

مجموعه پرسش‌ها و
پاسخ‌های تشریحی

آزمون ارتقا و بورد

جراحی مغز و اعصاب

۱۴۰۴

گردآوری و تالیف

دکتر میثمبرزگر بفروئی

دستیار ارشد جراحی مغز و اعصاب دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

تحت نظارت

دکتر بهرام امین منصور

استاد جراحی مغز و اعصاب دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

به نام خداوند بخشنده و مهربان

با توجه به اهمیت تسلط علمی و آمادگی هدفمند در آزمون‌های ارتقا و بوردا نورو سرجری این مجموعه با عنوان مجموعه پرسش‌ها و پاسخ‌های تشریحی ارتقا و بوردا نورو سرجری ۱۴۰۴ با رویکردی آموزشی و کاربردی تدوین شده است. این اثر کوشیده است با ارائه پرسش‌های منتخب و پاسخ‌های تشریحی، مروری مؤثر بر مباحث اساسی و پرتکرار این رشته فراهم آورد. هدف از نگارش این مجموعه، تسهیل فرآیند مرور مطالب و تقویت درک مفاهیم علمی و بالینی داوطلبان آزمون‌های تخصصی نورو سرجری است. امید می‌رود این کتاب بتواند به‌عنوان منبعی سودمند در مسیر آمادگی علمی دستیاران مورد استفاده قرار گیرد.

در پایان، بر خود لازم می‌دانم از استاد گرانقدر، جناب آقای دکتر بهرام امین منصور به‌سبب نظارت علمی و راهنمایی‌های ارزنده ایشان در تدوین این اثر، صمیمانه سپاسگزاری نمایم.

دکتر میثم برزگر بفروئی

دی‌ماه ۱۴۰۴

فهرست مطالب

صفحه

عنوان

۵.....	آزمون جراحی مغز و اعصاب - مورد ۱۴۰۴
۱۳۴.....	آزمون جراحی مغز و اعصاب - ارتقا ۱۴۰۴

artinteb.com

آزمون مورد ۱۴۰۴

۱- عوامل زیر احتمال پاره شدن AVM مغزی پاره نشده را بیشتر می‌نمایند، بجز:

الف) وجود آنوریسمم ب) لوکیشن عمقی ج) درناژ وریدی عمقی د) اندازه AVM

که پاسخ: د

به طور خلاصه، عواملی که احتمال پارگی bAVM های پاره نشده را افزایش می‌دهند شامل وجود آنوریسمم، لوکیشن عمقی (یا منحصراً درناژ وریدی عمقی) و احتمالاً سن می‌باشد. سایز ضایعه اگرچه در گریدینگ اسپتزلر-مارتین (SMG) تأثیرگذار است ولیکن به عنوان ریسک فاکتور رایج نبایستی در نظر داشت. استنوز خروجی وریدی ممکن است که یک ریسک فاکتور تلقی شود. افزایش مقاومت خروجی ناشی از تنگی وریدی فشار در داخل bAVM را افزایش می‌دهد.

یومنز ۲۰۲۲ - فصل ۴۵۲ - صفحه 3677.e3

۲- تمام راه‌های نزولی اصلی به نخاع تقاطع می‌نمایند، بجز:

الف) کورتیکو اسپاینال ب) تکتو اسپاینال ج) روبرو اسپاینال د) وستیبولو اسپاینال

که پاسخ: د

به پاسخ سؤال ۱۴۶ ارتقا مراجعه کنید.

اسنل ۲۰۱۹ - فصل ۴ - صفحه ۱۵۳

۳- در روش ساب تمپورال جهت Selective Amygdalo hippocampectomy معمولاً کدام ناحیه آناتومی محل

ورود به Tip شاخ تمپورال بطن طرفی می‌باشد؟

الف) Collateral sulcus ب) Inferior sulcus ج) Inferior gyrus د) Middle sulcus

که پاسخ: الف

جهت جراحی آمیگدالو هیپوکامپکتومی بیمار را بایستی در پوزیشن سوپاین قرار داد و سر ۹۰ درجه به سمت مقابل چرخیده و ورتکس کمی به سمت زمین تیلت شود. جهت جلوگیری از احتقان ورید ژوگولار، از یک رول بزرگ در زیر شانه همان سمت استفاده می‌شود. یک برش curvilinear به طول ۳ تا ۴ سانتی‌متری از ۱ سانتی‌متر قدام تراگوس تا در امتداد گوش به سمت خلف زده می‌شود. از هیپرونتیلیاسیون و مانیتول برای ریلکسیشن مغز و تسهیل دایسکشن ساب‌تمپورال میتوان استفاده کرد. پس از ایجاد برش پوست، عضله تمپورالیس در امتداد خط برش به دو نیم تقسیم می‌شود. جهت رترکشن پوست و عضله و دید اینفریور از فیش هوک استفاده می‌شود. یک کرانیوتومی کوچک به سایز ۲

۸۶- همه موارد ذیل در خصوص آنوریسم‌های ساکولر شریان آنتریور کورونیدال درست است، بجز:

- (الف) در پارگی این آنوریسم معمولاً خون به سیستم آمبینت و سوپراسلار وارد می‌شود.
 (ب) نقص اعصاب کرانیال در پارگی این آنوریسم شایع و قابل توجه می‌باشد.
 (ج) این آنوریسم‌ها غالباً پروجکشن پوسترولترال دارند.
 (د) در مورد آنوریسم‌های پاره شده به خاطر ماهیت گردن آنوریسم، روش کلیپینگ ارجح بر اندوواسکولر می‌باشد.

که پاسخ: ب

شریان کورونیدال قدامی (AChA) از سگمان C7 شریان کاروتید داخلی (ICA) منشأ می‌گیرد. این شریان از بخش اینفرولترال دیواره پوسترور ICA، اغلب به فاصله ۲ تا ۴ میلی‌متر از اوريجين PComA، بین PComA و انتهای ICA در محل بای‌فورکیشن، منشأ می‌گیرد. پرفوراتورهای کوچکی ممکن است از ICA بین PComA و AChA منشأ بگیرند و بخش‌هایی از ساختارهای مدیال لوب تمپورال، اپتیک ترک و PPS را تغذیه کنند. مسیر AChA را میتوان به سگمان سیستمال و به دنبال آن سگمان اینترانتریکولر تقسیم کرد. پس از جدا شدن از ICA، این شریان به صورت پوسترودمیال در امتداد semicircular sulcus بر روی سطح آنکوس حرکت می‌کند. سپس قبل از ورود به سیستمال، از اینفریور و مدیال به اپتیک ترک عبور کرده و از آنجا، به شاخ تمپورال وارد می‌شود. بخش سیستمال دارای پرفوراتورهای متعددی است که به اپتیک ترک و اپتیک رادیاسیون، LGB، پیرامیدال ترک، بازوی خلفی کپسول داخلی، یک سوم میانی سربال پدانکل و بسیاری از هسته‌های قاعده‌ای خورسانی می‌کنند.

انسداد AChA می‌تواند منجر به همی‌پلژی و همی‌هپوستزی سمت مقابل و همچنین همونیموس همی‌آنوپسی شود. این نقایص ممکن است در بیماران واجد پرفوراتورهای کولترال کافی دیده نشوند. اگرچه در اغلب موارد AChA بصورت یک شریان واحد از ICA جدا می‌شود، ولیکن در ۴ تا ۳۰ درصد افراد به صورت شریان‌های متعدد (۲ تا ۴ انشعاب) یا حتی به عنوان شاخه‌ای از یک تنه مشترک با PComA جدا می‌شود. بیماران که با SAH ناشی از آنوریسم راپچر شده AChA مراجعه می‌کنند، اغلب الگوی خونریزی در آنها مشابه بیماران مبتلا به آنوریسم PComA است، به طوری که خون بیشتر در سیستمال‌های لترال، آمبینت و سوپراسلار یافت شده و کمتر بصورت خونریزی داخل پارانشیمی (ICH) یا داخل بطنی (IVH) در شاخ تمپورال تظاهر میکند. برخلاف آنوریسم‌های PCoA، نقص اعصاب کرانیال در آنوریسم AChA به دلیل موقعیت شریان نسبت به تنتوریوم کمتر شایع است.

از دیدگاه آناتومیک، در نگاه اول، آنوریسم‌های AChA بسیار شبیه به آنوریسم‌های PComA هستند. با این تفاوت که عواقب ناشی از انسداد AChA برای بیمار در مقایسه با انسداد PComA بسیار بیشتر است. به دلیل ریسک استروک ناشی از انسداد AChA، باید توجه زیادی به ارتباط بین اوريجين AChA با گردن آنوریسم کرد و به هر قیمتی از شریان محافظت نمود. علی‌رغم وجود استراتژی‌های درمانی بالقوه در درمان آنوریسم‌های پاره نشده استفاده از فلودایورژن میتواند گزینه مقبولی باشد. با این حال، برای آنوریسم‌های پاره شده (که در آنها تجویز DAPT ممکن نیست) و یا در مواردی که شریان ارتباط نزدیکی با گردن آنوریسم دارد، ممکن است کلیپینگ ترجیح داده شود.

یومنز ۲۰۲۲ - فصل ۴۳۷ - صفحه ۳۵۵۲

۸۷- در MRI مغز بیماری یک ضایعه عروقی در ساقه مغز دیده می‌شود که در T1 بصورت هیپو تا ایزواینتنس و در T2 و پروتون دنیستی بصورت ایزوتا هیپر بوده و با گادولینیوم هم انهنسمنت همورن دارد. با انجام آنژیوگرافی، ضایعه‌ای مشاهده نمی‌شود کدامیک از موارد ذیل در خصوص این بیمار صحیح می‌باشد؟

- (الف) شایعترین ضایعه عروقی مغز است.
 (ب) شایعترین محل این ضایعه، سوپریور پدانکل می‌باشد.
 (ج) این ضایعات غالباً بطور متعدد می‌باشند.
 (د) این ضایعات در سی تی با کنتراست دیده نمی‌شود.

جداگانه در امتداد کانطور ایلپاک کرسٹ استفاده کرد. برش درست از لترال PSIS شروع شده و جهت جلوگیری از آسیب به superior cluneal nerve که میتواند منجر به تشکیل نورومای دردناک شود؛ خط برش نبایستی بیش از ۸ سانتی‌متر لترال به PSIS امتداد یابد. پیوست برش زده شده و اتصالات عضلانی به سطح خارجی ایلپیوم با استفاده از Cobb elevator جدا می‌شوند. سپس یک رترکتور Taylor به دقت وارد کرده تا به سیاتیک ناچ نفوذ نکند. اگر گرافت ساختاری مدنظر باشد، از یک استئوتوم مستقیم ۱/۲ اینچی برای انجام برش‌های عمودی استفاده می‌شود. بایستی مراقب بود که شکستگی بای کورتیکال از طریق ایلپیوم قدامی وارد سیاتیک ناچ نشود چرا که این امر می‌تواند منجر به آسیب نوروواسکولار شدید به شریان سوپریور گلوئتال و شبکه ساکرال شود.

می‌توان از یک اره برای کاهش خطر گسترش شکستگی با استئوتوم استفاده کرد. سپس برش‌های عمودی با استفاده از یک استئوتوم ۱/۲ اینچی curved به صورت افقی به هم متصل کرد. به عنوان یک روش جایگزین، اگر تنها نیاز به اتوگرافت اسفنجی (cancellous) باشد، میتوان یک کورتیکتومی کوچک با استفاده از برش استئوتوم یا دریل ایجاد و استخوان اسفنجی را با کورت برداشت. سپس از اسفنج ژلاتینی قابل جذب آغشته به ترومبین برای کمک به هموستاز استفاده کرد. می‌توان از یک درن برای کاهش خطر تشکیل هماتوم استفاده کرد، اگرچه قرار دادن درن تأثیری بر درد مزمن محل donor ندارد. استفاده از یک کاتتر تزریق مداوم بی‌حسی موضعی به مدت ۴۸ ساعت در محل هاروست تأثیر بالقوه در کاهش درد بیماران دارد.



Figure 354.3. Anatomic structures at risk during posterior iliac crest harvesting. (A) Superior cluneal nerves. (B) Superior gluteal artery. (C) Superior gluteal nerve. (D) Sciatic nerve.

:anterior iliac crest autograft

استراتژی کلی برای به حداقل رساندن عوارض ناشی از این تکنیک شامل برش پوست بر روی ASIS، به حداقل رساندن دایسکشن بافت نرم، برداشتن استخوان اسفنجی از طریق یک کورتیکتومی کوچک، ایجاد هموستاز دقیق و شستشوی فراوان با سرم (آنتی‌بیوتیک) است.

۵۳- در معاینه بیماری در ICU بیمار اینتوبه نیست ولی با دستور شما حرکتی نمی‌کند. چشم‌ها باز هستند اما tracking ندارد. با تحریک دردناک محل درد را لوکالیزه می‌کند. رفلکس مردمک‌ها و قرینه طبیعی اما تنفس بیمار Chyne-Stokes است. چه عدد FOUR score به بیمار می‌دهد؟

الف) ۱۲ (ب) ۱۳ (ج) ۱۴ (د) ۱۵

که پاسخ: ب

TABLE 387.2 Glasgow Outcome Scale (Original 5-Point Scale and Extended 8-Point Scale) for Assessment of Outcome

Summary	Glasgow Outcome Scale	Extended Glasgow Outcome Scale
Sleep/awake, nonsentient Conscious but dependent	1 = Dead	1 = Dead
	2 = Persistent vegetative state (PVS)	2 = Persistent vegetative state (PVS)
	3 = Severe disability (SD)	3 = Lower severe disability (Lower SD) 4 = Upper severe disability (Upper SD)
Independent but disabled	4 = Moderate disability (MD)	5 = Lower moderate disability (Lower MD) 6 = Upper moderate disability (Upper MD)
		7 = Lower good recovery (Lower GR) 8 = Upper good recovery (Upper GR)
May have mild residual effects	5 = Good recovery (GR)	

Data from Jennett B, Bond M. Assessment of outcome after severe brain damage. Lancet. 1975;1:480-484; and Wilson JT, Pettigrew LE, Teasdale GM. Structured interviews for the Glasgow Outcome Scale and the extended Glasgow Outcome Scale: guidelines for their use. J Neurotrauma. 1998;15:573-585.

یومنز ۲۰۲۲ - فصل ۳۸۷ - صفحه ۳۰۰۴

۵۴- شایع‌ترین عارضه سیستمیک در جراحی‌های مغزی کدام است؟

الف) Deep venous thrombosis (ب) Pneumonia
ج) Sepsis (د) Myocardial infarction

که پاسخ: الف

شایع‌ترین عارضه سیستمیک پس از کراتیوتومی، ترومبوز وریدی عمقی، با یا بدون آمبولی ریوی است که در ۴ تا ۳۰ درصد از بیماران رخ می‌دهد. این خطر در ماه اول پس از کراتیوتومی ۱ تا ۱۰ درصد است، اما خطر تجمعی در طول دوره ۱۲ ماهه پس از جراحی به ۲۰ درصد افزایش می‌یابد. بیماران مبتلا به گلیوبلاستوما یا کنسر سیستمیک در معرض بیشترین خطر عوارض ترومبوآمبولیک هستند. سایر عوامل پیش‌بینی‌کننده مهم شامل سن بالای ۶۰ سال، فلج اندام تحتانی، استراحت در رختخواب (bed rest) و جراحی طولانی است. هر چه گرید گلیوما بالاتر باشد، خطر ایجاد DVT نیز بالاتر است. به نظر می‌رسد؛ بیان گلیکوپروتئین پودوپلانتین در گلیوماهای بدخیم با ترومبوز داخل توموری و خطر بالای ترومبوآمبولی وریدی مرتبط باشد. اقدامات پیشگیرانه متعددی که خطر حوادث ترومبوآمبولیک را پس از کراتیوتومی کاهش می‌دهد شامل out of bed شدن هر چه زودتر بیماران در بیمارستان و خانه، استفاده از جوراب‌های الاستیک و چکمه‌های فشاری است. چکمه‌های فشاری ارجحند، چرا که فعالیت فیبرینولیتیک را نیز افزایش می‌دهند. تجویز

آنومالی‌های اندام تحتانی و ایمپر فوریت آنوس ممکن است مشاهده شود. به ندرت مبتلایان دچار اختلالات ذهنی و IQ، هیدروسفالی، کیاری مالفورماسیون یا سایر آنومالی‌های مغزی هستند.

TABLE 257.1 Lumbosacral Cutaneous Manifestations Found in Lipomyelomeningocele Patients in Two Series

	Hoffman et al. ²² (1985) (N = 97)	Kanev et al. ³⁰ (1990) (N = 80)
Soft tissue mass	97	80
Skin dimple	26	14
Hemangioma	24	9
Hypertrichosis	1	11
Skin tag/tail-like appendage	5	6
Atretic or denuded skin patch	1	
Dermal sinus	3	3
hypopigmentation		

لیپومیلومینگوسل معمولاً باعث تترینگ نخاع می‌شوند. نوزادان، با افزایش سن نوزادان، دچار علائم tethered cord syndrome همراه با مشکلات نورولوژیک، ارتوپدی یا اورولوژی می‌شوند. توده چربی زیرجلدی در بیش از یک سوم بیماران نسبت به میدلاین نامتقارن است؛ در این بیماران، میزان بروز نقایص نورولوژیک در اندام تحتانی همان سمت بیشتر است. علائم به لول درگیری و همچنین سن بیمار در زمان تشخیص بستگی دارد. وجود توده در محدوده کانال میتواند منجر به دیستورشن مکانیکی پیشرونده یا ایسکمی عناصر عصبی در اثر تترینگ شود. با اینحال تعداد نامعلومی از بیماران فاقد علامت هستند. اگرچه اکثر بیماران طی چندین سال دچار کاهش تدریجی و پیشرونده عملکرد می‌شوند، اما کاهش ناگهانی و حاد عملکرد نیز گاهی در زنان بدون علامتی که در دوران بارداری در وضعیت لیتوتومی قرار گرفته‌اند، یا در بیمارانی که دچار آسیب‌های هایپر فلکشن شده‌اند، مشاهده شده است. ضعف عضلانی و اختلال در راه رفتن اغلب تا زمانی که بیمار شروع به راه رفتن می‌کند، وجود دارد. معاینه ممکن است مواردی نظیر اتروپی عضلانی، اختلاف طول پا، واروس یا والگوس دفورمیتی، hammer or claw toes، اسکولیوز، DTR مختل (فقدان رفلکس)، رفلکس نرمال و یا حتی افزایش یافته)، اختلالات حسی و یا کمردرد را نشان دهد. الگوهای غیرطبیعی دفع ادرار همراه با بی‌اختیاری ادرار یا مدفوع و یا عفونت دستگاه ادراری نیز ممکن است از علائم اولیه باشد.

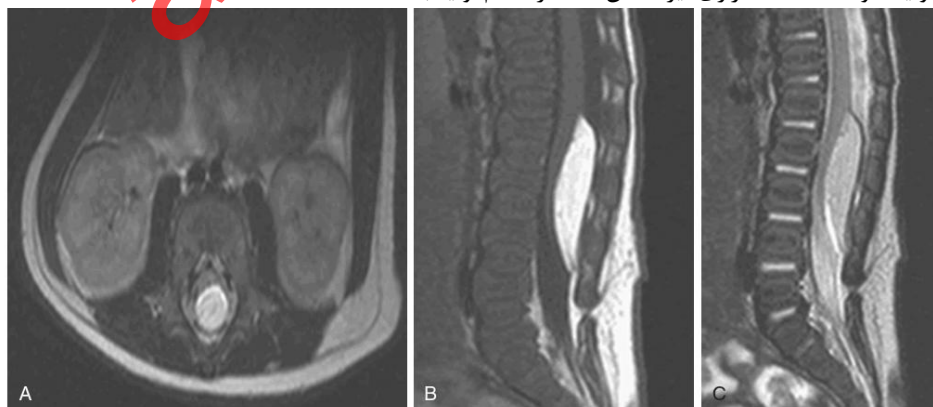


Figure 257.5. Axial T1-weighted (A), sagittal T1-weighted (B), and sagittal T2-weighted (C) MR images of the lumbar spine demonstrate a transitional lipomyelomeningocele extending from the dorsal and caudal aspects of the lumbar spinal cord and conus, with a fibrous-fatty stalk extending into the subcutaneous tissues.

ک پاسخ: الف

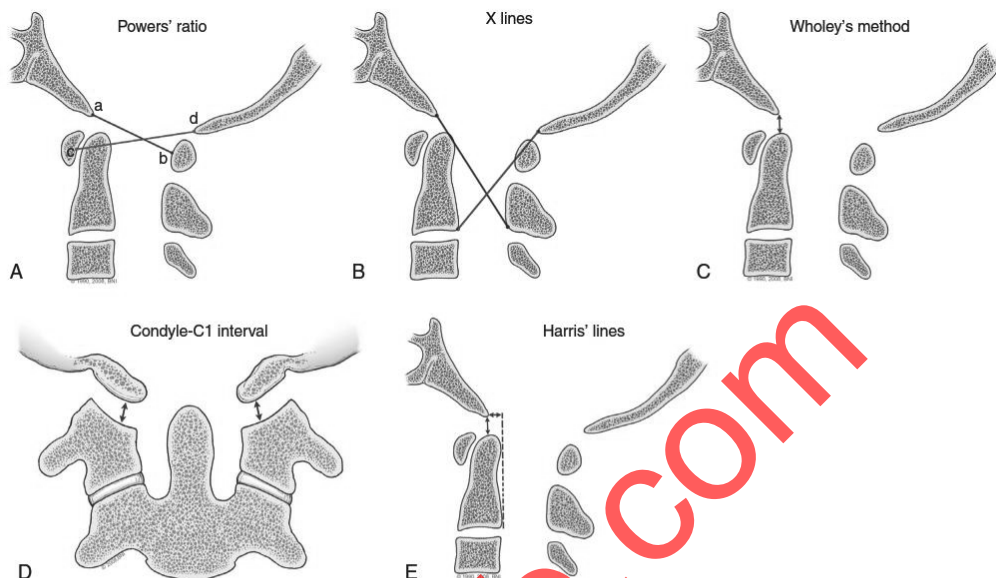


Figure 338.2. Radiographic criteria for occipitotlantal dislocation showing the most frequently used radiographic measurements for a positive diagnosis. (A) A Powers' ratio of greater than 1, that is, the basion-posterior atlas arch distance (a to b) divided by the opisthion-anterior atlas arch distance (d to c), is considered abnormal. (B) The X lines method defines abnormal as failure of a line from the basion to the axis spinolaminar junction to intersect C2, or failure of a line from the opisthion to the posterior inferior corner of the body of the axis to intersect C1. (C) Wholey's method considers a displacement of more than 10 mm between the basion and dens to be abnormal. (D) The condyle-C1 interval method defines an abnormality as the distance between the occipital condyle and C1 > 4 mm in children and > 2 mm in adults, measured on coronal and parasagittal CT imaging. (E) Harris' lines are used to define abnormal as a displacement of more than 12 mm posterior, or less than 4 mm anterior in the basion and posterior C2 interval (basion-axis interval [BAI]), or a displacement of more than 12 mm in the basion-dens interval (BDI). (Reproduced with permission from Barrow Neurological Institute, Phoenix, AZ.)

یومنز ۲۰۲۲ - فصل ۳۳۸ - صفحه ۲۶۴۱

۱۱۳- در بیمار HIV پدیده Tumefactive می‌تواند در مراحل مختلف رخ دهد. این پدیده به چه معنی است؟

- (الف) ایجاد تومور توسط آج آی وی
(ب) از بین رفتن تومور توسط آج آی وی
(ج) افزایش رشد تومور توسط آج آی وی
(د) دیدن توده‌ای شبیه تومور در آج آی وی

ک پاسخ: د

زمانیکه مبتلایان به HIV با یافته‌های نورولوژیک فوکال مراجعه می‌کنند و MRI ضایعات تومور مانند منفرد یا متعدد را نشان می‌دهد، بایستی که به tumefactive demyelination در کنار سایر تشخیص افتراقی‌ها نظیر عفونت‌ها، گلیوماها، لنفوماها و سایر تومورها فکر کرد.

گسترش یابند. گاهی، کوردوماها ممکن است در نازوفارنکس قرار داشته یا منحصرأ اینترا دورال باشند. کندروسارکوم‌ها ۰/۰۲ تا ۰/۰۳٪ از کل نئوپلاسم‌های اینتراکرنیال را تشکیل می‌دهند. تصور می‌شود که آنها از سلول‌های مزانشیمی یا از ماتریکس غضروفی جنینی جمجمه منشأ می‌گیرند.

کندروسارکوماها معمولاً در موقعیت پارامدین قرار دارند و تمایل دارند ناحیه اسفنوپتروکلایوال را درگیر کنند. این تومورها با دورال ارتباط داشته و الگوی رشد متغیر دارند. در مجموع، کندروسارکوماها پیش‌آگهی بهتری نسبت به کوردوما دارند. هم کوردوما و هم کندروسارکوما در مردان شیوع بیشتری داشته و نسبت ابتلای مرد به زن حدود ۱،۵ به ۱،۲ است. علائم بالینی در کوردوما و کندروسارکوما مشابه بوده و به محل و اندازه تومور بستگی دارد. دوبینی و سردرد شایع‌ترین علائم اولیه بوده و فلج عصب VI (ابدوسنت) شایع‌ترین علامت اولیه در بیماران است.

یومنز ۲۰۲۲ - فصل ۱۷۹ - صفحه ۱۳۵۷

۱۳۹- تجویز کورتیکواستروئیدها در آسیب نخاعی به چه صورتی توصیه شده است؟

- الف) دوز بولوس ۳۰ mg/kg طی ۱۵ دقیقه، ۴۵ دقیقه مکث و سپس ۵.۴ mg/kg طی ۲۳ ساعت
 ب) دوز بولوس ۳۰ mg/kg طی ۱۵ دقیقه، ۲ ساعت مکث و سپس ۴.۵ mg/kg طی ۲۳ ساعت
 ج) دوز بولوس ۲۰ mg/kg طی ۲۰ دقیقه، ۲ ساعت مکث و سپس ۴.۵ mg/kg طی ۲۳ ساعت
 د) دوز بولوس ۲۰ mg/kg طی ۲۰ دقیقه، ۴۵ دقیقه مکث و سپس ۵.۴ mg/kg طی ۲۳ ساعت

ک پاسخ: الف

در مورد نقش کورتیکواستروئیدها در آسیب نخاعی (SCI) همچنان کنتراروسی وجود دارد و باید موردی تصمیم‌گیری کرد. متیل پردنیزولون همچنان به عنوان یک گزینه درمانی برای بیماران جوان، غیردیابتی و دارای سیستم ایمنی سالم که در عرض ۸ ساعت پس از آسیب نخاعی ناکامل و غیرنافذ مراجعه می‌کنند، استفاده می‌شود. تجویز این دارو بویژه در مبتلایان به آسیب نخاعی گردنی حائز اهمیت است. تجویز کورتیکواستروئیدها با رژیم NASCIS II (متیل پردنیزولون با دوز بولوس ۳۰ میلی‌گرم بر کیلوگرم طی ۱۵ دقیقه و به دنبال آن یک مکث (وقفه) ۴۵ دقیقه‌ای و سپس دوز نگهدارنده ۵،۴ میلی‌گرم بر کیلوگرم در ساعت در یک دوره ۲۳ ساعته) را میتوان در نظر داشت. هر چند شواهد متوسطی وجود دارد که رژیم ۲۴ ساعته NASCIS II هیچ تاثیری بر شاخص‌های بهبودی عصبی در طولانی مدت ندارد. با این حال، شواهدی از بهبود اندک در بازیابی حرکت متعاقب تجویز دارو طی ۸ ساعت از آسیب وجود دارد. اگرچه این رژیم برای ۲۴ ساعت ایمن است ولیکن تجویز بیشتر دارو تا ۴۸ ساعت ممکن است میزان بروز عوارض عفونی را بیشتر کند.

یومنز ۲۰۲۲ - فصل ۳۳۶ - صفحه ۲۶۲۵

۱۴۰- آقای ۶۸ ساله با افت هوشیاری و همی پارزی راست مراجعه کرده است. سابقه MI چند ماهه اخیر همراه با سابقه فشارخون بالا و دیابت که در معاینه با تحریک دردناک لوکالیزه و فقط ناله کرده ولی چشم‌ها را باز نمی‌کند. هیدروسفالی و SAH مشهود می‌باشد. جهت بیمار و تریکولوستومی انجام می‌شود که فشار ۲۵ (سانتی‌متر آب) را نشان می‌دهد. آنژیوگرافی مغزی نشان دهنده آنوریسم شریان رابط قدامی با سایز ۱۰ میلی‌متر می‌باشد. بهترین روش درمانی در این بیمار کدام است؟

- الف) نیازی به درمان آنوریسم نیست.
 ب) در اولین فرصت عمل جراحی انجام و آنوریسم کلیپ شود.
 ج) درمان اندوواسکولار انجام شود.
 د) تا زمان افزایش هوشیاری صبر کرده و سپس به روش جراحی کلیپ شود.

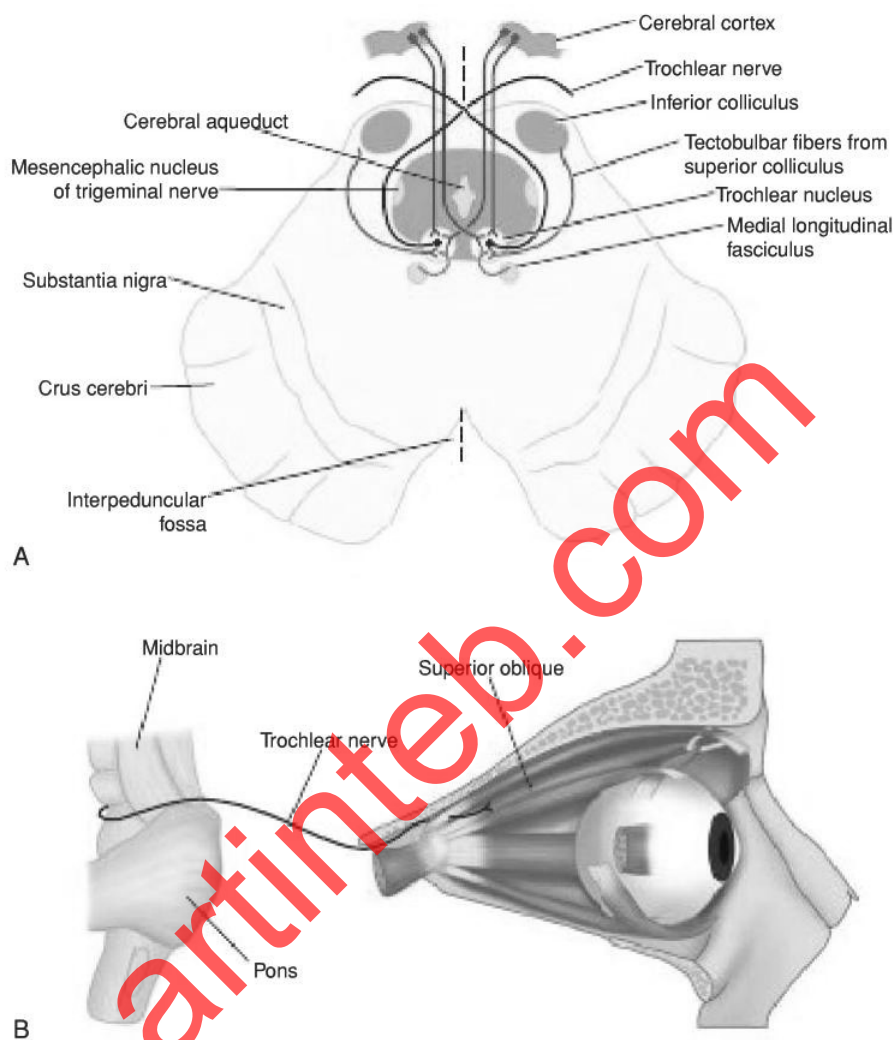


Figure 11-6 **A:** Trochlear nerve nucleus and its central connections. **B:** Distribution of the trochlear nerve.

اسنل ۲۰۱۹ - فصل ۱۱ - صفحه ۳۳۳

۱۴۸- مردی ۴۷ ساله به علت سردرد و دوبینی مراجعه کرده و به علت تومور اینترا و اکسترا آگزیال درگیر کننده کلایووس و اسفنوئید تحت رزکسیون آندوسکوپی قرار گرفته است. در پاتولوژی سلول‌های فیسالی فروس گزارش شده است. در ام آر آی پس از عمل باقیمانده تومور اینترادورال اطراف PCA دیده می‌شود. تمام روش‌های درمانی زیر موثر است، بجز:

- (ب) رادیوتراپی با یون کربن
(د) رادیوسرجری

- (الف) شیمی درمانی با تموزولامید
(ج) رادیوتراپی پروتون