

A.I.M series

گنجینه برتر داخله

مجموعه پرسش‌ها و
پاسخ‌های تشریحی
تفکیک شده

آزمون مورد و ارتقا

ریه

از سال ۱۳۹۹ تا ۱۴۰۴
بر اساس

۲۰۲۵
هاریسون

گردآوری و تالیف

دکتر سید مجتبی نکوقدم

متخصص بیماری‌های داخلی

استادیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

رتبه یک مورد تخصصی ۱۳۹۴

دکتر فرناز وثوق

مورد تخصصی بیماری‌های داخلی



کتاب پیش رو که به همت انتشارات وزین آرتین طب و مساعی جمعی از پزشکان جوان و علاقه مند، به رشته‌ی تالیف درآمده است، حقیقتاً گنجینه‌ای ارزشمند از سوالات مورد و ارتقای سالیان گذشته است که بر اساس منبع جدید امتحانات داخلی یعنی هریسون ۲۰۲۵ بازنویسی و تشریح شده است. تا جاییکه این حقیر مطلع هستم، در میان مکتوبات و مطبوعات پزشکی، کتابی با این رویکرد که سوالات هر درس را به طور مجزا و اختصاصی جمع‌آوری نموده و به تفصیل پاسخ هر سوال را بر اساس آن فصل استخراج نموده باشد در طی این سال‌ها کم‌سابقه و حتی بی‌سابقه بوده است و این به یقین راه را برای دستیاران عزیزی که اغلب برای آمادگی آزمون مورد اقدام به مطالعه‌ی درس به درس کتاب می‌نمایند هموار تر و آسان‌تر خواهد نمود. امید که این وجیزه گامی هرچند کوچک در راه تسهیل مسیر دشوار طبابت و مطالعه‌ی آن جهت همکاران محترم دانشجو و دستیار برداشته باشد.

اما نه طبیب آدمی کش
تا معنی آن تمام دانی

میباش طبیب عیسوی هُش
می‌کوش به هر ورق که خوانی

معلم کوچک طب داخلی
سید مجتبی نیکو قدم

۷.....	Dyspnea :۳۹ فصل
۸.....	Cough :۴۰ فصل
۹.....	Hemoptysis :۴۱ فصل
۱۲.....	Hypoxia and Cyanosis :۴۲ فصل
۱۳.....	Pneumonia :۱۳۱ فصل
۱۵.....	Deep-Venous Thrombosis and PulmonaryThromboembolism :۲۹۰ فصل
۱۹.....	Pulmonary Hypertension :۲۹۴ فصل
۲۳.....	Approach to the Patient withDisease of the Respiratory System :۲۹۵ فصل
۲۷.....	Disturbances of Respiratory Function :۲۹۶ فصل
۳۸.....	Diagnostic Procedures in Respiratory Disease :۲۹۷ فصل
۴۵.....	Asthma :۲۹۸ فصل
	Hypersensitivity Pneumonitis andPulmonary Infiltrates with Eosinophilia :۲۹۹ فصل
۶۲.....	
۷۴.....	Occupational andEnvironmental Lung Disease :۳۰۰ فصل
۸۲.....	Bronchiectasis :۳۰۱ فصل
۹۷.....	Cystic Fibrosis :۳۰۲ فصل
۹۹.....	Chronic Obstructive Pulmonary Disease :۳۰۳ فصل
۱۱۵.....	Interstitial Lung Disease :۳۰۴ فصل
۱۲۸.....	Disorders of the Pleura :۳۰۵ فصل
۱۴۴.....	Disorders of Ventilation :۳۰۷ فصل
۱۵۵.....	Sleep Apnea :۳۰۸ فصل
۱۷۲.....	Lung Transplantation :۳۰۹ فصل
۱۷۵.....	Approach to the Patient with Critical Illness :۳۱۱ فصل
۱۸۳.....	Acute Respiratory Distress Syndrome :۳۱۲ فصل
۱۹۴.....	Mechanical Ventilatory Support :۳۱۳ فصل
۲۰۵.....	Approach to the Patient with Shock :۳۱۴ فصل
	Myasthenia Gravis andOther Diseases of the Neuromuscular Junction :۴۵۹ فصل
۲۰۶.....	

فصل ۳۹: Dyspnea

۱- آقای ۶۵ ساله با سابقه COPD و بستری‌های مکرر از شش سال قبل، بعلت تشدید علائم مراجعه کرده است. بتا آگونیست و آنتی کولینرژیک طولانی اثر و کورتیکواستروئید استنشاقی با دوز مناسب و اکسیژن در منزل استفاده می‌کند. علیرغم شرکت در برنامه بازتوانی، همچنان احساس تنگی نفس دارد و $mMRC=4$ دارد. $SpO_2=90\%$ at Room Air می‌باشد. کدام درمان مناسب است؟ (بورد ۱۴۰۳)

- الف) Low dose opioid
ب) Inhaled Furosemide
ج) Anxiolytics
د) Increase Supplemental O₂

پاسخ: الف

با یک بیمار COPD مواجهیم که علیرغم درمان مناسب و کافی ممکن است همچنان از علایمی چون تنگی نفس شکایت داشته باشند و دچار air hunger شوند می‌توان با استفاده از داروهای اپیویدی فعالیت کورتکس مغز و پیشران-های تنفسی مغز را کاهش داد. اگرچه از دیدگاه طب بالینی ما این نحوه استفاده از اپیوید ها جایگاه بالایی نداشته و سوال بیشتر جنبه‌ی تئوریک دارد!

سندرم تنگی نفس مزمن به شرایطی اطلاق می‌شود که علی‌رغم درمان حداکثری بیماری زمینه‌ای و رفع پاتوفیزیولوژی مسبب تنگی نفس، بیمار همچنان احساس تنگی نفس بکند و سبب مختل شدن کیفیت زندگی بیمار شود. پس طبیعتاً اولین اقدام درمان بیماری زمینه‌ای است. در بیماران تنفسی به ویژه COPD، انجام بازتوانی ریوی باعث کاهش تنگی نفس، کاهش بستری شدن و بهبود کیفیت زندگی می‌شود.

در بیماران COPD درمان با کسپین مکمل در ۲ جا اندیکاسیون دارد ۱. سچوریشن در حال استراحت کمتر یا مساوی ۸۸٪ باشد ۲. در سچوریشن های کمتر یا مساوی ۸۹٪، همزمان علایم پولمورفی هایپرنتشن یا پلی سیتی داشته باشیم. این درمان سبب کاهش تنگی نفس و مورتالیتی و افزایش تحمل فعالیت می‌شود. (در این بیمار چون کرایتریاهای فوق را ندارد تجویز اکسیژن تاثیری ندارد).

داروهای مخدر با سرکوب درایو مرکزی تنفسی سبب کاهش تنگی نفس می‌شوند. البته توجه داشته باشیم که باید از کمترین دوز موثر استفاده شود چون اپیوئیدها مثل شمشیر دولبه هستند و با ساپرس مرکز تنفس میتوانند سبب بروز هایپوونتیلیسیون و بدتر شدن هایپوکسی و هایپرکاپنی نیز بشوند پس در هر مریض با در نظر گرفتن جمیع شرایط باید تصمیم به تجویز بگیریم.

نبولایزر فورزماید با مکانیسم نامشخص (احتمالاً سرکوب گیرنده‌های حسی) سبب کاهش احساس تنگی نفس می‌شود اما طبق متن هاریسون فعلاً تحقیقاتی است.

داروهای ضداضطراب در رفع تنگی نفس اثری ندارند. (مگر آنکه بیماری اولیه‌ای که موجب احساس تنگی نفس شده، اختلال اضطرابی باشد و تنگی نفس زمینه قلبی ریوی نداشته باشد، مثلاً حمله پنیک).

Opioids have been shown in some studies to reduce symptoms of dyspnea, largely through reducing air hunger, thus likely suppressing respiratory drive and influencing cortical activity. However, a recent study did not support the benefit of two different doses of daily low-dose extended-release morphine in COPD, for which reason opioids should be considered for each

patient individually based on the risk-benefit profile in regard to respiratory depression. Studies of anxiolytics for dyspnea have not demonstrated consistent benefit .

فصل ۴۰: Cough

۱- خانم ۳۵ ساله با سرفه مزمن و خلط سفید رنگ مختصر از پنج سال قبل، که علیرغم بررسی‌ها و دریافت داروهای مختلف شامل کورتیکواستروئید و برونکودیلاتورهای استنشاقی بهبودی نداشته، مراجعه کرده است. از حساسیت و تحریک گلو که با صحبت کردن و خندیدن و فعالیت بدتر می‌شود، شاکی است. معاینه دستگاه تنفسی و سایر ارگان‌ها طبیعی است. اسپیرومتری و تصاویر رادیوگرافی دستگاه تنفسی طبیعی است. کدام تشخیص بیشتر مطرح است؟ (بورد ۱۴۰۲)

- الف) upper airway cough syndrome
ب) eosinophilic bronchitis
ج) cough hypersensitivity syndrome
د) cough-variant asthma

پاسخ: ج

صفحه ۲۷۳

علل شایع ایجاد سرفه مزمن با گرافی طبیعی عبارتند از:

- ۱- مصرف ACEI
- ۲- ترشحات پشت حلق (postnasal drainage)
- ۳- GERD
- ۴- آسم

سندرم سرفه افزایش حساسیتی (cough hypersensitivity syndrome) ناشی از حساس شدن پایانه‌های حسی عصبی و مسیرهای عصبی آوران است که سبب سرفه‌ی مزمن مقاوم به درمان می‌شود. این بیماری مشابه درد نوروپاتی مزمن می‌باشد و با سرفه خشک یا مختصری خلط‌دار همراه است. احساس خارش یا حساسیت در حلق وجود دارد. صحبت کردن، خندیدن یا فعالیت سبب تشدید آن می‌شود. در زنان شایع‌تر است و تا سال‌ها ادامه دارد. کرایتریای تشخیصی مشخصی ندارد و تشخیص آن با رد سایر علل سرفه مزمن یا عدم پاسخ به درمان‌های اولیه می‌باشد (بیمار مورد سؤال).

در مورد ترشحات پشت حلق (PND) با تحریک ریه‌تورهای حسی سرفه در هیپوفارنکس یا آسپیراسیون ترشحات به تراشه سرفه ایجاد می‌شود.

سندرم سرفه‌ی ناشی از مجاری تنفسی (Upper airway cough syndrome) نشان‌دهنده‌ی این است که التهاب مزمن در بینی و سینوس‌ها حتی در نبود درناژ در فارنکس سبب سرفه می‌شود.

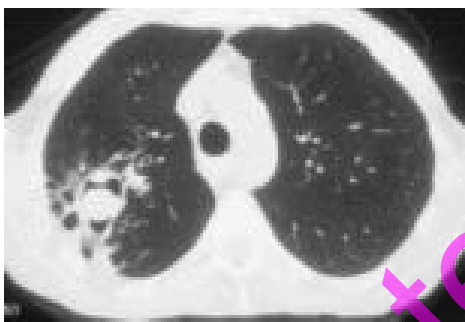
علائم شایع عبارتند از: احساس ترشح پشت حلق، صاف کردن مکرر سینه و عطسه یا آبریزش بینی.

در معاینه ترشحات موکوسی و چرکی زیاد، ادم و التهاب مخاط بینی یا پولیپ بینی و ترشحات با نمای cobblestone در معاینه‌ی دیواره‌ی خلفی فارنکس دیده می‌شود (گزینه الف)

سرفه‌ی ناشی از آسم در فقدان ویز، تنگی نفس و فشار قفسه سینه cough variant asthma نامیده می‌شود. در آسم سرفه‌ای آغاز سرفه با مواجهه با عوامل تحریک‌کننده‌ی آسم و رفع آن با توقف تماس وجود دارد (گزینه د) منفی بودن تست تحریکی با متاکولین ردکننده‌ی این تشخیص است. برونشیت ائوزینوفیلی، سرفه مزمن با گرافی نرمال دارد که با خلط ائوزینوفیلی سه درصد بدون انسداد جریان هوا یا پاسخ تشدید یافته برونشیاال مشخص می‌شود و درمان آن با گلوکوکورتیکوئید استنشاقی می‌باشد (گزینه ب)

فصل ۴۱: Hemoptysis

۱- آقای ۴۵ ساله به علت هموپتیزی حجیم و مکرر به اورژانس آورده شده است. وی سابقه سرفه و خلط مزمن دارد. علائم حیاتی طبیعی است. تمام اقدامات زیر مناسب است بجز: (بورد ۱۴۰۲)



الف) bronchoscopic evaluation

ب) lying on right side

ج) endotracheal intubation

د) bronchial artery embolization

پاسخ: ج

صفحه ۲۷۶

طبق شواهد بیمار احتمالاً به آسپرژیلوزیس مهاجم ریوی مبتلاست. با اینحال ف یات. ی اولین اولویت است. در هموپتیزی حجیم یا تهدیدکننده‌ی حیات سه هدف درمانی وجود دارد:

۱- محافظت از ریه‌ای که خونریزی ندارد: حیاتی است زیرا آسیفکسی می‌تواند سریعاً رخ دهد در صورت مشخص بودن محل خونریزی با قرار دادن بیمار در وضعیتی که ریه‌ی خونریزی کرده به سمت پایین باشد، با کمک نیروی جاذبه خون به ریه سالم وارد نمی‌شود.

انتوباسیون اندوتراکئال فقط در مواقع ضروری باید انجام شود زیرا ساکشن از طریق آن در خارج کردن خون و لخته‌ی خون نسبت به رفلکس سرفه کمتر موثر است.

در صورت نیاز به انتوباسیون محافظت از ریه غیر خونریزی‌دهنده با روش‌های زیر باید مدنظر باشد:

۱- اینتوباسیون انتخابی ریه‌ی غیر خون ریزی‌دهنده

۲- تعبیه لوله‌ی اندوتراکئال double lumen

۳- تعیین محل خونریزی:

اپاسیته‌های جدید در گرافی در تعیین محل یا سمت خونریزی مفید است.

CT آنژیوگرافی و برونکوسکوپی flexible در شناسایی سمت خونریزی مفید است.

انجام مستقیم آنژیوگرافی استراتژی منطقی است زیرا تشخیصی و درمانی است.

۳- کنترل خونریزی: سه راه وجود دارد:

(۱) از طریق لومن مجاری هوایی

(۲) از طریق عروق خونی درگیر

(۳) رزکسیون جراحی مجاری هوایی و عروق درگیر.

روش‌های درمانی برونکوسکوپی تنها اثر موقتی دارند.

۱- برونکوسکوپی flexible در ساکشن لخته و تعبیه کاتتر بالون‌دار کاربرد دارد.

۲- برونکوسکوپی rigid جهت مداخلات درمانی فتوکواگولاسیون و کوتر ضایعات کاربرد دارد.

آمبولیزاسیون شریان برونشیال پروسیجر انتخابی کنترل خونریزی است.

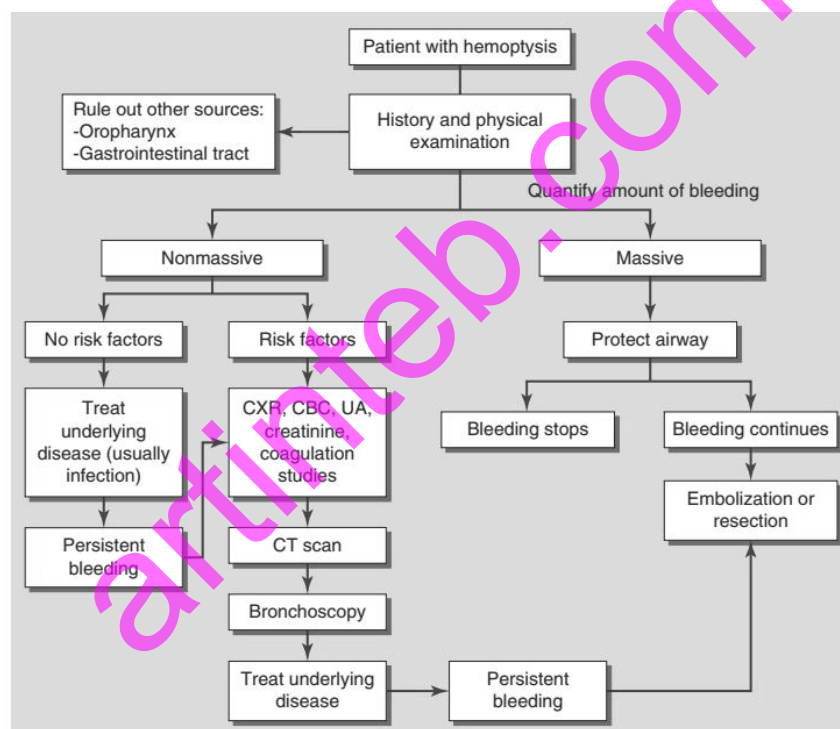


FIGURE 41-1 Approach to the management of hemoptysis. CBC, complete blood count; CT, computed tomography; CXR, chest x-ray; UA, urinalysis.

When the amount of hemoptysis is life-threatening, there are three simultaneous goals: first, protect the nonbleeding lung; second, locate the site of bleeding; and third, control the bleeding.

Protecting the airway and nonbleeding lung is paramount in the management of life-threatening hemoptysis because asphyxiation can happen quickly. If the side of bleeding is known, the patient should be positioned with the bleeding side down to use gravitational advantage to keep blood out of the nonbleeding lung. A strong cough reflex can often be highly effective at clearing clot from the airway, but intubation is sometimes necessary if the patient cannot protect their airway. Intubation with a large endotracheal tube (size 8.5) is preferred to allow for suctioning and interventions. If needed, this can be advanced into the mainstem airway of the nonbleeding lung