

نمونه سوالات میکرو طبقه بندی شده

سابیستون ۲۰۲۶

با پاسخ های تشریحی

آمادگی جهت آزمون فوق تخصص ، بوردا و ارتقا

SQS 2

جلد دوم

جراحه عمومی

گردآوری و تالیف:

دکتر مریم سرکرده

رتبه اول بوردا تخصصی جراحی ۱۳۹۷

فلوشیپ فوق تخصصی جراحی پستان

عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر پارسا حلال خور میرکالایی

دستیار جراحی عمومی دانشگاه علوم پزشکی تهران

بازخوانی و مرور سوالات امتحانات ورود و ارتقا تخصصی همواره یکی از روش های آموزشی بوده که باعث بهبود عملکرد دستیاران و کمک به مرور مباحث می شود. با توجه به تغییر رفرنس جراحی عمومی از کتاب شوارتز به کتاب سابستون نیاز به وجود یک کتاب نمونه سوال جامع جهت مرور مباحث احساس می شد، بنابراین با استخراج سوالاتی که در طی سال های قبل از کتاب سابستون مطرح شده بود و تطبیق پاسخ های این سوالات با سابستون ۲۰۲۶، به علاوه اضافه کردن یک سری سوالات تالیفی جهت تکمیل برخی فصل های مهم و پر کاربرد مانند تروما، سعی شده مجموعه نسبتاً کاملی را برای مطالعه همکاران فراهم بکنیم. این کتاب تفاوتی که با مجموعه های قبلی دارد دسته بندی میکرو طبقه بندی هست بدین معنی که تمامی مباحث به تفکیک سکشن و فصل و تعداد سوالاتی که از آن موضوع مطرح شده، دسته بندی شده اند و با نام جدید SQS در اختیار همکاران و دستیاران عزیز قرار می گیرد.

امید است که با مطالعه و مرور این کتاب موفقیت بیشتری را در آزمون های پیش رو داشته باشید. در انتها از همکار عزیز جناب آقای دکتر پارسا حلال خور که در تهیه و گردآوری این مجموعه زحمت زیادی کشیدند، نهایت تشکر را دارم.

در نهایت برای تمامی همکاران محترم موفقیت روزافزون را از خداوند منان خواستارم.

دکتر مریم سرکرده

رتبه اول کشوری ورود تخصصی جراحی عمومی

فلوشیپ جراحی پستان

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

۷	SECTION II PERIOPERATIVE MANAGEMENT
۷	Chapter 19: Principles of Preoperative and Operative Surgery
۳۴	Chapter 25: Surgical Site Infections
۳۹	Chapter 27: Surgery in the Geriatric Patient
۴۳	Chapter 28: Surgery in Pregnant Patient
۶۸	SECTION V SURGICAL ONCOLOGY
۶۸	Chapter 63: Melanoma and Cutaneous Malignancies
۸۷	Chapter 64: Sarcomas of the Soft Tissues, Retroperitoneum, and Bone
۱۰۶	Chapter 68: Diseases of the Breast
۱۱۸	Chapter 72: The Spleen
۱۲۴	SECTION VIII ALIMENTARY TRACT
۱۲۴	Chapter 85: The Acute Abdomen
۱۳۹	Chapter 88: Biliary System
۱۴۳	Chapter 94: The Appendix

SECTION II PERIOPERATIVE MANAGEMENT

Chapter: 19

Principles of Preoperative and Operative Surgery

تعداد سوال: ۲۹

Cardiovascular System

- ۱- بیمار ۶۰ ساله کاندید عمل پانکراتکتومی دیستال است. وی قادر به بالا رفتن از پله با مسافت یک طبقه می‌باشد. نوار قلبی وی طبیعی است. در دو سال گذشته نیاز به بررسی قلبی نداشته است. جهت بررسی وضعیت قلبی و عروق قبل از عمل جراحی کدام گزینه صحیح است؟ (مشترک ۹۷)
- الف) انجام اکوکاردیوگرافی و اقدامات بعدی بر اساس نتیجه آن
- ب) نیاز به اقدام بیشتری از نظر قلبی قبل از عمل ندارد.
- ج) اسکن تالیوم قلب و در صورت مثبت بودن سی تی آنژیوگرافی
- د) تست ورزش و در صورت مثبت بودن آنژیوگرافی

پاسخ: ب

سیستم قلب و عروق

با تداوم سالمند شدن جمعیت ایالات متحده، شمار بیمارانی که با بیماری قلبی تحت اعمال جراحی غیرقلبی الکتیو قرار می‌گیرند افزایش خواهد یافت. عوارض قلبی پیرامون عمل با افزایش مرگ‌ومیر، ناخوشی و هزینه همراه است. با این حال، انجام مداخلات قلبی پیش‌عملی برای کاهش خطر جراحی غیرقلبی به‌ندرت لازم می‌شود؛ مگر آنکه چنین مداخله‌ای در اصل برای مدیریت وضعیت پایه‌ی بیمار اندیکاسیون داشته باشد.

هدف ارزیابی قلبی در دوره‌ی پیش از عمل (در صورت لزوم انجام) نه «صدور اجازه‌ی جراحی»، بلکه ارائه‌ی اطلاعات درباره‌ی نمایه‌ی خطر قلبی بیمار و گزینه‌های مدیریت این خطر است. اصل بنیادین در ارزیابی قلبی پیش‌عملی آن است که فقط زمانی آزمایش تکمیلی انجام شود که احتمال معقولی وجود داشته باشد که نتیجه‌ی آن، مدیریت را تغییر دهد. این تغییرات ممکن است شامل تأخیر در عمل، رواسکولاریزاسیون پیش‌عملی، بهینه‌سازی طبی، تغییر در برنامه‌ی پایش پیرامون عمل یا ارجاع بیمار به مرکز تخصصی باشد.

شود. همچنین، اگر عمل الکتیو است و پاتولوژی اجازه می‌دهد، بیمار ممکن است با تلاش برای بهینه‌سازی وزن قبل از مداخله جراحی سود بیشتری ببرد.

TABLE 25.2 Patient-Related Factors Associated With Surgical Site Infection

Obesity ¹²
Immunosuppression ^{13,14}
Hyperglycemia ^{15,16}
Tobacco use ^{18,19}
Malnutrition ²⁰⁻²³
Staphylococcal colonization ²⁶

ایمنوساپرشن

سرکوب ایمنی منجر به یک پاسخ ایمنی نامنظم می‌شود که فاز التهابی ترمیم زخم را کاهش می‌دهد؛ این امر بهبود برش را مختل کرده و خطر عفونت پس از عمل را افزایش می‌دهد. در عرصه بالینی، “ایمنوکامپرومایز” گروه ناهمگونی از بیماران است:

- شرایط مادرزادی (اختلالات سلول T یا B، دیس‌فانکشن ماکروفاژ)
- شرایط اکتسابی شامل HIV/AIDS، بدخیمی‌های خونی، بیماری‌های ایمنی، پیوند اعضا، یا درمان با داروهای ایمنومودولاتور/شیمی‌درمانی.

همچنین مشخص است که افزایش سن به دلیل بازآرایی سیستم ایمنی و ایمنوسِنسِنس موجب ایمنوساپرشن می‌شود. مطالعات متعدد نشان داده‌اند که بیماران ایمنوکامپرومایز در اغلب تخصص‌ها افزایش خطر SSI دارند. بنابراین، ضروری است نقش ایمنوساپرشن در عوارض عفونی پس از عمل بحث شود و در صورت امکان، داروهای سرکوب‌کننده ایمنی در پری‌اپ به‌طور موقت قطع شوند تا نتایج عفونی بهبود یابد.

هیپرگلیسمی

هیپرگلیسمی پاسخ ایمنی ذاتی را مختل کرده و ترمیم زخم را به خطر می‌اندازد. بنابراین محدودکردن هیپرگلیسمی پری‌اپ، چه در دیابتی‌ها و چه در غیردیابتی‌ها، اهمیت زیادی دارد. مطالعات جدید نشان می‌دهند بیماران که هیپرگلیسمی داخل‌عمل و بعد از عمل دارند، نسبت به افراد با نرموگلیسمی، بیشتر دچار SSI می‌شوند. همچنین کنترل گلوکز پری‌اپ در بیماران دیابتی که پیش از عمل کنترل ضعیف قند داشته‌اند دشوارتر است. بنابراین بهینه‌سازی گلوکز در پری‌اپ احتمالاً خطر SSI را کاهش می‌دهد.

مصرف تنباکو

مصرف/سوءمصرف تنباکو با عوارض متعدد پس از عمل، از جمله SSI، مرتبط است. نیکوتین جریان خون را محدود کرده و اکسیژن و مواد مغذی را کاهش می‌دهد. همچنین پاسخ التهابی و متابولیسم کلاژن را مختل کرده و در نتیجه بهبود زخم را خراب و خطر عفونت را افزایش می‌دهد. مطالعات جدید تأیید می‌کنند که مصرف تنباکو شانس SSI را افزایش می‌دهد.

مدت لازم برای ترک تنباکو جهت خنثی‌سازی این اثر مشخص نیست؛ اما معمولاً یک ماه ترک توصیه می‌شود، بر اساس RCT سال ۲۰۰۳ که نشان داد SSI در افراد سیگاری دو برابر افراد غیرسیگاری و کسانی است که ۴ هفته قبل از عمل ترک کرده بودند.

Chapter: 68

Diseases of the Breast

تعداد سوال: ۴

BREAST IMAGING AND DIAGNOSTIC BIOPSY *Imaging Modalities*

۱- خانم باردار ۲۵ هفته با ضایعه کیستیک پستان چپ از حدود یک ماه قبل مراجعه نموده، کیست تحت گاید سونوگرافی (BIRADS III) آسپیره می شود و آتیبی یا مورد مشکوکی مشاهده نمی شود. اقدام بعدی شما کدام است؟ (مازندران ۹۷- با اندکی تغییر)

- الف) اطمینان دهی به بیمار
ب) تکرار سونوگرافی ۶ هفته بعد
ج) توصیه به پیگیری بعد از زایمان
د) بیوپسی از جدار کیست

پاسخ: ب

Imaging Modalities **Mammography (ماموگرافی)**

ماموگرافی روش اصلی تصویربرداری برای غربالگری زنان بدون علامت (asymptomatic females) است. در طول انجام ماموگرافی، پستان بین صفحات فشرده می شود تا:

- ضخامت بافتی که تحت تابش X-ray قرار می گیرد کاهش یابد
- ساختارهای مجاور از هم تفکیک شوند
- قدرت تفکیک (resolution) تصویر بهبود یابد

در Screening Mammography از هر پستان دو نما تهیه می شود:

- **Mediolateral-oblique (MLO)**
- **Craniocaudal (CC)**

در صورت مشاهده ی یافته ی غیرطبیعی در ماموگرافی غربالگری یا در حضور یافته ها یا علائم بالینی، انجام **Diagnostic Mammography** اندیکاسیون دارد.

ماموگرافی تشخیصی شامل نماهای اضافه برای ارزیابی دقیق تر یافته های مشکوک است، از جمله:

- Axillary view
- Magnification views
- و نماهای تخصصی دیگر
- Mediolateral view
- Implant-displaced view
- Compression views

در اغلب موارد، آسیب‌ها در نزدیکی دوشاخه یا همراه با نقصی بیش از ۱ سانتی‌متر بین دو انتهای داکت رخ می‌دهند و نیازمند آناستوموز مجدد به دستگاه گوارش هستند. در این حالت، انتهای دیستال دوخته و بسته می‌شود و انتهای پروگزیمال تا بافت طبیعی دب‌بریده می‌گردد. انتخاب روش بازسازی به محل و وسعت آسیب، سابقه تلاش‌های ترمیمی قبلی، و ترجیح جراح بستگی دارد.

آسیب‌های پایین مجرای صفراوی را می‌توان به دئودنوم دوباره کاشت، اما کلدو کودئودنوستومی جدید خطر فیستول دئودنال دارد و اغلب برای جلوگیری از کشش به موبیلیزاسیون گسترده نیاز دارد. روش Roux-en-Y به‌طور قابل‌توجهی منعطف‌تر است و برای آسیب‌ها در تمام درخت صفراوی قابل استفاده می‌باشد. از آن‌جا که بیشتر آسیب‌ها در بخش‌های بالایی درخت صفراوی و نزدیک هیلوم رخ می‌دهند، در تقریباً همه موارد، رزکسیون سگمان آسیب‌دیده و آناستوموز مخاط به مخاط با ژژنوم Roux-en-Y ترجیح داده می‌شود.

استنت گذاری ترانس آناستوموتیک موجب بهبود پاساژ آناستوموز می‌شود و مدت طولانی‌تر استنت گذاری با پیامد مطلوب‌تری همراه است. از آن‌جا که آسیب‌های عروقی همزمان شایع هستند، داپلر سونوگرافی برای تأیید جریان مناسب شریان کبدی و ورید پورت توصیه می‌شود.

به دلیل انجام نادر بازسازی صفراوی در بسیاری از مراکز، اغلب ترمیم‌های فوری در منابع گزارش نمی‌شوند، اما قضاوت جراحی و تجربه در این زمینه حیاتی است. در صورت نبود جراح باتجربه، بهترین راهبرد قرار دادن یک یا چند درن در ربع فوقانی راست و ارجاع فوری به مرکز مجرب است.

Identified after cholecystectomy

تشخیص آسیب یا تروژنیک مجرای صفراوی باید در هر بیماری با علائم جدید یا رو به تشدید پس از کوله‌سیستکتومی لاپاراسکوپیک مطرح شود. نشت ممکن است به صورت تخلیه صفرا از درن ساب‌هپاتیک یا از محل برش دیده شود. در نبود مسیر تخلیه خارجی، نشت صفرا به صورت بیلوم (استریل یا عفونی) یا آسیت صفراوی ظاهر می‌یابد. درد پس از غذا، درد شانه، بی‌حالی، و/یا تب باید ظن آسیب را تقویت کند.

بیماران باید تحت تصویربرداری برای بررسی تجمع مایع و ارزیابی درخت صفراوی قرار گیرند. اگرچه سونوگرافی مفید است، به دلیل نیاز احتمالی به تخلیه پریکوتانئوس، CT معمولاً اطلاعات کامل‌تری ارائه می‌دهد. ایسکمی علت شایع تنگی است و در ۲۰٪ یا بیشتر از بیماران، آسیب‌های عروقی همزمان و تشخیص داده نشده وجود دارد.

در تظاهر تأخیری، سه هدف اصلی درمان مطرح است. اول، کنترل عفونت با تخلیه مایعات برای کاهش التهاب. آنتی‌بیوتیک وسیع‌الطیف، دکامپرن صفراوی، و تخلیه تجمعات این هدف را محقق می‌کند و فوریتی برای بازسازی وجود ندارد. دوم، تعیین دقیق آناتومی با کلانژیوگرافی است؛ بدون آن، ترمیم موفق نخواهد بود. ERCP در صورت حفظ تداوم داکت ممکن است، اما PTC درخت صفراوی داخل کبدی را نشان داده، محل آسیب را مشخص می‌کند و امکان تخلیه یا حتی بسته شدن نشت را فراهم می‌سازد. نشت‌های کوچک با تداوم داکت و نشت از استامپ داکت سیستمیک معمولاً با استنت گذاری اندوسکوپیک و اسفنکترتومی موفقیت‌آمیز هستند.

سوم، بازسازی پایدار تخلیه صفراوی—روده‌ای است. اگرچه درمان‌های پریکوتانئوس و اندوسکوپیک ممکن است تداوم ایجاد کنند، جراحی بالاترین نرخ پایداری را دارد. آناستوموز باید بدون کشش، مخاط به مخاط و روی داکت با حداقل التهاب انجام شود. در تنگی‌های نزدیک محل تلاقی (> ۲ سانتی‌متر) یا درگیری داکت‌های داخل کبدی، استنت گذاری طولانی مدت ممکن است مفید باشد و در صورت درگیری کانفلوانس، استنت گذاری هر دو داکت راست و چپ توصیه می‌شود.

در صورت بروز تب، افزایش شمارش گلبول سفید، درد و تأخیر در بازگشت عملکرد روده، احتمال آبسه پس از عمل باید مطرح شود. آبسه، آپاندیسیت پرفوره را در ۱۰٪ تا ۲۰٪ موارد پیچیده می‌کند و منبع اصلی موربیدیتی مرتبط با سوراخ‌شدگی است. CT با تجویز وریدی ماده حاجب تشخیصی است. پس از تشخیص آبسه، درمان معمولاً شامل آنتی‌بیوتیک‌ها و درناژ پرکوتانئوس است. اگر درناژ CT-گاید به دلیل محل آبسه از نظر فنی ممکن نباشد، درناژ لاپاراسکوپیک، ترانس‌رکتال یا ترانس‌واژینال گزینه‌های جایگزین هستند.

آپاندیسیت حاد همراه با آبسه یا فلگمون

در بیمارانی که با آپاندیسیت حاد همراه با آبسه یا فلگمون مراجعه می‌کنند، درمان باید بر اساس ماهیت تظاهر بالینی به صورت فردمحور انجام شود. (شکل ۹۴،۴)

اگرچه نادر است، بیمار ممکن است با پریتونیت منتشر مراجعه کرده و نیاز به مداخله جراحی اورژانسی داشته باشد. شایع‌تر آن است که بیماران مشابه توصیف‌های قبلی مراجعه کنند. اکسپلوراسیون فوری و تلاش برای آپاندکتومی در این بیماران می‌تواند منجر به موربیدیتی قابل توجهی شود، از جمله عدم شناسایی آپاندیس، آبسه یا فیستول پس از عمل، و گسترش غیرضروری عمل جراحی برای شامل شدن ایلئوسککتومی، که همگی به دلیل سفتی شدید و شکنندگی بافت‌های درگیر است. علاوه بر این، درمان غیرجراحی اغلب موفق است و عوارض کمتری نسبت به درمان جراحی فوری دارد. با این حال، شواهدی وجود دارد که از مدیریت جراحی فوری از نظر کاهش مدت بستری، کاهش بستری مجدد، کاهش مداخلات اضافی و کاهش میزان نهایی برداشت روده حمایت می‌کند.

راهنماهای اورشلیم (World Society of Emergency Surgeons (WSES) توصیه می‌کنند که در صورت در دسترس نبودن مهارت لاپاراسکوپیک، درمان غیرجراحی انجام شود، اما در دست‌های باتجربه، از درمان جراحی حمایت می‌کنند.

در صورت شناسایی آبسه موضعی، درناژ پرکوتانئوس هدایت‌شده با تصویربرداری برای کنترل منبع باید انجام شود. پس از کنترل منبع، آنتی‌بیوتیک‌ها باید به مدت ۴ روز ادامه یابند. کاتتر درناژ معمولاً تا زمانی که خروجی قطع شود یا به مقادیر استاندارد کاهش یابد، در محل باقی می‌ماند. اگر درناژ پرکوتانئوس از نظر فنی امکان‌پذیر نباشد، درناژ لاپاراسکوپیک ممکن است لازم شود. مدیریت پس از عمل در این بیماران مشابه بیمارانی است که با درناژ پرکوتانئوس موفق درمان شده‌اند. اگر فلگمون پری‌آپاندیس وجود داشته باشد یا حجم مایع برای درناژ کافی نباشد، بیمار می‌تواند صرفاً با آنتی‌بیوتیک‌ها، معمولاً به مدت ۴ تا ۷ روز، طبق توصیه راهنماهای Infectious Diseases Society of America (IDSA) برای درمان عفونت‌های داخل شکمی درمان شود. اگر بیماری با فلگمون با درمان آنتی‌بیوتیکی به تنهایی بهبود نیابد، تصویربرداری مجدد برای ارزیابی ایجاد متعاقب یک آبسه قابل درناژ ضروری است.

پس از درمان غیرجراحی موفق آپاندیسیت پیچیده، آپاندکتومی تأخیری، که در آن بیماران چند هفته تا چند ماه بعد تحت برداشت آپاندیس قرار می‌گیرند، باید مدنظر قرار گیرد.

منطق آپاندکتومی تأخیری بر اساس پتانسیل بروز آپاندیسیت عودکننده و خطرات متعاقب مرتبط با برداشت اورژانسی یا سوراخ‌شدگی مجدد آپاندیس است. از سوی دیگر، آپاندکتومی تأخیری می‌تواند چالش‌برانگیز باشد و در نتیجه خطر عوارض پس از عمل را هنگام انجام افزایش دهد. مطالعات متعدد، میزان عود آپاندیسیت پس از درمان غیرجراحی را بررسی کرده‌اند، که این میزان بین ۸٪ تا ۳۱/۸٪ متغیر است. یافته‌های این مطالعات، همراه با نتایج مشابه گزارش‌شده توسط سایرین و هزینه‌های مرتبط با مداخله جراحی برای پیشگیری از عود، منجر به توصیه راهنمای اورشلیم WSES علیه انجام روتین آپاندکتومی تأخیری شده است. با این حال، نشان داده شده است