بررسی زخم دهانی ناشی از عفونت CMV در بیماری که 4 ماه قبل پیوند کلیه شده، حساسیت و اختصاصیت بیشتری دارد؟  
الف) تیتر آنتی‌بادی (ب) اسمیر و رنگ آمیزی گیمسا  
ج) کشت ویروسی از زخم (د) بیوپسی
- 5- همه موارد از تظاهرات بیماری بهجت است بجز:  
الف) درگیری قلبی ناشی از واسکولیت (ب) ضایعات پوستی شبیه اریتم نودوزوم  
ج) آرتریت مفاصل کوچک دست‌ها (د) درگیری CNS شبیه مالتیپل اسکلروزیس
- 6- شایع‌ترین ژنوتیپ مرتبط با بیماری بهجت کدام است؟  
الف) HLA-B5 (ب) HLA-B17 (ج) HLA-B7 (د) HLA-B51
- 7- کدام هرپس ویروس منجر به عفونت نئوناتال می‌شود؟  
الف) HHV2 (ب) HHV8 (ج) HHV6 (د) HHV4

**95-** خانم 32 ساله‌ای با شکایت از تورم و خونریزی لثه در 3 هفته اخیر مراجعه نموده است آزمایشات بیمار که خستگی و تب شبانه هم گزارش می‌کند شامل گرانولوسیتوپتی و ترومبوسیتوپنی است. بهترین تشخیص شما کدام است؟

- الف) لسمی میلوییدی حاد  
ب) مالتیپل میلوما  
ج) لنفوم هوچکین  
د) آنمی آپلاستیک

**96-** هنگامی که در تحقیقات بالینی، اثر یک «مداخله» بر تغییر نتایج بالینی ارزیابی می‌شود، تحقیق از کدام نوع است؟

- الف) مورد شاهدهی  
ب) توصیفی  
ج) کوهورت  
د) کارآزمایی بالینی

**97-** تارودونتیسیم از تظاهرات کدام اختلال یا سندرم می‌تواند باشد؟

- الف) اکتودرمال دیسپلازی  
ب) کلاین فلتز  
ج) اپرت  
د) گورلین

**98-** در همه موارد میزان (Mean corpuscular volume) MCV کمتر از حد نرمال می‌باشد، بجز:

- الف) تالاسمی مینور  
ب) آنمی فقر آهن  
ج) سیروز  
د) اورمی

**99-** در بیماری 5 ساله با تورم و طرفه بدون درد در زاویه مندیبل همراه با لنفادنوپاتی ساب‌مندیبولار و نمای رادیوگرافیک رادیولوسنسی مولتی لاکولار به کدام بیماری مشکوک می‌شوید و چه اقدام درمانی پیشنهاد می‌کنید؟

- الف) سنترال جاینت سل گرانولوما - تزریق داخل ضایعه‌ای کورتون  
ب) چروبیسم - فالوآپ  
ج) میکسوم ادنتوژنیک - جراحی  
د) ادونتوژنیک کراتوسیست

**100-** اولین خط درمان Graft Versus Host Disease چیست؟

- الف) کورتیکواستروئید  
ب) کلشی‌سین  
ج) اینترفرون  
د) داپسون

## 50- پاسخ گزینه د فصل 12 فلاس

| TABLE 12.4 Drug Adjustments in Chronic Renal Disease                                 |                                                  |                    |                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------|---------------------|
| Drug and Usual Dose                                                                  | Dosage Adjustment for Renal Failure <sup>a</sup> |                    | Removed by Dialysis |
|                                                                                      | GFR (ML/MIN)                                     |                    |                     |
|                                                                                      | 10–50                                            | <10                |                     |
| <b>Analgesics</b>                                                                    |                                                  |                    |                     |
| Acetaminophen 650 mg q4h                                                             | No adjustment needed                             | q8h                | HD: Yes<br>PD: No   |
| Aspirin 650 mg q6h                                                                   | 50%                                              | Avoid              | Yes <sup>b</sup>    |
| Celecoxib (Celebrex) 100–200 mg q12h                                                 | Avoid if GFR <30 mL/min                          | Avoid              | No                  |
| Codeine 30–60 mg q4–6h                                                               | 75%                                              | Avoid              | No                  |
| Ibuprofen (Motrin) 400–800 mg q8h                                                    | No adjustment needed                             | Avoid              | No                  |
| Meperidine <sup>d</sup> (Demerol) 50 mg q4h                                          | 75%                                              | 50%                | No                  |
| Tramadol (Ultram) 50–100 mg q6h                                                      | q6–12h                                           | 50% q12h           | No                  |
| <b>Anesthetics</b>                                                                   |                                                  |                    |                     |
| Articaine, lidocaine, mepivacaine, prilocaine                                        | No adjustment needed                             | No                 | ND                  |
| <b>Adjunctive analgesic</b>                                                          |                                                  |                    |                     |
| Gabapentin (Neurontin) 200–600 mg q8h                                                | 200–600 mg q12–24h                               | <100 mg once daily | Yes <sup>b</sup>    |
| <b>Antimicrobials</b>                                                                |                                                  |                    |                     |
| Acyclovir—(Zovirax) 200–800 mg q4h                                                   | q8h                                              | q12h               | Yes <sup>b</sup>    |
| Amoxicillin 500 mg q8h                                                               | q8–12h                                           | q12–24h            | Yes <sup>a</sup>    |
| Azithromycin (Zithromax) 250–500 mg q24h                                             | No adjustment needed                             | Avoid              | ND                  |
| Cephalexin (Keflex) 250–500 mg q6h                                                   | q6–8h                                            | q12–24h            | Yes <sup>b</sup>    |
| Clarithromycin 250 mg q12h                                                           | 50%–100% q12h                                    | 50% q12h           | ND                  |
| Clindamycin (Cleocin) 150–300 mg q6h                                                 | No adjustment needed                             | No                 | ND                  |
| Doxycycline (Vibramycin) 100 mg q12h                                                 | No adjustment needed                             | No                 | ND                  |
| Erythromycin 250–500 mg q6h                                                          | No adjustment needed                             | No                 | ND                  |
| Fluconazole (Diflucan) 100–200 mg q24h                                               | 50%                                              | 25%                | Yes <sup>b</sup>    |
| Metronidazole (Flagyl) 250–500 mg q8–12h                                             | No adjustment needed                             | Yes <sup>a</sup>   | ND                  |
| Tetracycline <sup>c</sup> (Sumycin, Aureomycin) 250–500 mg q6–12h                    | Avoid                                            | Avoid              | No                  |
| <b>Benzodiazepine</b>                                                                |                                                  |                    |                     |
| Diazepam (Valium), <sup>d</sup> 2–5 mg q12h, triazolam (Halcion) 0.125 mg at bedtime | No adjustment needed                             | No                 | ND                  |
| <b>Corticosteroid</b>                                                                |                                                  |                    |                     |
| Dexamethasone, hydrocortisone, prednisone 5–10 mg/day                                | No adjustment needed                             | No                 | ND                  |
| <b>Sedative Hypnotic</b>                                                             |                                                  |                    |                     |
| Chloral hydrate 250–500 mg/day                                                       | Contraindicated                                  | Yes                | ND                  |

## 51- پاسخ گزینه الف فصل 12 فلاس

بیماران مبتلا به نارسایی کلیه با احتمال بیشتری درد استخوان را تجربه می کنند (به عنوان مثال درد در پایین کمر، لگن، و زانو) و علائم و نشانه های GI نظیر: بی اشتهایی، تهوع و استفراغ، گاستروانتریت ژنرالیزه، و بیماری زخم گوارشی (peptic) در آنها توسعه می یابد. سندرم اورمیک به طور شایع موجب سوء تغذیه و اسهال می گردد. بیماران می توانند اختلال شناختی یا افسردگی، یا حتی در مراحل آخر علائم سایکوتیک را نشان دهند. هم چنین ممکن است آنها علائم نوروپاتی محیطی و افزایش فعالیت عضلانی (تکان ناگهانی، پاهای بی قرار) را نشان دهند. تشنج و اختلال شناختی ممکن است تظاهرات تاخیری باشند که مستقیماً با درجه ای از اورهمی، همبستگی دارند. یافته های اضافی ممکن است شامل: استوماتیت به صورت زخم دهانی و کاندیدیازیس دهانی، التهاب پاروتید، یا اختلالات بویایی و چشایی، باشد. بوی شبیه ادرار ممکن است در تنفس بیماران یافت شود.