

A.I.M series

گنجینه برتر داخله

مجموعه پرسش ها و
پاسخ های تشریحی
تفکیک شده

آزمون مورد و ارتقا

همانولوژی، انکولوژی

از سال ۱۳۹۹ تا ۱۴۰۴
بر اساس

۲۰۲۵
هاریسون

گردآوری و تالیف

دکتر سید مجتبی نگو قدم

متخصص بیماری های داخلی

استادیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

رتبه یک مورد تخصصی ۱۳۹۴

دکتر میلاد تازیکی

متخصص بیماری های داخلی

رتبه ۵ درصد برتر مورد تخصصی ۱۴۰۳

عضو هیئت علمی دانشگاه

دکتر مهدیه حاتمی

متخصص بیماری های داخلی

عضو هیئت علمی دانشگاه



کتاب پیش رو که به همت انتشارات وزین آرتین طب و مساعی جمعی از پزشکان جوان و علاقه‌مند، 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 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

می باش طبیب عیسوی هاش
می کوش به هر ورق که خوانی

معلم کوچک طب داخلی
سید مجتبی نکوفدم

۷.....	Cutaneous Drug Reactions :۶۳	فصل
۸.....	Anemia and Polycythemia :۶۶	فصل
۱۵.....	Disorders of Granulocytes and Monocytes :۶۷	فصل
۱۶.....	Bleeding and Thrombosis :۶۹	فصل
۱۸.....	Enlargement of Lymph Nodes and Spleen :۷۰	فصل
۱۹.....	Approach to the Patient with Cancer :۷۳	فصل
۲۱.....	Symptom Control in Patients with Cancer :۷۴	فصل
۲۵.....	Prevention and Early Detection of Cancer :۷۵	فصل
۲۸.....	Principles of Cancer Treatment :۷۸	فصل
۳۳.....	Infections in Patients with Cancer :۷۹	فصل
۴۱.....	Oncologic Emergencies :۸۰	فصل
۵۷.....	Cancer of the Skin :۸۱	فصل
۵۸.....	Neoplasms of the Lung :۸۳	فصل
۶۴.....	Breast Cancer :۸۴	فصل
۷۳.....	Upper Gastrointestinal tract Cancers :۸۵	فصل
۸۲.....	Colorectal Cancer :۸۶	فصل
۸۵.....	Tumors of the Liver and Biliary Tree :۸۷	فصل
۸۸.....	Renal Cell Carcinoma :۹۰	فصل
۸۹.....	Benign and Malignant Diseases of the Prostate :۹۲	فصل
۹۱.....	Gynecologic Malignancies :۹۴	فصل
۹۴.....	Carcinoma of Unknown Primary :۹۷	فصل
۹۵.....	Paraneoplastic Syndromes: Endocrinologic/ hematologic :۹۸	فصل
۹۸.....	Paraneoplastic Neurologic Syndromes and Autoimmune Encephalitis :۹۹	فصل
۹۹.....	Iron Deficiency and Other Acquired Anemias Due to Decreased Erythrocyte Production :۱۰۲	فصل
۱۰۸.....	Disorders of Hemoglobin :۱۰۳	فصل
۱۱۸.....	Megaloblastic Anemia :۱۰۴	فصل
۱۲۷.....	Hemolytic Anemia :۱۰۵	فصل
۱۴۲.....	Anemia Due to Acute Blood Loss :۱۰۶	فصل
۱۴۳.....	Bone Marrow Failure Syndromes Including Aplastic Anemia and Myelodysplasia :۱۰۷	فصل
۱۵۷.....	Polycythemia Vera and Other Myeloproliferative Neoplasms :۱۰۸	فصل
۱۶۶.....	Acute Myeloid Leukemia :۱۰۹	فصل
۱۷۷.....	Chronic Myeloid Leukemia :۱۱۰	فصل
۱۸۶.....	Acute Lymphoid Leukemia :۱۱۱	فصل
۱۹۲.....	Chronic Lymphocytic Leukemia :۱۱۲	فصل
۱۹۸.....	Non-Hodgkin's Lymphoma :۱۱۳	فصل
۲۰۶.....	Hodgkin's Lymphoma :۱۱۴	فصل
۲۰۷.....	Less Common Lymphoid and Myeloid Malignancies :۱۱۵	فصل
۲۱۱.....	Plasma Cell Disorders :۱۱۶	فصل
۲۲۶.....	Transfusion Therapy and Biology :۱۱۸	فصل
۲۲۸.....	Hematopoietic Cell Transplantation :۱۱۹	فصل
۲۳۲.....	Disorders of Platelets and Vessel Wall :۱۲۰	فصل
۲۵۲.....	Coagulation Disorder :۱۲۱	فصل
۲۶۴.....	Arterial and Venous Thrombosis :۱۲۲	فصل
۲۶۶.....	Antiplatelet, Anticoagulant, and Fibrinolytic Drugs :۱۲۳	فصل

فصل ۶۳: Cutaneous Drug Reactions

۱- آقای ۳۵ ساله که اخیراً به علت آبسه پیلونیدال در بخش جراحی بستری شده و یک روز بعد از درناژ و تخلیه آبسه با رژیم لینزولید و کوآموکسی کلاو خوراکی مرخص شده است، دو هفته پس از ترخیص به علت ضعف شدید، تب، لنفادنوپاتی گردنی و آگزیلاری، ضایعات ماکولار منتشر در تنه و تعریق شدید به اورژانس مراجعه می‌کند. آزمایش‌های اولیه به شرح زیر است:

WBC= 14000/ μ l (PMN:55%, Lym: 25% Eos: 20%)	Hb= 15g/dl
Plt= 133000/ μ l	ALT= 120IU/L
ALP = NL	AST=150 IU/L
	Total Bili= 2.5 mg/dl (D=1.5 mg/dl)
	PT, PTT, INR= NL

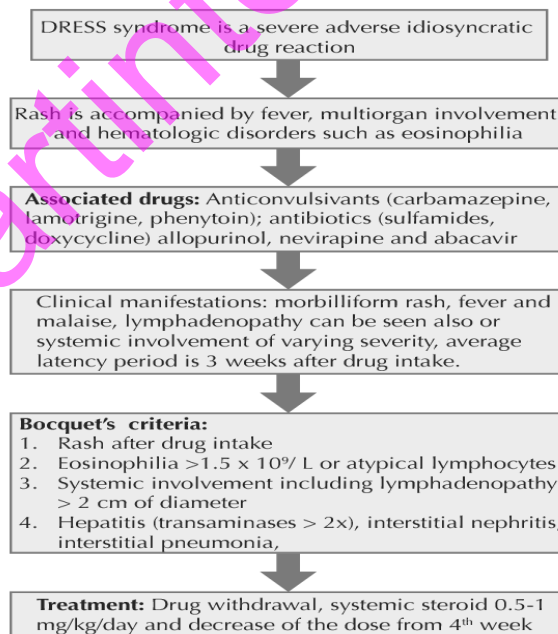
کدام اقدام زیر مناسب است؟ (پورد ۱۴۰۴)

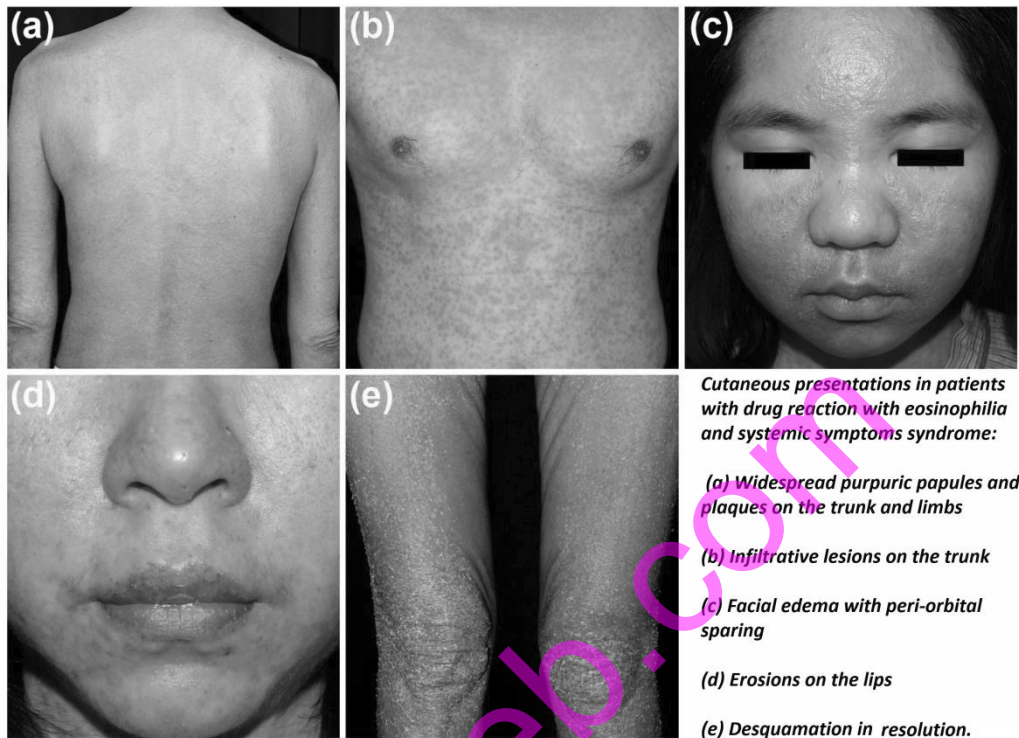
- الف) پلاسمافرز اورژانس + سیکلوسپورین خوراکی
 ب) شروع کورتیکواستروئید خوراکی با دوز بالا
 ج) ایمونوگلوبولین وریدی + ریتوکسیماب
 د) انجام بیوپسی و تصمیم‌گیری براساس پاسخ

پاسخ: ب

صفحه ۴۲۴

بیمار مورد بسیار تیپیک و مرموز سندروم DRESS ناشی از مصرف آنتی بیوتیک می‌باشد که مهمترین درمان آن ابتدا قطع داروی مقصر احتمالی و سپس شروع فوری کورتیکواستروئید می‌باشد. به علایم و درمان این بیماران دقت کنید (شکل ۲۶ و ۲۷):





فصل ۶۶: Anemia and Polycythemia

۱- خانم ۲۸ ساله بعلت رنگ پریدگی و تغییر رنگ ادرار از دو روز پیش مراجعه کرده است. در معاینه اسکرایکتریک و لبه طحال قابل لمس است. لام خون محیطی پلی کرومازی واضح نشان می‌دهد. آزمایش به شرح زیر است:

WBC= 11000/mm³ (PMN= 65%)

Hb= 5 g/dL

PLT=320000/mm³

Retic= 9%

به فرض هموگلوبین نرمال ۱۵، اندکس تولید رتیکولوسیت این بیمار به کدام عدد نزدیک‌تر است؟ (بورد ۱۴۰۳)

۶ (د)

۴,۵ (ج)

۳ (ب)

۱,۵ (الف)

پاسخ: الف

صفحه ۴۴۷

نگارنده: طبق جدول زیر پس از اصلاح اول و دوم میزان رتیکولوسیت اصلاح شده بیمار ۱,۵٪ است. لازم به ذکر است این جدول در ویرایش جدید حذف شده است؛ البته توضیحات مرتبط با اصلاح شمارش رتیکولوسیتی در متن وجود دارد. دقت بفرمایید که درصد رتیکولوسیت نیازمند اصلاح است و تعداد مطلق رتیکولوسیت نیاز به اصلاح با آنمی ندارد.

TABLE 63-4 Calculation of Reticulocyte Production Index

Correction #1 for Anemia:

This correction produces the corrected reticulocyte count.

In a person whose reticulocyte count is 9%, hemoglobin 7.5 g/dL, and hematocrit 23%, the absolute reticulocyte count = $9 \times (7.5/15)$ [or $\times (23/45)$] = 4.5%

Note. This correction is not done if the reticulocyte count is reported in absolute numbers (e.g., 50,000/ μ L of blood)

Correction #2 for Longer Life of Prematurely Released Reticulocytes in the Blood:

This correction produces the reticulocyte production index.

In a person whose reticulocyte count is 9%, hemoglobin 7.5 g/dL, and hematocrit 23%, the reticulocyte production index

$$= 9 \times \frac{(7.5/15)(\text{hemoglobin correction})}{2(\text{maturation time correction})} = 2.25$$

۲- خانم ۶۷ ساله مورد کنسر پستان از ۱۵ سال پیش که تحت شیمی درمانی و رادیوتراپی قرار گرفته و پیگیری می‌شده است در حال حاضر دارویی مصرف نمی‌کند. با ضعف و بی‌حالی، تنگی نفس فعالیتی از حدود سه ماه قبل مراجعه کرده است. در معاینه رنگ پریده است. ارگانومگالی ندارد. نتایج آزمایش‌ها به شرح زیر است:

WBC= 3600/mm³ (PMN= 36% , lymph=13% , mono= 21%)
 HB= 7.7g/dl (MCV=110 FL)
 Plt= 101000/mm³
 Retic= 1.5%
 Vit B12= normal
 Folate= normal
 SpO2=97%

مناسب‌ترین اقدام تشخیصی کدام است؟ (ارتقا ۱۴۰۲)

الف) بیوپسی مغز استخوان
 ب) کولونوسکوپی و CT اسکن شکم و لگن
 ج) اندازه‌گیری فریتین و آهن سرم
 د) تست آنتی گلوبولین

پاسخ: الف

صفحه ۴۵۰

نگارنده: در این بیمار با توجه به پان سیتوپنی، نوتروپنی و اختلال diff باید حتما انجام نمونه برداری مغز استخوان را مدنظر داشت. Retic پایین، MCV ۱۱۰ و اختلالات WBC به ضرر AIHA و فقر آهن می‌باشد (رد گزینه ج و د). به علاوه، در IDA انتظار ترومبوسیتوز داریم. همچنین در اپروچ به آنمی در کتاب می‌خوانیم: در ماکروسیتوز قدم بعدی PBS است که اگر علائم آنمی مگالوبلاستیک مانند نوتروفیل‌های پیرسگمانته و ماکرواوالوسیت مشاهده شود باید سطح ویتامین B۱۲ و فولات اندازه‌گیری گردد. اگر آزمایش‌های تغذیه‌ای نرمال باشند، این امر نگرانی در مورد وجود میلودیسپلازی را افزایش می‌دهد و لذا بررسی مغز استخوان گام بعدی است. لذا در این بیمار با توجه به شک بالینی به MDS (اولیه یا احتمالا ثانویه ناشی از کمورادیوتراپی قبلی) و CMML مناسب‌ترین اقدام بررسی BM می‌باشد.

۳- خانم ۶۵ ساله به علت خستگی زودرس مراجعه کرده است. با سابقه مشکل قلبی و دیابت تحت درمان دارویی است. علائم حیاتی و معاینات نرمال است. آزمایشات به شرح زیر است:

WBC: 3400/ μ l
Hb: 8.5 g/dl
MCV: 107 fl
PLT: 120,000/ μ l

کدام مورد تشخیصی زیر برای بررسی کم خونی اهمیت دارد؟ (ارتقا ۱۴۰۱)

الف) BCR-ABL-test

ب) بیوپسی مغز استخوان

د) موتاسیون JAK-۲

ج) ایمونو الکتروفورزیس

پاسخ: ب

صفحه ۴۵۰

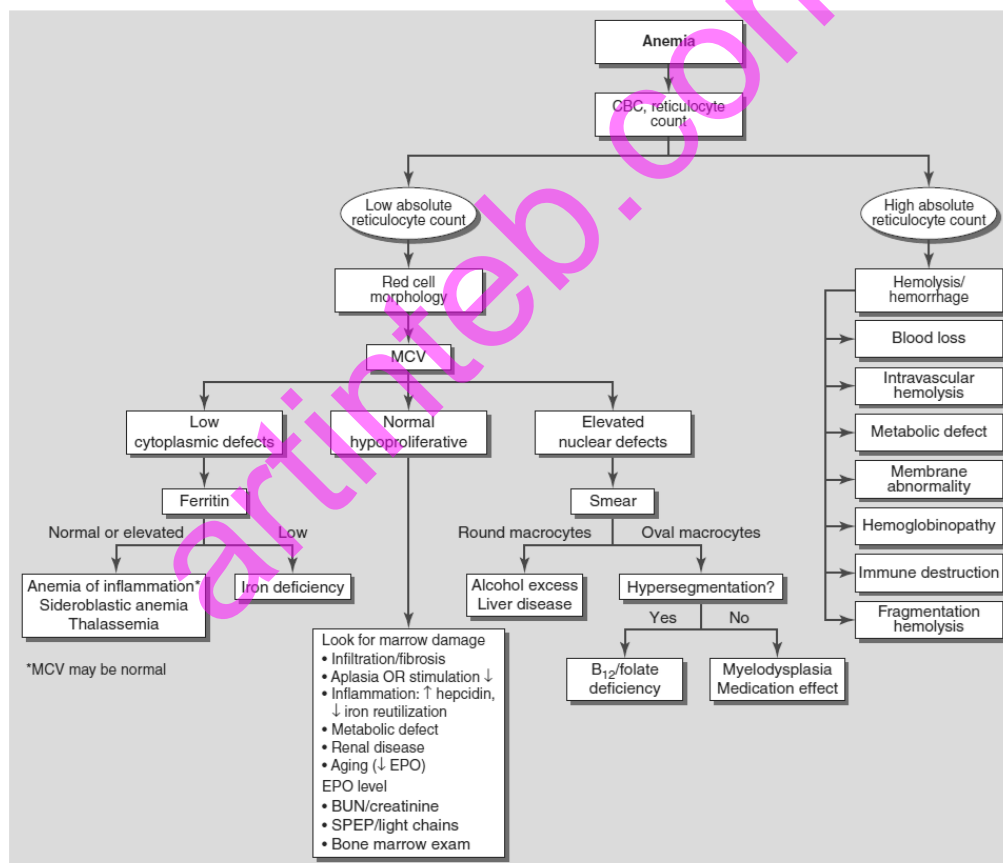


FIGURE 66-17 The physiologic classification of anemia. BUN, blood urea nitrogen; CBC, complete blood count; EPO, erythropoietin level; MCV, mean corpuscular volume; SPEP, serum protein electrophoresis.

اُپروچ به آنمی: CBC و retic count در کنار هم راهنمای آزمایشات تکمیلی می باشند (شکل ۱۷-۶۶). اگر شمارش رتیکولوسیت بالا باشد و خونریزی رد شده باشد، بررسی همولیز با آزمایشاتی نظیر LDH، هاپتوگلوبین و