

A.I.M series

گنجینه برتر داخله

مجموعه پرسش ها و  
پاسخ های تشریحی  
تفکیک شده

آزمون مورد و ارتقا

غدد

از سال ۱۳۹۹ تا ۱۴۰۴

بر اساس

هاریستون ۲۰۲۵

گردآوری و تألیف:

دکتر سها یکتا

رتبه ۵ درصد برتر مورد تخصصی بیماری های داخلی

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان

دکتر لیدا شاه ملک پور خشکبیجار

مورد تخصصی بیماری های داخلی

تحت نظارت:

دکتر سید مجتبی نکوقدم

مورد تخصصی بیماری های 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 گنجینه‌ی 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 کم سابقه و حتی بی سابقه 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.

می‌باشد طبیب عیسوی هش

می‌کوش به هر ورق که خوانی

اما نه طبیب آدمی کش

تا معنی آن تمام دانی

معلم کوچک طب داخلی

سید مجتبی نکوفدم

فهرست

|          |                                                                     |         |
|----------|---------------------------------------------------------------------|---------|
| ۷.....   | Skin Manifestations of Internal Disease :                           | ۶۱ فصل  |
| ۸.....   | Hypopituitarism :                                                   | ۳۹۱ فصل |
| ۱۲.....  | Pituitary Tumor Syndromes :                                         | ۳۹۲ فصل |
| ۲۲.....  | Disorders of the Neurohypophysis :                                  | ۳۹۳ فصل |
| ۲۸.....  | Thyroid Gland Physiology and Testing :                              | ۳۹۴ فصل |
| ۳۶.....  | Hypothyroidism :                                                    | ۳۹۵ فصل |
| ۴۴.....  | Hyperthyroidism and Other Causes of Thyrotoxicosis :                | ۳۹۶ فصل |
| ۶۰.....  | Thyroid Nodular Disease and Thyroid Cancer :                        | ۳۹۷ فصل |
| ۶۹.....  | Disorders of the Adrenal Cortex :                                   | ۳۹۸ فصل |
| ۹۳.....  | Pheochromocytoma :                                                  | ۳۹۹ فصل |
| ۹۸.....  | Multiple Endocrine Neoplasia Syndromes :                            | ۴۰۰ فصل |
| ۱۰۱..... | Autoimmune Polyendocrine Syndromes :                                | ۴۰۱ فصل |
| ۱۰۲..... | Sex Development :                                                   | ۴۰۲ فصل |
| ۱۰۴..... | Disorders of the Testes and Male Reproductive System :              | ۴۰۳ فصل |
| ۱۱۰..... | Disorders of the Female Reproductive System :                       | ۴۰۴ فصل |
| ۱۱۳..... | Menstrual Disorders and Pelvic Pain :                               | ۴۰۵ فصل |
| ۱۱۵..... | Men's Health :                                                      | ۴۱۱ فصل |
| ۱۱۸..... | Pathobiology of Obesity :                                           | ۴۱۳ فصل |
| ۱۲۰..... | Evaluation and Management of Obesity :                              | ۴۱۴ فصل |
| ۱۲۶..... | Diabetes Mellitus: Diagnosis, Classification, and Pathophysiology : | ۴۱۵ فصل |
| ۱۳۶..... | Diabetes Mellitus: Management and Therapies :                       | ۴۱۶ فصل |
| ۱۶۳..... | Diabetes Mellitus: Complications :                                  | ۴۱۷ فصل |
| ۱۷۳..... | Hypoglycemia :                                                      | ۴۱۸ فصل |
| ۱۷۹..... | Disorders of Lipoprotein Metabolism :                               | ۴۱۹ فصل |
| ۱۸۸..... | The Metabolic Syndrome :                                            | ۴۲۰ فصل |
| ۱۹۰..... | Bone and Mineral Metabolism in Health and Disease :                 | ۴۲۱ فصل |
| ۱۹۸..... | Disorders of the Parathyroid Gland and Calcium Homeostasis :        | ۴۲۲ فصل |
| ۲۱۱..... | Osteoporosis :                                                      | ۴۲۳ فصل |
| ۲۲۰..... | Wilson's Disease :                                                  | ۴۲۷ فصل |
| ۲۲۲..... | Medical Disorders During Pregnancy :                                | ۴۹۱ فصل |

## فصل ۶۱: Skin Manifestations of Internal Disease

۱- کدامیک از یافته‌های درماتولوژیک زیر کمترین ویژگی (The least specificity) جهت شک به دیس‌لیپیدمی زمینه‌ای دارد؟ (بورد ۱۴۰۴)



### پاسخ: ب

گزانتلازما کمترین ویژگی را برای هایپرلیپیدمی دارد زیرا حداقل ۵۰ درصد بیماران با این یافته، پروفایل لیپید نرمال دارند.

**نگارنده:** همان‌طور که ذکر شد رویت گزانتلازما ارزش چندانی جهت پی بردن به دیس‌لیپیدمی ندارد. با این حال گاهی در انواع هیپرکلسترولمی‌ها نیز این ضایعه دیده می‌شود. به ارتباط بالینی هر نوع دیس‌لیپیدمی با ضایعات پوستی اختصاصی آن در شکل زیر دقت کنید:

Physical examination findings associated with hyperlipidemia:

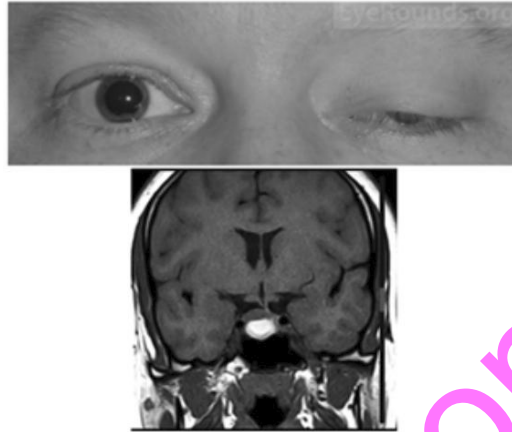
- A: Xanthelasma (Cholesterol disorders)
- B: Lipemia retinalis (Triglyceride disorders)
- C: Achilles tendon xanthomas
- D: Tendon xanthomas (Cholesterol disorders)
- E: Tuberos xanthomas (Cholesterol disorders)
- F: Palmar xanthomas (Dysbetalipoproteinemia)
- G: Eruptive xanthomas (Tg disorders)



### فصل ۳۹۱: Hypopituitarism

۱- آقای ۲۵ ساله با سابقه بیماری آنمی داسی شکل که به طور ناگهانی دچار سردرد شدید، فتوفوبی و دوبینی شده مورد مشاوره قرار می‌گیرد. در معاینه Systolic BP=80mmHg, neck rigidity و Kernig's علائم و Brudzinski's دارد.

عکس بیمار و تصویر MRI مغز انجام شده را مشاهده می‌کنید:



علاوه بر بستری کردن و ارزیابی مداوم و شروع گلوکوکورتیکوئید وریدی، مناسب‌ترین اقدام کدام است؟ (بورد ۱۴۰۴)

- (الف) سی تی اسکن مغز ۱۲ ساعت بعد  
(ب) انجام Lumbar puncture  
(ج) درخواست آزمایشات هورمونی  
(د) درخواست جراحی اورژانس

#### پاسخ: د

نگارنده: بیمار دچار آپوپلکسی حاد هیپوفیز در زمینه بیماری سلول داسی شکل شده است. اولین درمان در تمام این بیماران، تجویز گلوکوکورتیکوئید وریدی و سپس در صورت بروز هرگونه علامت بینایی یا نورولوژیک انتقال فوری به اتاق عمل می‌باشد.

۲- خانم ۳۲ ساله‌ای با سردرد اخیر، تهوع، استفراغ، ضعف و افت فشارخون به اورژانس بیمارستان مراجعه کرده است. سابقه بیماری ملانوم پوستی داشته و به علت عدم پاسخ به کموتراپی تحت ایمونوتراپی با داروی Ipilimumab قرار گرفته است. جهت بیمار Brain MRI درخواست می‌شود که توده‌ای هموژن در هیپوفیز مشابه ماکروآدنوم و بدون خونریزی دیده می‌شود که از اپتیک کیاسما فاصله دارد. نتایج آزمایشات بیمار به صورت زیر است:

(Cortisol= 5 ug / dl (5-20) PRL= 45ng / ml TSH= 0. 5miu / l  
T4= 4. 5 ug / dl (4-12)

بیمار علائم دیابت بیمزه را ندارد. محتمل‌ترین تشخیص برای بیمار کدام است؟ (ارتقا ۱۴۰۴)

- (الف) پرولاکتینوما  
(ب) آدنوم نان فانکشن  
(ج) هیپوفیزیت لنفوسیتیک  
(د) متاستاز به هیپوفیز

#### پاسخ: ج

سلول‌های هیپوفیز (CTLA-4) cytotoxic T lymphocyte antigen-4 را بیان می‌کنند و تا ۲۰٪ از بیمارانی که ایمونوتراپی سرطان با مهارکننده‌های CTLA-4 مثل ipilimumab دریافت می‌کنند، ممکن است به هیپوفیزیت مبتلا شوند که می‌تواند با نارسایی تیروئید، آدرنال، islet و گونادها همراه باشد. هیپوفیزیت هم‌چنین با مهارکننده‌های PD-1/ PD-L1 مثل pembrolizumab و nivolumab گزارش شده و ممکن است با تظاهر تاخیری همراه باشد.

HLA DQ0602 در ۳۹٪ از بیماران مبتلا به هیپوفیزیت مرتبط با checkpoint inhibitor دیده می‌شود (نکته جدید). جایگزینی هورمون‌های هیپوفیز، با یا بدون گلوکوکورتیکوئیدهای با دوز بالا، معمولاً به طور ایمن قابل تحمل است و می‌توان در این شرایط ایمونوتراپی را ادامه داد.

۳- آقای ۵۳ ساله، ۲ سال قبل به علت توده هیپوفیز جراحی شده و بعد عمل دچار نارسایی هیپوفیز شده است. در حال حاضر روزانه ۵۰ میکروگرم لووتیروکسین، ۷/۵ میلی گرم قرص پردنیزولون و هر سه هفته ۲۵۰ میلی گرم آمپول تستوسترون ااناتات دریافت می‌کند. اخیراً از افزایش خواب آلودگی و بی‌حالی شاکی است فشارخون بیمار نرمال و از نظر عملکرد جنسی مشکلی ندارد. آزمایشات بیمار به ترتیب زیر است:

LH= 0.1 mIU/ ml (3-12), Testosterone= 320 ng/ dl (270- 1070), Free T4= 0.7 µg/ dl (0/ 5- ۱/ ۲)  
TSH= 0.05 mIU/ L (0.5 -4.5), Prolactin= 5ng/ ml (2/ 5-20), IGF1 = 210 ng/ ml (81-255)  
Na= 140 mEq/ l, K= 3.9 mEq/ l

اقدام مناسب برای بیمار کدام است؟ (ارتقا تیریز ۱۴۰۳)

- الف) افزایش دوز پردنیزولون  
ب) افزایش دوز لووتیروکسین  
ج) کاهش فواصل تزریق تستوسترون به هر دو هفته  
د) شروع هورمون رشد

#### پاسخ: ب

در کم‌کاری هیپوفیز درمان جایگزینی هورمون، شامل گلوکوکورتیکوئیدها، هورمون تیروئید، استروئیدهای جنسی، GH و AVP، معمولاً بی‌خطر و بدون عوارض است. رژیم‌های درمانی که تولید فیزیولوژیک هورمون را تقلید می‌کنند، امکان حفظ هموستاز بالینی رضایت‌بخش را فراهم می‌کنند. بیمارانی که نیاز به جایگزینی گلوکوکورتیکوئید دارند، به ویژه در طول وقایع استرس‌زا مانند بیماری حاد، اقدامات دندانپزشکی، تروما و... نیاز به تنظیم دقیق دوز دارند. نگارنده: با توجه به علائم بیمار و آزمایشات، سطح Free T4 پایین‌تر از حد نرمال، اضافه کردن دوز لووتیروکسین منطقی به نظر می‌رسد. دقت شود که تنظیم دوز لووتیروکسین در بیماران با سابقه جراحی هیپوفیز، براساس سطح FreeT4 و با هدف حفظ آن در نیمه فوقانی حد نرمال می‌باشد نه براساس عدد TSH.

۴- پسر ۱۵ ساله به علت کوتاهی قد مراجعه کرده است. سابقه دیابت تیپ یک از تیپ یک از ۱۰ سال قبل دارد. قد وی ۱۵۰ سانتی‌متر (صدک قد کمتر از ۵ درصد) است. در آزمایشات HbA1c: 10% می‌باشد. کدام

یک از موارد زیر محتمل‌تر است؟ (ارتقا تهران ۱۴۰۳)

- الف) GH کاهش یافته و IGF1 کاهش یافته  
ب) GH افزایش یافته و IGF1 کاهش یافته  
ج) GH افزایش یافته و IGF1 افزایش یافته  
د) GH کاهش یافته و IGF1 افزایش یافته

#### پاسخ: ب