

گوارش و کبد بالغین (تعداد 102)

۱ آقای 54 ساله‌ای که با دیسپسی و کاهش وزن مراجعه کرده است آندوسکوپی فوقانی می‌شود که در آن ضخامت منتشر مخاط معده همراه با کاهش اتساع‌پذیری معده نشان داده شده است. نمونه‌برداری عمقی انجام شده Signet cell/Diffuse adenocarcinoma را تایید کرده است. در بررسی با CT اسکن، متاستاز کبد و ریه نداشته است. در آندوسونوگرافی تومور به ساب‌موکوزا تهاجم داشته است ولی لنف‌نود مشکوک دیده نشده است. اقدام مناسب بعدی کدام است؟

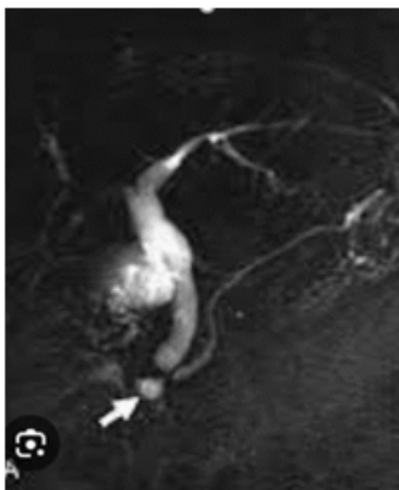
(۱) لاپاراسکپی تشخیصی

(۲) Neoadjuvant و سپس جراحی

(۳) معرفی جهت جراحی

(۴) PET/CT اسکن

۲ آقای 70 ساله‌ای به دلیل دردهای مبهم در ناحیه‌ی RUQ سونوگرافی می‌شود که CBD را کمی دیلاته گزارش کرده است. برای وی MRCP انجام شد که در تصویر زیر ملاحظه می‌نمایید. تست‌های کبدی نرمال است و بیمار از لحاظ قلبی و ریوی مشکل خاصی ندارد.



بهترین اقدام برای این بیمار کدام است؟

(۱) جراحی و رزکشن ضایعه

(۲) جراحی ویپل

(۳) ERCP and sphincterotomy

(۴) تحت نظر گرفتن بیمار

مرکز آموزشی: مرکز سنجش آموزش پزشکی

مقطع: دانشنامه فوق تخصصی

رشته: رشته گوارش و کبد بالغین

۳ آقای 30 ساله‌ایست که چند سال پیش عمل Bilioenteric anastomosis انجام داده است. طول Roux limb کمتر از 75 سانتی‌متر می‌باشد. اکنون به دلیل دردهای بیلیاری برای وی تشخیص سنگ کلدوک داده شد.

بهترین روش برای درآوردن سنگ CBD در ایشان کدام است؟

(۱) Small caliber colonoscope

(۲) Balloon enteroscope

(۳) Side view endoscope ERCP

(۴) Rendezvous technique

۴ خانم 28 ساله‌ای در هفته 24 بارداری با درد تیپیک biliary colic برای اولین بار مراجعه می‌کند. سونوگرافی، سنگ کیسه صفرا را نشان می‌دهد. تب ندارد، لکوسیتوز قابل توجه ندارد، تست‌های کبدی طبیعی‌اند و شواهدی به نفع کوله سیستیت حاد، سنگ مجرای صفراوی و پانکراتیت وجود ندارد. مناسب‌ترین اقدام کدام است؟

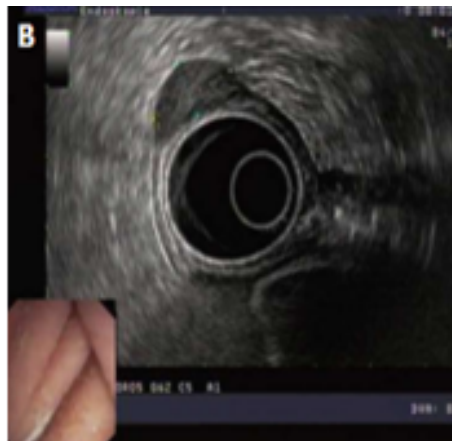
(۱) انجام MRCP یا EUS برای بررسی choledocholithiasis

(۲) NPO کردن بیمار، مایعات وریدی، ضد درد و ضد تهوع کافی است

(۳) کوله سیستکتومی لاپاروسکوپی در همین مراجعه

(۴) شروع UDCA به عنوان درمان انتخابی خط اول

۵ آقای 56 ساله‌ای به دلیل دیس‌پپسی تحت انجام اندوسکوپی قرار گرفت و یک ضایعه ساب اپی‌تلیال در آنترم معده یافت شد و در بررسی‌های تکمیلی اندوسونوگرافی انجام شد که ضایعه هیپواکو به اندازه 23 میلی‌متر یافت دیده شد. تصویر اندوسونوگرافی را ملاحظه می‌نمایید.



اقدام مناسب بعدی کدام است؟

(۱) مشاوره جراحی

(۲) EMR

(۳) اندوسونوگرافی هر سال

(۴) EUS-FNA از ضایعه

مرکز آموزشی: مرکز سنجش آموزش پزشکی

مقطع: دانشنامه فوق تخصصی

رشته: رشته گوارش و کبد بالغین

۶ آقای ۶۴ ساله‌ای به‌طور اتفاقی در CT شکم، یک ضایعه کیستیک ۲۴ میلی‌متر در تنه پانکراس دارد. بیمار فاقد درد شکم، پانکراتیت، کاهش وزن و سابقه خانوادگی سرطان پانکراس است. در MRCP، ضایعه کیستیک دیده می‌شود، که ارتباط با مجرای پانکراس ندارد. ویژگی‌های تصویری برای تشخیص قطعی نوع کیست وجود ندارد. جزء جامد داخل کیست یا اتساع مجرای اصلی پانکراس نیز مشاهده نمی‌شود.

مناسب‌ترین اقدام بعدی کدام است؟

- (۱) انجام ERCP
- (۲) انجام EUS-FNA
- (۳) انجام MRI/MRCP
- (۴) انجام پانکراتکتومی دیستال

۷ خانم ۶۶ ساله‌ای با پانکراتیت مزمن طول‌کشیده، به‌دلیل استفراغ مکرر پس از غذا، احساس پری زودرس و کاهش وزن مراجعه می‌کند. در CT scan، ضخیم‌شدن و التهاب سر پانکراس همراه با تنگی واضح دوازدهه مشاهده می‌شود. وی قادر به تحمل غذای خوراکی نیست و علائم انسدادی دارد. بهترین اقدام درمانی کدام است؟

- (۱) استنت گذاری اندوسکوپیک دوازدهه
- (۲) اقدام حمایتی و بستری جهت تغذیه وریدی
- (۳) گاستروژنوستومی
- (۴) دیلاتاسیون اندوسکوپیک با بالن

۸ آقای 58 ساله‌ای با اسهال مزمن، آبکی و غیرخونی به مدت 4 ماه مراجعه کرده است. وی همچنین فوریت دفع مدفوع و اسهال شبانه دارد. نمای کولونوسکوپی سه ماه قبل طبیعی گزارش شده است. آزمایشات خون و مدفوع و سلیاک منفی است. بهترین اقدام بعدی برای تأیید تشخیص کدام است؟

- (۱) شروع آنتی‌بیوتیک ریفاکسمین
- (۲) کولونوسکوپی و بیوپسی از کولون راست و چپ
- (۳) انجام MR Enterography
- (۴) تجویز بودزونا

مرکز آموزشی: مرکز سنجش آموزش پزشکی

مقطع: دانشنامه فوق تخصصی

رشته: رشته گوارش و کبد بالغین

۹ آقای ۴۸ ساله‌ای بدون علامتی با سابقه‌ی خانوادگی مثبت سرطان کولون مراجعه می‌کند. مادر او در سن ۴۵ سالگی به علت آدنوکارسینوم کولون درمان شده است (وضعیت ژنتیک نامشخص). بیمار قبلاً غربالگری انجام نداده است. تست FIT کمی اولیه مثبت است. کولونوسکوپی با کیفیت بالا انجام شد و دو پولیپ آدنوماتوز توبولار کوچک (۱۲ و ۶ میلی‌متر) با دیسپلازی درجه پایین یافت شد که به طور کامل برداشته شده و یافته دیگری نداشت.

با توجه به این یافته‌ها، مناسب‌ترین توصیه برای برنامه غربالگری و پیگیری بعدی این ایشان کدام است؟

(۱) بازگشت به برنامه غربالگری استاندارد

(۲) تکرار کولونوسکوپی پس از ۵ سال

(۳) تکرار کولونوسکوپی پس از ۳ سال

(۴) انجام تست mt-sDNA (Cologuard) هر ۳ سال یکبار

۱۰ آقای ۴۸ ساله‌ای که پدرش در ۵۵ سالگی و برادرش در ۴۳ سالگی به دلیل کنسر پانکراس فوت کرده‌اند به همین دلیل تحت غربالگری با MRI قرار گرفت و یک ضایعه Solid به اندازه ۶x۷ میلی‌متر در سر پانکراس رؤیت شد که سبب دیلاتاسیون MPD شده است. برای ایشان EUS-FNA انجام شد و پاسخ پاتولوژی Indeterminate گزارش شده است.

بهترین اقدام کدام است؟

(۱) Whipple surgery

(۲) RF ablation

(۳) Repeat EUS –FNB after 3 month

(۴) ERCP, canulation of MPD and brushing

۱۱ آقای ۳۸ ساله‌ای با سابقه ۱۰ ساله بیماری کرون ایلئوکولونیک، که ۳ سال قبل به علت تنگی ایلئوم تحت رزکسیون محدود ایلئوم قرار گرفته است، طی ۶ ماه اخیر روزانه ۴ تا ۵ نوبت مدفوع آبکی، عمدتاً پس از صرف غذا و فوریت دفع دارد. درد شکم خفیف و متناوب است و تب، خونریزی گوارشی، کاهش وزن و علائم شبانه ندارد. درمان نگهدارنده بیماری کرون طی یک سال اخیر بدون تغییر بوده است.

معاینه فیزیکی طبیعی است. CRP طبیعی و fecal calprotectin پایین است. ایلئوکولونوسکوپی اخیر، مخاط روده بزرگ و ایلئوم باقیمانده را بدون شواهد التهاب فعال نشان می‌دهد و بیوپسی‌ها نیز remission بافت‌شناختی را تأیید می‌کنند. MR enterography نیز شواهدی از التهاب فعال یا تنگی روده کوچک نشان نمی‌دهد.

با توجه به این یافته‌ها، بهترین اقدام بعدی برای کنترل علائم این بیمار کدام است؟

(۱) افزایش دوز داروی ضدالتهابی

(۲) رژیم غذایی FODMAP

(۳) کلستیرامین

(۴) ریفاکسیمین

مرکز آموزشی: مرکز سنجش آموزش پزشکی

مقطع: دانشنامه فوق تخصصی

رشته: رشته گوارش و کبد بالغین

۱۲ آقای 40 ساله‌ای که اخیراً به دلیل زردی مراجعه کرده است، آزمایشات به شرح ذیل است:

ALP= 1300 , AST= 260 , ALT= 390 , Total Bil= 3 , Direct= 2 , IgG4= 1700 (NI:850)

MRCP and MRI نشان‌دهنده نامنظمی مجاری صفراوی داخل و خارج کبدی همراه با پانکراس نرمال می‌باشد و برای بیمار تشخیص PSC و IgG4 Related disease را مطرح کرده است. کدام یک از یافته‌های فوق‌الذکر بیشتر به نفع تشخیص PSC در این بیمار است؟

(۱) میزان سطح IgG4

(۲) فرم درگیری مجاری صفراوی

(۳) میزان سطح بیلی روبین

(۴) نرمال بودن پانکراس

۱۳ خانم 35 ساله با سابقه کولیت اولسروز با درگیری تمام کولون به مدت 4 سال که تحت درمان با Infiximab بوده است به علت عود علائم کولونوسکوپی می‌شود. تنگی نسبتاً شدیدی در سیگموئید دیده می‌شود که با بالن متسع شده و کولونوسکوپی تا ترمینال ایلئوم کامل انجام می‌شود (Mayo score: 1-2). بیوپسی‌های متعدد از ناحیه تنگی و سایر نقاط کولون نشانگر التهاب و فیبروز بوده است. سابقه فامیلی از کانسر کولون ندارد. علائم خارج روده‌ای ندارد و علائم بیمار با افزایش دوز دارو کنترل می‌شود.

در ادامه، کدام اقدام صحیح است؟

(۱) کولونوسکوپی یک سال بعد

(۲) معرفی به جراح جهت پروکتوکولکتومی

(۳) کولونوسکوپی سه ماه بعد

(۴) معرفی به جراح جهت رزکسیون سیگمنتال

۱۴ به دنبال پولیپکتومی پولیپ پایه‌دار با پایه بلند در سیگموئید در حین خارج کردن پولیپ، متوجه خونریزی از پایه پولیپ در محل پولیپکتومی شده‌اید. مناسب‌ترین اقدام جهت بند آوردن خونریزی در بیمار فوق در این مرحله کدام است؟

(۱) Retransection of remnant of polyp pedicle

(۲) Regrasping پایه باقیمانده برای 5 دقیقه

(۳) استفاده از Heater probe

(۴) استفاده از Ovesco clip

مرکز آموزشی: مرکز سنجش آموزش پزشکی

مقطع: دانشنامه فوق تخصصی

رشته: رشته گوارش و کبد بالغین

۱۵ در آقای 45 ساله با دیسپپسی آندوسکوپی انجام شده که 5 پولیپ در اندازه‌های مختلف با نمای NBI و آندوسکوپی یکسان و اندازه متفاوت تا حداکثر یک و نیم سانتی‌متر پایه‌دار و بدون پایه در آنتروم گزارش شده است. از آنتروم و تنه بیوپسی برداشته شده و بزرگ‌ترین پولیپ نیز خارج شده است. پاسخ آسیب‌شناسی گاستریت مزمن بدون هلیکوباکتر پیلوری بوده است و پاسخ پولیپکتومی Tubular adenoma, intestinal type with low grade dysplasia بوده است. کولونوسکوپی بیمار نرمال بوده است. سابقه خانوادگی سرطان معده ندارد. اقدام مناسب بعدی کدام است؟

- (۱) جراحی معده (آنترکتومی)
- (۲) بیرون آوردن تمامی پولیپ‌ها با آندوسکوپ
- (۳) تکرار آندوسکوپی شش ماه بعد
- (۴) برداشتن پولیپ‌های بزرگ‌تر از یک سانتی‌متر

۱۶ در حین انجام کولونوسکوپی، اگر لوپ اتفاق بیفتد، کدام مانور را برای لوپ‌گیری و رسیدن به سکوم انتخاب می‌کنید؟

- (۱) کشیدن اسکوپ به سمت عقب و چرخاندن آن در خلاف عقربه‌های ساعت
- (۲) کشیدن اسکوپ به سمت عقب و چرخاندن آن در جهت عقربه‌های ساعت
- (۳) هدایت اسکوپ به سمت جلو، ساکشن هوا و چرخاندن آن در خلاف عقربه‌های ساعت
- (۴) هدایت اسکوپ به سمت جلو، ساکشن هوا و چرخاندن آن در جهت عقربه‌های ساعت

۱۷ در آندوسکوپی فردی با دیسپپسی حدود 10 پولیپ با اندازه و شکل‌های متفاوت و با شک بالینی به Fundic gland polyps در نمای ظاهری و در NBI در معده دیده شده است. در کدامیک از شرایط زیر، بیرون آوردن پولیپ الزامی نیست؟

- (۱) پولیپ پایه‌دار 11 میلی‌متر در body معده
- (۲) پولیپ اولسره 7 میلی‌متر در body معده
- (۳) پولیپ در آنتروم 5 میلی‌متر
- (۴) پولیپ بدون پایه 8 میلی‌متر در body معده

مرکز آموزشی: مرکز سنجش آموزش پزشکی

مقطع: دانشنامه فوق تخصصی

رشته: رشته گوارش و کبد بالغین

۱۸ آقای 78 ساله مبتلا به دیابت، MI و نارسایی مزمن کلیه و COPD، یک ماه قبل آندوسکوپی و بیوپسی شده که بیانگر مورد زیر است:

Incomplete extensive intestinal metaplasia, without H pylori

سابقه درمان بر علیه هلیکوباکتر پیلوری را یک سال قبل دارد. سابقه فامیلی از کانسر معده در برادر بیمار وجود دارد.

جهت غربالگری کانسر معده، کدام صحیح است؟

- (۱) یک سال بعد
- (۲) سه سال بعد
- (۳) پنج سال بعد
- (۴) لازم نیست

۱۹ آقای 48 ساله در حین خوردن غذای بدون استخوان دچار دیسفاژی می شود. وی ذکر می کند که قبلاً هم این اتفاق برایش روی داده که با مانور و خوردن آب برطرف شده است. پس از خارج کردن غذا با آندوسکپ، مری نرمال به نظر می رسد. در این مرحله اقدام مناسب کدام است؟

- (۱) دیلاناسیون ناحیه گیر کرده غذا
- (۲) نمونه برداری از مخاط مری
- (۳) انجام CT Scan با تزریق
- (۴) مانومتري مری

۲۰ خانم ۶۸ ساله با سابقه دیابت و فشار خون بالا برای بررسی کم خونی فقر آهن ارجاع داده شد. او به دلیل تنگی دریچه میترال و فیبریلاسیون دهلیزی وارفارین مصرف می کند. در مشاوره همکار متخصص قلب؛ ریسک ایجاد ترومبوز را پرخطر گزارش می نماید. آزمایشات به شرح زیر است:

Hb= 10 MCV= 70 Ferritin= 10 INR= 3 Anti tTG IgA= 300 (up to 30)

برای بیمار آندوسکوپی فوقانی و بیوپسی معده و دئودنوم را برنامه ریزی می کنید. با توجه به شرایط وی به ترتیب در مورد وضعیت انعقادی و تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکسی چه تصمیم می گیرید؟

- (۱) با ادامه وارفارین انجام آندوسکوپی بلامانع است و آنتی بیوتیک پروفیلاکسی لازم نیست
- (۲) اصلاح INR به کمتر از 2.5 قبل از انجام آندوسکوپی و آنتی بیوتیک پروفیلاکسی لازم نیست
- (۳) تجویز FFP قبل از انجام آندوسکوپی و آموکسی سیلین 2 گرم نیم ساعت قبل از آندوسکوپی
- (۴) تبدیل وارفارین به انوکسپارین قبل از انجام آندوسکوپی و کلیندامایسین 600 میلی گرم نیم ساعت قبل از آندوسکوپی

مرکز آموزشی: مرکز سنجش آموزش پزشکی

مقطع: دانشنامه فوق تخصصی

رشته: رشته گوارش و کبد بالغین

۲۱ در کدامیک از موارد زیر، علیرغم طبیعی بودن سی تی اسکن و small bowel barium study، احتمال رتانسیون کپسول اندوسکوپ در روده باریک بیشتر است؟

(۱) NSAID-associated enteropathy

(۲) Post surgery adhesions

(۳) Radiation enteritis

(۴) Crohn disease

۲۲ همه گزینه‌های زیر در مورد مصرف پروتئین در بیماران مبتلا به سیروز کبدی صحیح است، بجز:

(۱) روزانه ۱.۲-۲.۰ گرم به ازای هر کیلوگرم بر اساس وزن ایده‌آل بدن باید پروتئین مصرف کنند.

(۲) توصیه می‌شود پروتئین از منابع متنوع حیوانی و گیاهی و پروتئین موجود در لبنیات تأمین شود.

(۳) در موارد decompensated cirrhosis مصرف پروتئین را ۳۰-۴۰٪ کم می‌کنیم.

(۴) بهتر است در همه وعده‌های اصلی غذا و میان‌وعده‌ها مواد پروتئینی میل شود.

۲۳ بیماری برای درمان آرتریت روماتوئید تحت درمان با متوترکسات ۱۵ میلی‌گرم در هفته و فولیک اسید ۱ میلی‌گرم روزانه قرار گرفته است. قبل از شروع درمان آنزیم‌های کبدی نرمال و مارک‌های هپاتیت B و C منفی بوده است. چهار هفته بعد از شروع درمان، افزایش ترانس آمینازهای کبدی بیش از سه برابر نرمال مشاهده می‌شود. درمان ادامه یافته و دو هفته بعد مجدداً افزایش کمتر از سه برابری آنزیم‌های کبدی گزارش می‌شود. PT-INR و بیلروبین نرمال هستند. توصیه شما برای ادامه درمان چیست؟

(۱) قطع متوترکسات

(۲) ادامه دارو و کنترل آنزیم‌ها هر ۲-۴ هفته تا سه ماه

(۳) کاهش دوز هفتگی متوترکسات به میزان ۵ mg و کنترل آنزیم‌ها هر ۴-۸ هفته تا سه ماه

(۴) اضافه کردن دوز روزانه اسید فولیک به ۵ mg و کنترل آنزیم‌ها هر ۴-۸ هفته تا سه ماه

۲۴ خانم ۳۰ ساله‌ای با شکایت یبوست از سه سال پیش مراجعه کرده است. در معاینه و مانومتری آنورکتال شواهدی به نفع dyssynergic defecation وجود ندارد. بررسی colonic transit time (CTT) با بلع یک کپسول حاوی ۲۴ عدد مارکر رادیواوپاک انجام می‌شود (روز اول). برای اثبات احتباس مارکرها (بیشتر از ۲۰ درصد مارکرها) و تأیید تشخیص slow transit constipation رادیوگرافی ساده شکم روز چندم باید انجام شود؟

(۱) دوم

(۲) چهارم

(۳) ششم

(۴) دهم

رشته: رشته گوارش و کبد بالغین

مقطع: دانشنامه فوق تخصصی

مرکز آموزشی: مرکز سنجش آموزش پزشکی

۲۵ خانمی ۴۰ ساله با شکایت از یبوست مزمن که از ۲۰ سال پیش آغاز شده، به درمانگاه شما مراجعه می‌کند. او علائمی شامل مدفوع سفت، زور زدن بیش از حد هنگام دفع، و احساس انسداد در ناحیه مقعد در حین دفع و احساس تخلیه ناقص پس از آن را گزارش می‌کند. علائم او به چندین نوع داروی ملین من جمله داروی لیناکلوتید (linaclotide) پاسخ نداده است. بیمار فاقد علائم هشداردهنده یا سابقه خانوادگی سرطان روده بزرگ است.

بهترین اقدام در این مرحله چیست؟

- (۱) انجام دفکوگرافی (defecography)
- (۲) Radiopaque marker study for CTT
- (۳) مانومتري آنورکتال و تست دفع بالون رکتال
- (۴) انجام کولونوسکوپی

۲۶ خانم ۴۹ ساله به علت چاقی تحت عمل جراحی لاپاراسکوپی اسلیو معده قرار گرفت. شش روز پس از جراحی، با تاکی‌کاردی و تب (۳۸ درجه سانتی‌گراد) مراجعه می‌نماید. شکم حساس است ولی علائم پریتونیت نداشت. آزمایش CRP=10 و WBC=11000 PMN=90% را نشان می‌دهد. سی‌تی‌اسکن شکم پس از تجویز خوراکی ماده حاجب محلول در آب نشان‌دهنده لیک از ناحیه پروگزیمال با کالکشن شکمی در هیپوکندر چپ به صورت محدود می‌باشد. بیمار اندوسکوپی شد و سوراخ حدود 25 میلی‌متری نزدیک EG junction مشاهده گردید.

کدام اقدام درمانی زیر کمترین فایده را دارد؟

- (۱) Surgery
- (۲) Self-expandable long stents
- (۳) Over the scope Clipping
- (۴) Endoscopic Double-Pigtail Catheter

۲۷ دیلاتاسیون پنوماتیک در بیماران مبتلا به آشالازی در موارد زیر توصیه می‌شود، به جز:

- (۱) تیپ I با مری دیلاته با قطر بیشتر از 4 سانتی‌متر
- (۲) تیپ II با سابقه چند نوبت تزریق Botox
- (۳) برگشت علائم آشالازی بعد از میوتومی
- (۴) برگشت علائم آشالازی بعد از POEM

۲۸ آقای ۴۷ ساله با سابقه کولیت اولسراتیو و کلانژیت اسکروزان اولیه (PSC)، تحت سورویلانز کولونوسکوپی برای غربالگری سرطان کولون قرار دارد. برای به حداکثر رساندن اثربخشی این اقدام، به ترتیب کدام تکنیک کولونوسکوپی و کدام روش بیوپسی را برای این بیمار تعیین می‌کنید؟

- (۱) Dye-based chromoendoscopy - Target biopsy
- (۲) Standard definition white light colonoscopy - Random biopsy & Target
- (۳) Virtual chromo endoscopy with NBI - Target & Random biopsy
- (۴) High Definition white light colonoscopy - Target biopsy

مرکز آموزشی: مرکز سنجش آموزش پزشکی

مقطع: دانشنامه فوق تخصصی

رشته: رشته گوارش و کبد بالغین

۲۹ خانم 30 ساله با سابقه کولیت اولسراتیو تحت درمان مونوتراپی اینفلیکسیماب می‌باشد. وی بیان می‌دارد از حدود 10 ماه قبل، از لحاظ بالینی و آزمایشگاهی در بهبودی کامل می‌باشد. اخیراً متوجه بارداری خود شده است. شکایت بالینی خاصی ندارد و آزمایشات CBC, CRP, Stool Calprotectin در حد طبیعی می‌باشد.

اقدام صحیح شما کدام گزینه است؟

(۱) اینفلیکسیماب را ادامه داده و قرص آزاتیوپرین را اضافه نماید.

(۲) اینفلیکسیماب را قطع و توفاسیتینیب را شروع نماید.

(۳) اینفلیکسیماب را ادامه دهد.

(۴) اینفلیکسیماب را قطع و مزالازین را شروع نماید.

۳۰ آقای 30 ساله با سابقه کولیت اولسراتیو از 3 سال پیش و تحت درمان با مونوتراپی آدالیموماب 40 میلی‌گرم هر 2 هفته مراجعه می‌نماید. در سال گذشته در بهبودی کامل بوده است. اخیراً دچار عود علائم به صورت اسهال بیش از 8 نوبت در روز همراه با هماتوشری شده است. در بررسی آزمایشگاهی موارد زیر را داریم:

WBC= 9000 HgB= 10 gr/dl CRP= 18 mg/L Entamoeba histolytica stool Ag= Negative
Stool calprotectin= 500 mcg/g Adalimumab level= 8 mcg/ml (target drug trough level>7.5) Anti TNF antibody= positive with high titer

رکتوسیگموئیدوسکوپی کولیت فعال با مایو اسکور 2 تا 3 و در بیوپسی کولیت التهابی فعال با شدت متوسط و از نظر CMV منفی می‌باشد.

کدام یک از گزینه‌های زیر مناسب‌ترین تصمیم است؟

(۱) افزایش دوز آدالیمومب 40 میلی‌گرم هر هفته و اضافه کردن آزاتیوپرین

(۲) قطع آدالیمومب و شروع قرص اوزانیمود

(۳) قطع آدالیمومب و شروع اینفلیکسیماب و آزاتیوپرین

(۴) قطع آدالیمومب و شروع اوپاداسیتینیب

مرکز آموزشی: مرکز سنجش آموزش پزشکی

مقطع: دانشنامه فوق تخصصی

رشته: رشته گوارش و کبد بالغین

۳۱ خانم 56 ساله‌ای به دلیل هپاتیت خودایمنی 6 ماه پیش پیوند کبد شده است. دو هفته پیش دچار شکستگی ساعد شده است. تراکم استخوان قبل از پیوند $T\ score = -1$ داشته است، ولی در حال حاضر $T\ score = -2.5$ دارد که حاکی از استئوپروز شدید می‌باشد. بیمار بعد از پیوند، مشکل خاصی نداشته و آزمایش‌های کبدی فعلی نیز کاملاً طبیعی هستند. سطح خونی ویتامین D نیز 30ng/ml گزارش شده است. داروهای روزانه بیمار در حال حاضر عبارتند از:

Prednisolone 7.5 mg, Mycophenolate 3 g, Tacrolimus 4 mg, Calcium D, Cotrimoxazole, Folic acid

تمام اقدامات زیر برای این بیمار قابل توصیه هستند، بجز:

- (۱) شروع دنوزوماب زیرجلدی
- (۲) شروع الیگنات خوراکی
- (۳) قطع پردنیزولون
- (۴) شروع زولیندرونیک وریدی

۳۲ آقای 67 ساله‌ای با بیماری کرون با درگیری کولون و روده کوچک با شدت زیاد، برای انتخاب درمان بین vedolizumab و Adalimumab با توجه به هزینه بالای داروی vedolizumab، با شما مشورت می‌کند.

در این بیمار، در چه صورتی داروی Adalimumab را توصیه می‌کنید؟

- (۱) سابقه بیماری سل قبلی که 10 سال پیش کاملاً درمان شده است.
- (۲) سابقه سرطان پروستات در 5 سال پیش که با جراحی و پرتو درمانی بهبودی کامل یافته است.
- (۳) سابقه درد کمر که با تشخیص Ankylosing spondylitis با داروهای مسکن کنترل شده است.
- (۴) سابقه بستری با ذات الریه یکسال پیش که با آنتی‌بیوتیک وریدی بهبود یافته است.

۳۳ خانم 65 ساله با سابقه کولیت اولسروز، پر فشاری خون و ایسکمی قلب که تحت درمان با Infliximab بوده است با اتساع شکم، اسهال و تب مراجعه کرده است. در معاینه دهیدره و خواب‌آلوده است و شکم متسع به نظر می‌رسد ولی آسیت ندارد.

T oral: 39 , Heart rate: 120 , Bp: 90/60 , Hb : 7 , Wbc: 16000

در عکس ساده شکم اتساع شدید لوپ‌های روده دیده می‌شود، اقدام مناسب بعدی کدام است؟

- (۱) افزایش دوز Infliximab 10 mg/kg IV
- (۲) جایگزینی Ozanimod
- (۳) معرفی به جراح
- (۴) درمان با Tofacitinib

رشته: رشته گوارش و کبد بالغین

مقطع: دانشنامه فوق تخصصی

مرکز آموزشی: مرکز سنجش آموزش پزشکی

۳۴ آقای 65 ساله‌ای مبتلا به بیماری دیابت از 25 سال پیش دچار سیروز و آسیت شده که علیرغم دریافت دوز کافی داروهای مدر، آسیت وی کنترل نمی‌شود. بیمار در حال حاضر از انسولین، اسپیرینولاکتون و فروزماید و به دلیل نارسایی احتقانی قلب و فشار خون از والسارتان استفاده می‌کند. در معاینه فعلی، فشار خون 155 بر روی 95 و آسیت شدید دارد، ولی دچار انسفالوپاتی نیست. ضمناً در آندوسکپی سه ماه پیش واریس مری F1 داشته است. بهترین اقدام برای این بیمار چیست؟

(۱) Add carvedilol

(۲) Add Midodrine

(۳) Large volume abdominal paracentesis

(۴) Trans jugular intrahepatic portosystemic shunt

۳۵ آقای 38 ساله مبتلا به MetALD در حال حاضر علیرغم مشارکت در برنامه‌های روان‌شناختی، کماکان گاهی الکل استفاده می‌کند. وضعیت فعلی بیمار به شرح زیر است:

MELD-Na 12 , Child score B8 , eGFR > 60/min

بیمار برای کمک به قطع الکل، درخواست دارودرمانی دارد. در صورت فراهمی داروها، کدام دارو را در این مرحله تجویز می‌کنید؟

(۱) Gabapentin

(۲) Acamprosate

(۳) Naltrexone oral

(۴) Disulfiram

مرکز آموزشی: مرکز سنجش آموزش پزشکی

مقطع: دانشنامه فوق تخصصی

رشته: رشته گوارش و کبد بالغین

۳۶ آقای ۶۲ ساله‌ای که مورد شناخته شده سیروز در زمینه عفونت HBV می‌باشد، با هماتمز همراه با رکتوراژی بستری گردیده است. پس از احیاء همودینامیک اندوسکوپی شده که تصویر دؤنوم بیمار را در تصویر زیر مشاهده می‌کنید. بیمار مجدداً دچار هماتمز گردید.



جهت کنترل و پیشگیری از خونریزی، کدام اقدام ارجحیت دارد؟

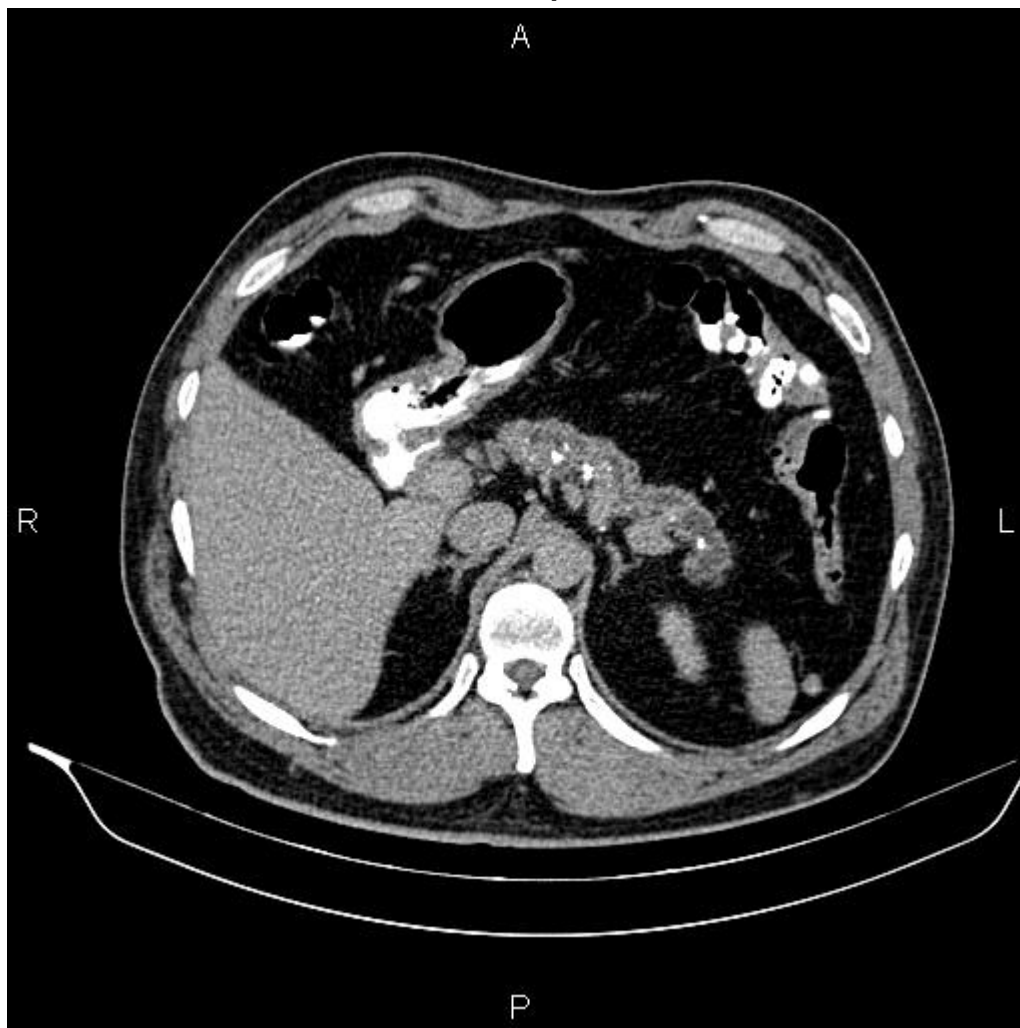
- (۱) بستن محل خوتریزی با هموکلپس
- (۲) انجام پروسیجر TIPS
- (۳) پاشیدن پودر هموستاتیک
- (۴) انجام Band ligation

مرکز آموزشی: مرکز سنجش آموزش پزشکی

مقطع: دانشنامه فوق تخصصی

رشته: رشته گوارش و کبد بالغین

۳۷ آقای ۵۸ ساله با سابقه مصرف طولانی مدت الکل، به دلیل دردهای مزمن شکمی که مدت کوتاهی پس از مصرف غذا تشدید می یابد، مراجعه نموده است. در طی یک سال گذشته، اغلب روزها درد داشته و ۱۰ کیلوگرم وزن خود را از دست داده است. در معاینه، کمی رنگ پریده است. تندرست شکم و ارگانومگالی ندارد. برای بیمار سی تی اسکن انجام گرفته که در تصویر مشاهده می نمایید.



کدام یک از اقدامات زیر برای کنترل درد بیمار ارجحیت دارد؟

- (۱) NSAID and acetaminophen
- (۲) Distal Pancreatectomy
- (۳) Enteric coated pancreatic enzyme
- (۴) Celiac plexus neurolysis

مرکز آموزشی: مرکز سنجش آموزش پزشکی

مقطع: دانشنامه فوق تخصصی

رشته: رشته گوارش و کبد بالغین

۳۸ خانم ۶۲ ساله مبتلا به ادنوکارسینوم کولون عرضی که در بررسی قبل از عمل از نظر متاستاز منفی بوده، جهت ادامه درمان به شما مراجعه کرده است. گزارش آسیب شناسی پس از عمل به شرح زیر است: تومور سایز 3x4 سانتی متر، با حاشیه 1 سانتی متر مخاط نرمال دارد؛ عمق تهاجم تا حد ساب موزوزا؛ و جنس تومور Well differentiated Adenocarcinoma می باشد.

علاوه بر پیگیری های کولونوسکوپی، کدام یک از بررسی های زیر درست است؟

(۱) پیگیری بالینی بر اساس شکایات بیمار

(۲) سیتی اسکن شکم و CEA هر سال

(۳) Circulating tumor DNA هر یک سال

(۴) بررسی سالانه مدفوع از نظر خون مخفی به روش FIT

مرکز آموزشی: مرکز سنجش آموزش پزشکی

مقطع: دانشنامه فوق تخصصی

رشته: رشته گوارش و کبد بالغین

۳۹ در ضمن انجام کولونوسکوپی برای غربالگری خانم ۶۵ ساله؛ یک پولیپ ۱۵ میلی‌متری بدون پایه مشاهده گردید و با روش EMR با موفقیت برداشته شد. نمره آمادگی کولون بیمار ۹ بوده است. پس از پایان کولونوسکوپی بیمار احساس درد و اتساع شکمی دارد؛ در معاینه شکم نرم می‌باشد. T: 37 , BP: 110/75 , PR: 80 رادیوگرافی قفسه سینه بیمار را ملاحظه می‌فرمایید.



کدام اقدام صحیح است؟

- (۱) کولونوسکوپی فوری با استفاده از CO2 و کلیپ نمودن محل پولیپکتومی
- (۲) جراحی لاپاراسکوپی اورژانس و ترمیم محل پولیپکتومی
- (۳) NPO کردن و آنتی‌بیوتیک درمانی و پیگیری کلینیکی در بخش
- (۴) شروع آنتی‌بیوتیک وریدی؛ عمل جراحی باز و انجام کولستومی

رشته: رشته گوارش و کبد بالغین

مقطع: دانشنامه فوق تخصصی

مرکز آموزشی: مرکز سنجش آموزش پزشکی

۴۰ آقای ۶۸ ساله با سابقه آبسه کبدی که یک ماه قبل با گاید سونوگرافی درناژ گردیده است، به خاطر کلانژیت حاد در زمینه سنگ کولدوک ERCP می‌شود. پس از اتمام پروسیجر و قرار گرفتن بیمار در حالت سوپاین، بیمار ناگهانی دچار تاکی پنه و افت فشار خون می‌گردد.
Bp: 90/60 HR: 120, O2 Saturation: 78%
سمع ریه نرمال است.

کدام تشخیص محتمل‌تر است؟

- (۱) Gas Embolism
(۲) Tension pneumothorax
(۳) Duodenal perforation
(۴) Contrast allergy

۴۱ آقای ۲۰ ساله‌ای که ۲ ماه قبل دچار یک حمله هپاتیت حاد همراه با زردی شده بود و پس از دو هفته علائم بهبود یافته بود، با شکایت از خارش منتشر بدن همراه با زردی و اسهال خفیف مراجعه نموده است. علائم حیاتی نرمال ولی اسکلرا شدیداً ایکتریک شده است. دارویی مصرف نمی‌کند.

BUN: 28 mg/dl, FBS: 80 mg/dl, TG: 160 mg/dl, Cholestrole: 350 mg/dl

WBC: 12500, Total Bili: 18 mg/dl, direct bili: 15 mg/dl, ALT= 60 U/L

AST: 50 U/L, ALP: 1500 U/L, stool calprotectin: 60, IgM Anti HAV Ab: Positive

HBC ab negative, ceruloplasmin: 30, serum IgG: 890

کدام اقدام درمانی مناسب‌تر می‌باشد؟

- (۱) Prednisolon 25 mg daily
(۲) Cholestyramine 4 gr BD
(۳) UDCA 300 mg TDS
(۴) Atorvastatin 20 mg daily

۴۲ خانم 54 ساله با درد RUQ، ضعف، بی‌اشتهایی، تهوع و استفراغ و کاهش وزن 6 کیلوگرمی از 4 ماه قبل به شما مراجعه نموده است. در سونوگرافی شکم، کبد چرب و چند پولیپ در کیسه صفرا به همراه افزایش نامنظم ضخامت دیواره آن (7 میلی‌متر) دیده می‌شود. بیلی روبین بیمار نرمال است.

در این مرحله، کدامیک از روش‌های تشخیصی زیر را مناسب می‌دانید؟

- (۱) تومور مارکرها
(۲) C.T شکم
(۳) EUS
(۴) MRCP

رشته: رشته گوارش و کبد بالغین

مقطع: دانشنامه فوق تخصصی

مرکز آموزشی: مرکز سنجش آموزش پزشکی

۴۳ آقای 50 ساله به دلیل تب و زردی مراجعه کرده است. در معاینه حال عمومی خوب نیست و BP:85/60 , PR:110/min می باشد.

آزمایشات وی به شرح زیر است:

AST: 68 , ALT: 70 , ALK Ph: 1400 , Total Bil: 15 , Direct Bil: 13

PT: 18sec , INR: 2 , WBC: 25,000 , PLT: 45,000

در سونوگرافی CBD:10mm و سنگ 13mm در انتهای آن گزارش شده است. مجاری صفراوی داخل کبدی نرمال هستند. پس از احیا و درمان آنتی بیوتیک، بهترین اقدام کدام است؟

(۱) PTBD

(۲) ERCP & Nasobiliary Drainage

(۳) EUS guided biliary Drainage

(۴) ERCP & Stone Extraction

۴۴ خانم 48 ساله ای مبتلا به سیروز ناشی از AIH به دلیل آسیت، اختلال gait، ضعف و بی حالی بستری شده است. در آزمایشات انجام شده Alb=2.8، آنزیم های کبدی 2 تا 3 برابر، INR=1.8, Na=122, K=2.8, BUN=34, cr.=1.3. بیمار SBP ندارد، داروهای بیمار آزاتیوپورین، فروزماید، اسپیرونولاکتون و کارودیلول بوده است. بیمار در لیست پیوند کبد قرار دارد.

کدام یک از اقدامات زیر در درمان این بیمار توصیه نمی شود؟

(۱) محدودیت مصرف آب

(۲) قطع کارودیلول

(۳) کاهش دوز دیورتیک ها

(۴) تجویز آلبومین

۴۵ خانم 20 ساله ای برای بررسی زردی خفیف از 5 سال پیش مراجعه کرده است. وی شکایت دیگری ندارد در معاینه نکته غیرعادی دیده نمی شود. AST و ALT همیشه طبیعی بوده است. بیلی روبین توتال در بررسی های متعدد از 0.9 تا 3.8 میلی گرم در دسی لیتر متغیر بوده است و میزان بیلی روبین مستقیم همیشه کمتر از 20% بوده است. اقدام مناسب کدام است؟

(۱) بررسی از نظر هپاتیت C

(۲) اطمینان خاطر دادن به بیمار

(۳) انجام بیوپسی کبد

(۴) شروع درمان با Ursodeoxycholic acid

رشته: رشته گوارش و کبد بالغین

مقطع: دانشنامه فوق تخصصی

مرکز آموزشی: مرکز سنجش آموزش پزشکی

۴۶ کدامیک از اقدامات زیر در بیمار مبتلا به Acute Liver Failure ناشی از ویلسون قبل از پیوند کبد، اثربخشی بیشتری دارد؟

(۱) تجویز D-penicillamine

(۲) CRRT

(۳) Plasma exchange & FFP

(۴) Peritoneal dialysis

۴۷ خانم 32 ساله‌ای به دلیل افزایش آنزیم‌های کبدی به شما مراجعه کرده است. در آزمایشات انجام شده:

مارکرهای ویروسی منفی

SGOT= 110 / SGPT= 238 / ALK.P= 880 / ALB= 3.9

Gamma Globulin= 5 gr / ANA= 1/80 / Asm Ab= 1/160 / AMA >1/160

کدام اقدام را برای این بیمار مناسب می‌دانید؟

(۱) بیوپسی کبد

(۲) تجویز UDCA و پیگیری پاسخ به درمان

(۳) انجام الاستوگرافی

(۴) تجویز استروئید و UDCA

۴۸ خانم 65 ساله با سابقه بیماری قلبی، به صورت اتفاقی در سونوگرافی متوجه توده در پانکراس شده است. در سی‌تی‌اسکن یک ضایعه 22 میلی‌متری با حدود مشخص و واسکولاریتی افزایش یافته در سر پانکراس گزارش شده که فاقد درگیری عروقی است. بیمار تحت EUS-FNB قرار می‌گیرد که پاتولوژی منطبق بر Well-differentiated NET (G1) می‌باشد. آزمایشات اولیه شامل قند خون طبیعی هستند. مناسب‌ترین اقدام، کدامیک از موارد زیر است؟

(۱) بررسی عملکردی پانکراس

(۲) انجام SSRT PET-CT

(۳) ارجاع مستقیم به جراح برای انجام جراحی ویپل

(۴) EUS- guided radiofrequency ablation

مرکز آموزشی: مرکز سنجش آموزش پزشکی

مقطع: دانشنامه فوق تخصصی

رشته: رشته گوارش و کبد بالغین

۴۹ آقای ۵۲ ساله با شکایت خارش و زردی (Bili 3.1mg/dl) از یک ماه پیش مراجعه کرده است. در بررسی‌های تصویربرداری، یک تنگی ناشی از توده ۱۵ میلی‌متری در CHD همراه با دیلاتاسیون قابل توجه مجاری صفراوی داخل کبدی مطرح کننده کلانژیوکارسینوم گزارش شده است. ضایعه مربوطه به مجاری صفراوی پروگزیمال گسترش نداشته و ورید پورت و شریان هپاتیک درگیری ندارند. کولونوسکوپی اخیر بیمار طبیعی می‌باشد.

مناسب‌ترین اقدام، کدامیک از موارد زیر می‌باشد؟

(۱) درناژ صفراوی به روش رادیولوژی (PTBD)

(۲) ERCP و براش سیتولوژی

(۳) EUS-FNA

(۴) لاپاروسکوپی تشخیصی و جراحی

۵۰ آقای ۳۴ ساله مورد کولیت اولسروز از ۵ سال پیش با علامت خارش مراجعه کرده است. در MRCP اخیر تنگی‌های متعدد با نمای دانه تسبیحی در مجاری صفراوی داخل کبدی همراه با یک تنگی غالب در ابتدای CBD دارد که نسبت به MRCP سه ماه گذشته پیشرفت قابل توجهی نداشته است. سطح بیلی روبین سرمی طبیعی است.

مناسب‌ترین اقدام کدامیک از موارد زیر می‌باشد؟

(۱) بررسی تومور مارکرها و تصمیم‌گیری بر اساس آن

(۲) انجام PET-CT scan و تصمیم‌گیری بر اساس آن

(۳) ادامه درمان دارویی و تکرار MRCP سه ماه دیگر

(۴) انجام ERCP و براش سیتولوژی

۵۱ آقای ۶۱ ساله با شکایت درد شدید اپیگاستر به اورژانس مراجعه کرده است. در سونوگرافی بدو مراجعه سنگ‌های متعدد کیسه صفرا و دیلاتاسیون خفیف مجاری صفراوی (CBD 8mm) گزارش شده و افزایش خفیف بیلی روبین (1.6mg/dl) و آنزیم‌های کبدی مشهود است. در MRCP دیلاتاسیون خفیف (9mm) CBD در غیاب سنگ گزارش شده است. علیرغم گذشت سه روز از بستری بیمار همچنان درد و اختلال در آزمایشات کبدی پابرجا می‌باشد.

اقدام مناسب بعدی کدام است؟

(۱) ERCP

(۲) EUS

(۳) Cholecystectomy

(۴) CT scan

رشته: رشته گوارش و کبد بالغین

مقطع: دانشنامه فوق تخصصی

مرکز آموزشی: مرکز سنجش آموزش پزشکی

۵۲ خانم ۴۵ ساله با پیوند کبد دو هفته پیش که تحت درمان با Tacrolimus , Mycophenolate , Prednisolone است، دچار تشنج شده است. سطح دارویی مناسب است. آزمایشات انجام شده شامل CBC, LFT, Urea, Cr, Ca , P, Na, K در حد طبیعی هستند. علاوه بر کنترل تشنج، اقدام مناسب بعدی کدام است؟

(۱) قطع Tacrolimus و شروع Ciclosporine

(۲) کاهش دوز Tacrolimus

(۳) قطع Tacrolimus و شروع Everolimus

(۴) کاهش دوز Tacrolimus و اضافه کردن Azathioprine

۵۳ آقای ۴۵ ساله دو سال قبل به دنبال اسهال مزمن برای وی بیماری کرون (Crohn's disease) تشخیص داده شده است. در کولونوسکوپی اولیه، اروزیونهای آفتی پراکنده در سراسر کولون را نشان داده است. در معاینه فیزیکی فعلی، علاوه بر علائم گوارشی، ضایعات ندولر قرمز تندر روی هر دو ساق پا مشاهده می‌شود. کدامیک از فاکتورهای زیر، پیش‌بینی‌کننده برای سیر تهاجمی بیماری کرون در این بیمار محسوب می‌شود؟

(۱) محدود بودن بیماری در کولون

(۲) وجود ضایعات پوستی ساق پا

(۳) جنسیت بیمار

(۴) سن تشخیص بیماری

۵۴ خانم ۶۸ ساله‌ای به دنبال انجام CT اسکن به علت سنگ کلیه، به طور اتفاقی متوجه یک ضایعه کیستیک در پانکراس می‌شود. بیمار بدون علامت است و سابقه پانکراتیت ندارد. MRI/MRCP یافته‌های زیر را نشان می‌دهد:

- کیست ۳.۴ سانتی‌متری در تنه پانکراس
- ارتباط واضح با مجرای فرعی پانکراس
- قطر مجرای اصلی پانکراس (MPD): ۶ میلی‌متر
- یک ندول مورال ۴ میلی‌متری با افزایش کنتراست دیده می‌شود.
- CA19-9 طبیعی است.

در EUS-FNA

CEA = 850 ng/mL کیست مایع آمیلاز = 80 U/L و در سیتولوژی: سلول بدخیم مشاهده نشد. اقدام مناسب بعدی کدام است؟

(۱) پیگیری با MRI هر ۶ ماه

(۲) تکرار EUS طی ۶ ماه

(۳) ارجاع برای رزکسیون جراحی

(۴) آسپیراسیون کامل سیست و تزریق اتانول

رشته: رشته گوارش و کبد بالغین

مقطع: دانشنامه فوق تخصصی

مرکز آموزشی: مرکز سنجش آموزش پزشکی

۵۵ خانم ۲۶ ساله G1P0 در هفته ۳۲ بارداری با بی حالی، تهوع، استفراغ، درد مبهم RUQ، ایکتر و تغییر وضعیت ذهنی مراجعه می کند. در معاینه، دچار انسفالوپاتی کبدی گرید II-I است. سابقه بیماری کبدی ندارد. علایم حیاتی به شرح زیر است:

BP: 118/74 mm/Hg, HR: 104/min, RR: 18/min, T: 37.1°C, SpO₂: 97%

نتایج آزمایشات به عمل آمده از بیمار را در جدول زیر مشاهده می نمایید:

Hb: 7.2 g/dL	AST: 240 U/L	Creatinine: 2 mg/dL
MCV: 106 fL	ALT: 318 U/L	serum glucose: 55 mg/dL
WBC: 18200	ALP: 310 U/L	uric acid: 8.1 mg/dL
Platelet count: 85000/ μ L	total bilirubin: 4.2 mg/dL direct bilirubin: 3.1 mg/dL	ceruloplasmin: 32 mg/dL, (reference range: 20-40 mg/dL)
direct coombs test: Negative	INR: 2.4	Viral markers are negative
peripheral blood smear: no schistocytes	Albumin: 2.4, INR: 1.72	Sono: mild liver enlargement, bright liver

پس از احیای اولیه، غیر از ختم بارداری، چه اقدام دیگری توصیه می شود؟

- ۱ ادامه مراقبت حمایتی در ICU و انتظار برای بهبود خودبه خودی عملکرد کبد
- ۲ ارجاع فوری به مرکز پیوند کبد برای ارزیابی اورژانسی و انجام پیوند
- ۳ شروع گلوکوکورتیکوئید با دوز بالا و پلاسمافرز
- ۴ شروع UDCA و آنتی بیوتیک تجربی

۵۶ آقای ۵۸ ساله، با سابقه تماس با دام، دچار درد مبهم RUQ می باشد. سونوگرافی شکم یک کیست بزرگ کبدی 80 میلی متر با دیواره ضخیم و نامنظم، سیptomهای متعدد، اکوژنسیته داخلی ناهمگن و کلسیفیکاسیون همراه با posterior Acoustic shadow نشان می دهد. LFTs و CA 19-9 نرمال هستند.

مناسب ترین رویکرد جهت بیمار کدام است؟

- ۱ آلبندازول و پیگیری سونوگرافی
- ۲ نیاز به اقدام خاصی فعلا ندارد
- ۳ آسپیراسیون کیست به روش PAIR
- ۴ جراحی رزکشن کیست

مرکز آموزشی: مرکز سنجش آموزش پزشکی

مقطع: دانشنامه فوق تخصصی

رشته: رشته گوارش و کبد بالغین

۵۷ آقای ۳۴ ساله‌ای با اسهال مزمن آبکی (۵ تا ۶ بار در روز) از یک سال قبل، نفخ شکمی و کاهش وزن ۱۰ کیلوگرمی مراجعه کرده است. علائم اسهال و نفخ بیمار پس از دوره‌های کوتاه تجویز تجربی کوآموکسی‌کلاو به دلیل سینوزیت‌های مکرر، به‌طور موقت بهبود نسبی پیدا می‌کرده است. در آندوسکوپی فوقانی، نمای موزاییکی و scalloping در دئودنوم مشهود است. بیوپسی مخاطی، آتروفی شدید پرزها (Marsh III) همراه با افزایش لنفوسیت‌های داخل اپی‌تلیال (IELs) و فقدان واضح Plasma cell در lamina propria را نشان می‌دهد. آزمایشات بیمار را به شرح زیر مشاهده می‌نمایید.

TSH: 2.1 IU/mL

Anti-tTG IgA: 1.2 U/mL

(reference range <10 U/mL)

Anti-DGP IgG: 3.5 U/mL

(reference range <10 U/m)

Fecal Calprotectin: 85 µg/g

(reference range <50 µg/g)

بهترین اقدام بعدی برای ارزیابی و تأیید تشخیص بیماری زمینه‌ای کدام است؟

(۱) انجام کلونوسکوپی با بیوپسی سگمنتال و ایلئوم ترمینال

(۲) درخواست HLA-DQ2/ HLA-DQ8

(۳) سنجش کمی ایمونوگلوبولین‌های سرم

(۴) شروع درمان تجربی با مترونیدازول و ارزیابی پاسخ

۵۸ آقای ۴۶ ساله‌ای با اسهال مزمن، کاهش وزن و استئاتوره مراجعه کرده است. بیمار رژیم حاوی گلوتن دارد. IgA تام طبیعی و tTG-IgA منفی است. به دلیل احتمال بالینی زیاد، آندوسکوپی انجام می‌شود. چهار نمونه از قسمت دوم دوازدهه گرفته شده و در بررسی بافت‌شناسی، افزایش لنفوسیت‌های داخل‌اپی‌تلیال، هیپرپلازی کریپت و آتروفی ویلوس گزارش می‌شود. نمونه‌ای از بولب گرفته نشده است.

بهترین راهبرد تشخیصی کدام است؟

(۱) تشخیص سلپاک قطعی است و باید بدون ارزیابی بیشتر رژیم بدون گلوتن آغاز شود

(۲) انجام EMA-IgA و در صورت منفی بودن، تشخیص انتروپاتی غیرسلپاک قطعی است

(۳) HLA-DQ2/DQ8 در صورت مثبت بودن، رژیم بدون گلوتن و ارزیابی بافت‌شناختی پس از ۲۴ ماه

(۴) تکرار آندوسکوپی پس از دو هفته gluten challenge با نمونه‌برداری از بولب و قسمت دوم

اثنی‌عشر

مرکز آموزشی: مرکز سنجش آموزش پزشکی

مقطع: دانشنامه فوق تخصصی

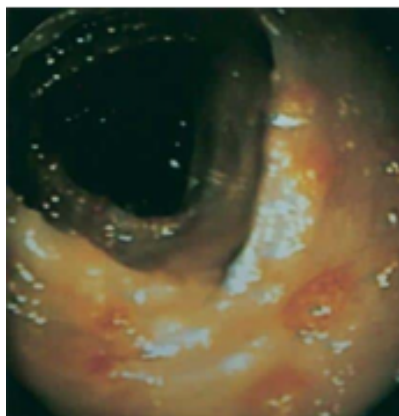
رشته: رشته گوارش و کبد بالغین

۵۹ خانم ۶۳ ساله با تشخیص آدنوکارسینوم رکتوم تحت کمورادیوتراپی نئوآدجوانت قرار گرفته و سپس جراحی Low Anterior Resection همراه با تعبیه loop ileostomy برای وی انجام شده است. به دنبال بروز ضایعات متاستاتیک جدید، از ۳ ماه قبل درمان سیستیمیک با یک داروی مهارکننده PD-1 برای وی آغاز شده است. بیمار اکنون با شکایت از افزایش خروجی استومی و اسهال آبکی ۵ تا ۶ نوبت بیش از حالت پایه از ۱۰ روز قبل مراجعه کرده است. تب یا خونریزی واضح ندارد و درد شکم خفیف است. در کولونوسکوپی از مسیر استومی و سگمان دیستال خارج از مسیر مدفوع، اریتم تکه‌ای، کاهش خفیف الگوی عروقی و شکنندگی مختصر مخاط دیده می‌شود. بیوپسی‌های تهیه‌شده، التهاب خفیف لامینا پروپریا همراه با افزایش لنفوسیت‌های داخل اپی‌تلیال (IELs) و آپوپتوز پراکنده در سلول‌های اپی‌تلیال کریپت‌ها را نشان می‌دهند.

مناسب‌ترین اقدام درمانی کدام است؟

- (۱) شروع Budesonide خوراکی
- (۲) تجویز short – chain fatty acid enema
- (۳) قطع موقت مهارکننده PD-1 و شروع پردنیزولون
- (۴) درمان با ریفاکسیمین خوراکی

۶۰ خانم ۶۸ ساله اهل مناطق روستایی چابهار، با سابقه ۲۰ ساله آسم که اخیراً به دلیل تشدید آسم، دوره ۱۰ روزه پردنیزولون با دوز بالا دریافت کرده است، با شکایت اسهال متناوب، درد اپی‌گاستر، نفخ و خارش و بثورات کھیری راجعه در ناحیه پرینه و ران مراجعه کرد. در آندوسکوپی فوقانی، مخاط اثنی‌عشر ادماتو با تغییر رنگ قهوه‌ای، لکه‌های اریتماتو و خونریزی‌های زیراپی‌تلیالی منتشر دیده می‌شود. در کولونوسکوپی (عکس زیر) نیز اولسرهای آفتی و serpiginous ulcerations مشاهده می‌شود. در آزمایش اتوزینوفیلی ۱۸٪، IgE بالا داشت. stool microscopy اولیه منفی گزارش شده، اما در مدفوع Charcot-Leyden crystals گزارش گردیده است. کالپروتکتین مثبت است.



اقدام درمانی مناسب کدام است؟

- (۱) تجویز آنتی TNF
- (۲) افزایش دوز استیروئید
- (۳) تجویز Ivermectin
- (۴) تجویز مترونیدازول

مرکز آموزشی: مرکز سنجش آموزش پزشکی

مقطع: دانشنامه فوق تخصصی

رشته: رشته گوارش و کبد بالغین

۶۱ خانم 48 ساله با سابقه 10 سال ریفلاکس اسید شدید که در آخرین آندوسکوپی و بیوپسی از انتهای مری، متاپلازی روده Specialized intestinal metaplasia گزارش شده است، جهت ادامه درمان و بررسی مراجعه کرده است.

کدامیک از اقدامات زیر مناسب نیست؟

- ۱ ادامه درمان یا اسموپرازول 40 میلی گرم دو بار در روز
- ۲ اضافه نمودن آسپرین 80 میلی گرم در روز به رژیم درمانی
- ۳ انجام آندوسکوپی و بیوپسی سه سال بعد
- ۴ انجام رادیوفرکونسی ابلیشن

۶۲ آقای 70 ساله با سابقه ریفلاکس اسید از معده به مری با دیسفاژی مراجعه کرده است. در آندوسکوپی و بیوپسی مری، آدنوکارسینوم دیستال مری مشخص گردیده است. در آندوسونوگرافی و سی تی اسکن تومور محدود به زیر مخاط و بدون متاستاز می باشد. اقدام بعدی شما کدام است؟

- ۱ جراحی
- ۲ ایمونوتراپی
- ۳ کموتراپی
- ۴ رادیوتراپی

۶۳ مرد 56 ساله با سابقه کانسر SCC مری که با کمورادیاسیون درمان شده بود، اکنون با شکایت دیسفاژی تحت آندوسکوپی قرار گرفت. توموری در میانه مری مشاهده گردید که نشان دهنده عود تومور اولیه بود. سی تی اسکن لنف نودهای متعدد را در مدیاستن و اطراف آئورت گزارش می کند. در این مرحله، کدامیک از اقدامات درمانی زیر را توصیه می کنید؟

- ۱ درمان کمورادیاسیون
- ۲ عمل جراحی
- ۳ درمان ایمونوتراپی
- ۴ درمان رادیوتراپی

مرکز آموزشی: مرکز سنجش آموزش پزشکی

مقطع: دانشنامه فوق تخصصی

رشته: رشته گوارش و کبد بالغین

۶۴ خانم ۳۸ ساله‌ای به مدت ۹ ماه احساس گیر کردن متناوب غذاهای جامد و مایعات در پشت جناغ دارد. علائم حداقل هفته‌ای دو بار رخ می‌دهد و طی سه ماه اخیر شدت ثابتی داشته است. کاهش وزن، هماتمز، آنمی، اדיنوفازی، سوزش سردل و رگورژیتاسیون ندارد. آندوسکوپی فوقانی، نرمال بود و اتساع، تنگی یا حلقه مری را نشان نمی‌دهد و در بیوپسی‌های متعدد، ازوفازیت ائوزینوفیلیک نداشت. مانومتری با وضوح بالا فاقد شواهد آشالازی، انسداد محل اتصال مری - معده و اسپاسم دیستال مری است، همچنین مری هایپرکانترکتیل یا فقدان پریستالسیس نداشت. PH متری از نظر GERD نیز منفی است. **محتمل‌ترین تشخیص و رویکرد اولیه چیست؟**

- (۱) اثر فشاری خارجی و نیاز به انجام سی‌تی‌اسکن تری فازیک قفسه صدری
- (۲) دیسفازی عملکردی؛ اطمینان‌بخشی، جویدن کامل غذا و اجتناب از عوامل محرک
- (۳) هیپرآلرژی مری و استفاده از PPI و آنتی‌دپرسان‌های تری سیکلیک
- (۴) اسپاسم متناوب دیستال مری؛ درمان با نیترات و دیلاتاسیون

۶۵ خانم ۴۵ ساله با سرفه خشک به مدت یک سال مراجعه کرده است. بررسی ریوی و گوش و حلق و بینی طبیعی بوده است. سابقه بیماری ریفلاکس و تلخی دهان را در گذشته گزارش می‌کند. **کدامیک از اقدامات زیر در معالجه وی مؤثرتر است؟**

- (۱) تجویز داروهای برونکودیلاتور bronchodilators
- (۲) تجویز اسموپرازول ۴۰ میلی‌گرم قبل از صبحانه و قبل از شام
- (۳) تجویز داروی دامپریدون قبل از صبحانه و قبل از شام
- (۴) تجویز فاموتیدین ۴۰ میلی‌گرم روزی دو بار

۶۶ در خانم ۳۴ ساله با سابقه کرون که گرفتاری شدید و وسیع ایلئوم داشته، به خاطر تنگی شدید ایلئوم یکبار رزکسیون و آناستوموز ایلئوم شده است. اکنون بیمار با تتانی در بیمارستان پذیرش شده. در معاینه Trousseau and Chvostek signs مثبت است و Vertical nystagmus دارد. MRI مغز ضایعه‌ای نداشت. **با توجه به مطالب فوق کمبود کدامیک از عناصر فوق مسئول اولیه علائم بیمار است؟**

- (۱) منیزیم
- (۲) کلسیم
- (۳) روی
- (۴) پتاسیم

مرکز آموزشی: مرکز سنجش آموزش پزشکی

مقطع: دانشنامه فوق تخصصی

رشته: رشته گوارش و کبد بالغین

۶۷ مرد ۷۲ ساله‌ای، پنج روز پس از جراحی ارتوپدی، با اتساع تدریجی شکم، تهوع خفیف و دفع گاز ناکافی مراجعه می‌کند. معاینه شکم نشان‌دهنده شکم متسع و تیمپانیک است، صداها ی روده‌ای وجود دارند و حساسیت شکمی خفیف است. بیمار تب، تاکی‌کاردی، گاردینگ یا ریباند ندارد. سی‌تی‌اسکن، اتساع عمدتاً در سکوم و کولون راست را نشان می‌دهد که تا نزدیکی فلکسور طحالی ادامه دارد؛ در محل تغییر قطر، هیچ ضایعه ساختاری یا توده انسدادی مشاهده نمی‌شود.

همه یافته‌های زیر از تشخیص انسداد کاذب کولون یا سندرم اوگیلوی حمایت می‌کنند، بجز:

(۱) وجود اتساع پروگزیمال کولون همراه با فقدان علت ساختاری انسداد

(۲) عدم وجود درد کولیکی شدید و سطح مایع - هوا در روده باریک

(۳) عدم وجود تب، تاکی‌کاردی و اختلال سطح هوشیاری

(۴) فقدان کامل صداها ی روده‌ای همراه با گاردینگ منتشر

۶۸ آقای 70 ساله با علایم ترش‌کردن و دیسفاژی خفیف برای مایعات و جامدات به شما مراجعه کرده است. در آندوسکوپی فوقانی ریفلاکس GERD_B بدون تنگی مشاهده می‌شود.

کدام یک از اقدامات زیر را برای این بیمار توصیه نمی‌کنید؟

(۱) رعایت رژیم غذایی و درمان با امپرازول نیم‌ساعت قبل از صبحانه و قبل از شام

(۲) صحبت با وی در مورد خوش‌خیم بودن بیماری و بهبودی با درمان طبی

(۳) معرفی به جراح جهت عمل فوندوپلیکیشن

(۴) تکرار آندوسکوپی و بیوپسی از انتهای مری هر 5 سال یک بار

۶۹ خانم 31 ساله با سابقه ترش‌کردن و نفس‌تنگی شبانه و احساس برگشت غذا در طول روز برای حداقل 7 سال گذشته، اخیراً دچار تشدید علایم و پنج کیلوگرم کاهش وزن در طول یک سال گذشته شده است. در آندوسکوپی، هیاتال هرنی با طول 5 سانتی‌متر و ریفلاکس GERD-B دارد. با درمان اس-اومپرازول 40 میلی‌گرم نیم‌ساعت قبل از صبحانه و قبل از شام، درد و سوزش معده بهبودی داشته است. در حال حاضر مشکل اصلی، احساس برگشت غذا و نفس‌تنگی به‌خصوص در خوابیدن است.

کدام یک از اقدامات زیر را در مورد این بیمار توصیه می‌کنید؟

(۱) افزایش دو برابری دوز اس-اومپرازول

(۲) افزودن تجویز متوکلوپرامید 10 میلی‌گرم خوراکی نیم‌ساعت قبل از صبحانه و قبل از شام

(۳) افزودن دومپریدون 10 میلی‌گرم خوراکی نیم‌ساعت قبل از صبحانه و قبل از شام

(۴) پیشنهاد عمل جراحی هرنی هیاتال و فوندوپلیکیشن

مرکز آموزشی: مرکز سنجش آموزش پزشکی

مقطع: دانشنامه فوق تخصصی

رشته: رشته گوارش و کبد بالغین

۷۰ تکرار آندوسکوپی برای پایش واریس‌های مری در فرد مبتلا به سیروز غیرفعال بدون سابقه خونریزی که سابقه بستن کامل واریس‌ها با باند را دارد و تحت درمان با بتابلوکر است، چه فواصلی توصیه می‌شود؟

- (۱) هر یک سال
- (۲) هر دو سال
- (۳) هر سه سال
- (۴) توصیه نمی‌شود

۷۱ در مواردی که باید به بیماری ویلسون مشکوک شد، کدام یک نادرست است؟

- (۱) تشخیص هپاتیت خودایمنی داده شده، ولی به درمان با پردنیزولون پاسخ نمی‌دهد
- (۲) استئاتوز کبدی وجود دارد، ولی عوامل خطر متابولیک وجود ندارد
- (۳) پروتئینوری شدید توجیه نشده همراه با اسیدوز توبولار کلیوی دارد
- (۴) نرمال بودن آلکالین فسفاتاز علی‌رغم افزایش سطح AST/ALT

۷۲ کدام مکانیسم، هدف اثر درمانی رزمیتیروم (Resmetirom) در بیماری کبد چرب متابولیک MASLD نیست؟

- (۱) کاهش مقاومت به انسولین
- (۲) کاهش لیپوژنزریس داخل سلولی
- (۳) کمک به ترمیم میتوکندری هپاتوسیت‌ها
- (۴) جلوگیری از فعال‌سازی سلول‌های ستاره‌ای کبد

۷۳ شاخص FIB-4 برای ارزیابی و پیش‌بینی فیبروز و عوارض کبدی در بیماری‌های مزمن کبدی استفاده می‌شود.

کدام یک از عبارات زیر صحیح نیست؟

- (۱) شروع فیبروز پیشرفته کبد را در HCV مزمن و MASLD پیش‌بینی می‌کند.
- (۲) پیامدها و عوارض نامطلوب کبدی مرتبط با کبد چربی متابولیک MASLD را پیش‌بینی می‌کند.
- (۳) خطر کانسر اولیه کبد HCC را در بین افرادی که الکل مصرف می‌کنند، پیش‌بینی می‌کند.
- (۴) افزایش فشار پورت و وجود واریس مری را پیش‌بینی می‌کند.

رشته: رشته گوارش و کبد بالغین

مقطع: دانشنامه فوق تخصصی

مرکز آموزشی: مرکز سنجش آموزش پزشکی

۷۴ مرد ۴۵ ساله با سابقه مصرف منظم الکل با هیپاتیت شدید مرتبط با الکل، با زردی، آسیت، طحال بزرگ، T.Bili 10 و Hb 12 و WBC 9000 و PLT 130000، آنزیم‌های کبدی و آلکالین فسفاتاز و گاماگلوتامیل ترانسفراز سه برابر بالاتر از حد طبیعی و کراتینین طبیعی و درجه حرارت و اشباع اکسیژن و هوشیاری طبیعی مراجعه کرده است.

کدام یک از ارزیابی‌های زیر در این مرحله ضروری نیست؟

(۱) ارزیابی وضعیت حجم عروقی و عملکرد کلیه

(۲) ارزیابی اختلال انعقادی و عملکرد کبد

(۳) ارزیابی عفونت فعال احتمالی

(۴) ارزیابی واریس مری

۷۵ آقای ۵۷ ساله‌ای با سیروز الکلی، آسیت و خواب‌آلودگی با هماتمز مراجعه می‌کند. درمان با داروی وازواکتیو و سفتریاکسون بلافاصله شروع می‌شود. به دنبال احیا اندوسکوپی انجام و واریس‌های بزرگ مری با خونریزی فعال مشاهده شده و خونریزی با band ligation کنترل می‌شود. با در نظر گرفتن اینکه بیمار Child-Pugh C با امتیاز ۱۲ می‌باشد. مناسب‌ترین اقدام بعدی کدام است؟

(۱) قطع داروی وازواکتیو در صورت موفقیت BAND LIGATION

(۲) ارزیابی بیمار و انجام TIPS فقط در صورت خونریزی مجدد

(۳) ارزیابی برای pre-emptive TIPS طی ۲۴ تا ۷۲ ساعت

(۴) شروع درمان با CARVEDILOL در صورت قطع خونریزی

۷۶ آقای ۶۲ ساله مبتلا به سیروز ناشی از MASH، با MELD-Na=14، Child-Pugh B، آسیت و پلاکت ۷۲,۰۰۰، قرار است برای سرطان کولون تحت همی‌کولکتومی انتخابی قرار گیرد. کدام اقدام در این مرحله توصیه می‌گردد؟

(۱) اصلاح INR با FFP تا کمتر از ۱/۵

(۲) رساندن پلاکت به بالای صد هزار

(۳) کنترل آسیت و آنسفالوپاتی

(۴) انجام TIPS قبل از جراحی

۷۷ خانم 49 ساله‌ای با سابقه سه زایمان واژینال، به دلیل درد شدید هنگام دفع مراجعه کرده است. معاینه نشان‌دهنده فیشر مزمن خلفی همراه با sentinel tag و نمایان شدن فیبرهای اسفنکتر داخلی است. کولونوسکوپی نرمال است. درمان با فیبر، نرم‌کننده مدفوع و دیلتیازم موضعی به مدت هشت هفته موفق نبوده است. بیمار گهگاه بی‌اختیار گاز دفع می‌کند.

در این مرحله اقدام مناسب کدام است؟

(۱) ارجاع به جراح جهت اسفنکترتومی

(۲) انجام مانومتري آنال

(۳) انجام anal dilatation دستی

(۴) توصیه به تزریق بوتاکس

مرکز آموزشی: مرکز سنجش آموزش پزشکی

مقطع: دانشنامه فوق تخصصی

رشته: رشته گوارش و کبد بالغین

۷۸ آقای ۶۷ ساله‌ای با ملنا بستری شده است. در اندوسکوپی، زخم دوازدهه Forrest IIa مشاهده و با روش ترکیبی درمان می‌شود. هنگام اندوسکوپی نمونه گرفته‌اند. تست سریع اوره‌آز منفی است. بیمار از زمان پذیرش PPI وریدی دریافت می‌کند و سابقه مصرف NSAID را ندارد. گزینه مناسب کدام است؟

- (۱) با توجه به منفی بودن تست اوره‌آز، اقدام تشخیصی دیگری ضرورت ندارد.
- (۲) پس از طی مرحله حاد وضعیت h pylori با تست استاندارد بررسی شود.
- (۳) علیرغم منفی بودن تست اوره‌آز درمان ریشه‌کنی h pylori انجام گیرد.
- (۴) برای تسریع در تصمیم درمانی تست تنفسی اوره‌آز انجام گیرد.

۷۹ خانم ۵۱ ساله‌ای به علت دیسپپسی و ملنا تحت آندوسکوپی قرار گرفته و یک زخم با بستر تمیز در بولب داشته است. درمان چهار دارویی ۱۴ روزه H. pylori را هفته قبل به پایان رسانده و به شما مراجعه کرده است. علائم دیسپپسی او کاملاً برطرف شده و در حال حاضر روزانه امپرازول مصرف می‌کند.

برای اطمینان از موفقیت درمان، کدام روش صحیح است؟

- (۱) امپرازول به مدت یک ماه و انجام تست آنتی‌ژن مدفوعی دو هفته پس از قطع دارو
- (۲) با توجه به رفع علائم بالینی، بررسی دیگری ضرورت ندارد؛ امپرازول یک‌ماه ادامه یابد
- (۳) مصرف امپرازول به مدت یک‌ماه ادامه یابد و بعد با تست سرولوزی جواب درمانی بررسی شود
- (۴) انجام آندوسکوپی مجدد جهت بررسی محل زخم و انجام تست RUT

۸۰ آقای ۶۶ ساله‌ای با کاهش وزن، اسهال مزمن، احساس سیری زودرس، افت فشار وضعیتی، ماکروگلوبولین و پروتئینوری مراجعه می‌کند. در سونوگرافی کبد مختصر بزرگ‌تر از حد طبیعی و در آزمایشات آنزیم‌های کبدی با ارجحیت الکالین فسفاتاز بالاست. بیوپسی از کدام ارگان را برای تشخیص در اولویت اول قرار نمی‌دهید؟

- (۱) دوازدهه
- (۲) کبد
- (۳) چربی زیر پوستی
- (۴) رکتوم

مرکز آموزشی: مرکز سنجش آموزش پزشکی

مقطع: دانشنامه فوق تخصصی

رشته: رشته گوارش و کبد بالغین

۸۱ خانم ۵۴ ساله مبتلا به systemic sclerosis با ضعف، تنگی نفس فعالیتی و کم‌خونی فقر آهن مقاوم مراجعه می‌کند. در آندوسکوپی تنه و فوندوس معده طبیعی است. نمای آندوسکوپی آنتروم در زیر مشاهده می‌شود:



بهترین درمان کدام است؟

- ۱) شروع پروپرانولول
- ۲) Argon Plasma Coagulation
- ۳) تزریق اپی‌نفرین
- ۴) High dose pantaprazole

۸۲ خانم 30 ساله تحت درمان با آزاتیوپرین 50 میلی‌گرم روزانه و پردنیزولون 5 میلی‌گرم روزانه به دلیل هپاتیت اتوایمیون که در 2 سال گذشته در پیگیری‌ها آنزیم‌های کبدی و IgG نرمال بوده است، به درمانگاه مراجعه کرده است. سونوگرافی کبد و طحال نرمال است. در آزمایشات Anti LKM Ab و Anti Soluble liver Antigen منفی است. در بیوپسی 2 سال قبل گرید 14 از 18 و Stage چهار از شش داشته است. در بیوپسی اخیر کبد گرید 4 از 18 و Stage سه از شش دیده می‌شود. بیمار اصرار به کاهش و قطع داروهای خود دارد.

کدام اقدام صحیح است؟

- ۱) قطع آزاتیوپرین
- ۲) کاهش دوز آزاتیوپرین
- ۳) ادامه درمان
- ۴) افزایش دوز آزاتیوپرین

مرکز آموزشی: مرکز سنجش آموزش پزشکی

مقطع: دانشنامه فوق تخصصی

رشته: رشته گوارش و کبد بالغین

۸۳ فردی که به دلیل هلیکوباکتر پیلوری مثبت در پاتولوژی بیوپسی آندوسکوپی انجام شده تحت درمان ۱۴ روزه با رژیم چهار دارویی بیسموت به شکل بیسموت ۴ بار در روز، تتراسایکلین ۲۵۰ چهار بار در روز و مترونیدازول ۲۵۰ هر ۸ ساعت و پنتاپرازول ۴۰ دوبار در روز قرار گرفته است، با تست آنتی ژن مدفوع متوجه عدم ریشه‌کنی هلیکوباکتر پیلوری شده است. قدم بعدی استفاده از چه رژیم درمانی می‌باشد؟

- ۱) Vonoprazan ۱۰ دو بار در روز و آموکسی‌سیلین ۱ گرم هر ۸ ساعت
- ۲) آموکسی‌سیلین ۱ گرم هر ۸ ساعت و لانزوپرازول ۶۰ میلی‌گرم دو بار در روز
- ۳) لانزوپرازول ۳۰ میلی‌گرم، بیسموت ۲۴۰ میلی‌گرم، تتراسایکلین ۱ گرم و مترونیدازول ۷۵۰ میلی‌گرم همگی دوبار در روز
- ۴) کپسول ریفاپوتین ۵۰۰ میلی‌گرم هر ۸ ساعت، امپرازول ۴۰ میلی‌گرم هر ۱۲ ساعت و آموکسی‌سیلین ۱ گرم هر ۸ ساعت

۸۴ خانم ۴۷ ساله‌ای به علت دیس پپسی آندوسکوپی و بیوپسی شده است که نتیجه آن به شرح زیر گزارش شده است:

Multifocal complete intestinal metaplasia, without H pylori

وی سابقه مصرف آنتی‌بیوتیک ندارد، ولی امپرازول مصرف می‌کند. سابقه فامیلی از سرطان معده ندارد. آزمایشات روتین انجام شده در حد طبیعی بوده‌اند. اقدام مناسب بعدی کدام است؟

- ۱) درمان علامتی و انجام آندوسکوپی سه سال بعد
- ۲) درمان ضد هلیکوباکتر پیلوری و آندوسکوپی یک سال بعد
- ۳) سرولوژی هلیکوباکتر و در صورت مثبت بودن درمان و آندوسکوپی سه سال بعد
- ۴) تست تنفسی هلیکوباکتر و در صورت مثبت بودن درمان و آندوسکوپی یک سال بعد

۸۵ فردی با دیسفاژی مراجعه کرده است. در آندوسکوپی برای تشخیص ازوفازیت ائوزینوفیلیک، کدام صحیح می‌باشد؟

- ۱) گرفتن ۴ بیوپسی از قسمت میانی و دیستال مری
- ۲) گرفتن ۶ بیوپسی از قسمت پروکسیمال و دیستال مری
- ۳) گرفتن ۴ بیوپسی از قسمت پروکسیمال مری
- ۴) گرفتن ۶ بیوپسی از قسمت میانی مری

رشته: رشته گوارش و کبد بالغین

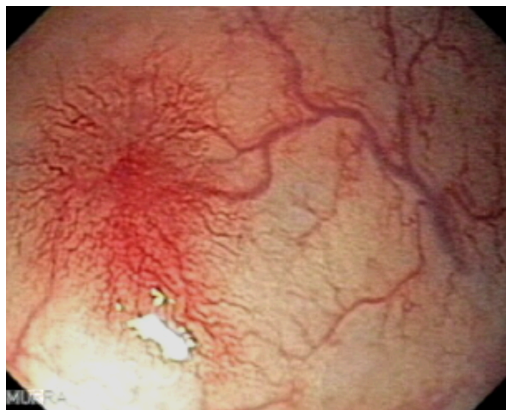
مقطع: دانشنامه فوق تخصصی

مرکز آموزشی: مرکز سنجش آموزش پزشکی

۸۶ دختر 25 ساله‌ای به دنبال مصرف ماده شوینده به قصد خودکشی، با درد قفسه سینه و افزایش ترشح بزاق در دهان مراجعه کرده است. در CT اسکن با تزریق انجام شده نکروز transmural دیده نمی‌شود و شواهد مدیاستینیت وجود ندارد. کدام اقدام زیر صحیح می‌باشد؟

- ۱) شروع آنتی‌بیوتیک وسیع الطیف
- ۲) شروع استروئید تزریقی
- ۳) انجام آندوسکوپی در 24 ساعت اول
- ۴) گذاشتن NG TUBE برای خروج مواد باقیمانده

۸۷ در کولونوسکوپی آقای 50 ساله بدون علامت و آزمایشات طبیعی با سابقه فامیلی کانسر روده، ضایعه زیر دیده می‌شود:



اقدام درمانی مناسب کدام است؟

- ۱) استفاده از Argon plasma coagulation
- ۲) انجام عمل بستن ضایعه با باند
- ۳) گذاشتن هموکلپس
- ۴) اقدام خاصی لازم نیست

رشته: رشته گوارش و کبد بالغین

مقطع: دانشنامه فوق تخصصی

مرکز آموزشی: مرکز سنجش آموزش پزشکی

۸۸ آقای 65 ساله با سابقه نارسایی قلبی به علت درد ناگهانی شکم، تب بدون خونریزی از مقعد به اورژانس مراجعه نموده است. در معاینه تندرست مختصر شکم دارد. در سی تی اسکن شکم، نمای thumb printing در خم طحالی مشهود است. در بررسی آزمایشگاهی:

WBC= 20,000/mm³

Hgb= 11g/dL

Serum sodium= 130mEq/L

BUN= 50mg/dL

اقدام تشخیصی یا درمانی مناسب کدام است؟

- ۱) جراحی و سگمنتال رزکسیون روده
- ۲) انجام کولونوسکوپی بدون آمادگی
- ۳) مشاوره با اینترونشنال رادیولوژیست
- ۴) آنتی بیوتیک و تحت نظر بودن بیمار

۸۹ آقای 46 ساله بدون علامت جهت پایش، تحت عمل کولونوسکوپی قرار می گیرد. در سیگموئید دیورتیکول های متعدد دیده می شود.

جهت پیشگیری از ایجاد دیورتیکولیت، کدام اقدام برای بیمار مناسب است؟

- ۱) کاهش مصرف غلات
- ۲) شروع مصرف سولینداک
- ۳) کاهش مصرف گوشت
- ۴) شروع مصرف مزالازین

۹۰ آقای 55 ساله با احساس نفخ شکم به درمانگاه مراجعه می کند. در آندوسکوپی ضایعه پولیپوئید به ابعاد 15 در 15 میلی متر در آنتروم دیده شد. در بررسی بافت شناسی، تشخیص NET برای ضایعه فوق داده شد و بقیه بافت معده طبیعی است. سطح گاسترین سرم در حد نرمال است.

اقدام درمانی مناسب کدام است؟

- ۱) برداشتن توده با روش EMR
- ۲) برداشتن توده با روش ESD
- ۳) گاسترکتومی توتال بدون برداشتن لنف نود لوکال
- ۴) گاسترکتومی پارشیال با برداشتن لنف نود لوکال

مرکز آموزشی: مرکز سنجش آموزش پزشکی

مقطع: دانشنامه فوق تخصصی

رشته: رشته گوارش و کبد بالغین

۹۱ خانم ۵۴ ساله با سابقه هیپوتیروئیدی درمان شده با $AST=43IU/L$, $ALT=45IU/L$, $AMA=1/80$ و تست‌های ویرال و ANA , $ASMA$ منفی است. $MRCP$ طبیعی است. بیوپسی کبد التهاب قابل توجه و علائم کلستاز بدون فیبروز قابل توجه را نشان می‌دهد. بعد از یک سال درمان با $UDCA 15mg/kg$ تست‌های کبد تغییر واضح ندارند. به درمان بیمار فنوفیبرات اضافه می‌شود که باز هم تست‌های کبد تغییر نمی‌کند. اقدام درمانی مناسب کدام است؟

- (۱) بودزونا
- (۲) میکوفنولات
- (۳) کولشیسین
- (۴) متوترکسات

۹۲ آقای ۶۳ ساله با سابقه آدنوکارسینوم روده باریک، با علائم دیستانسیون شکم، استفراغ و درد شکم به اورژانس مراجعه نموده است. تا زمان اقدام جراحی، برای درمان علامتی بیمار همه موارد زیر توصیه می‌شود، بجز:

- (۱) هالوپریدول
- (۲) متوکلوپرامید
- (۳) دگزامتازون
- (۴) اکروتاید

۹۳ آقای ۳۲ ساله‌ای مبتلا به هپاتیت خودایمنی پس از ۲ سال درمان موفق، به مدت ۱۸ ماه در وضعیت پاسخ بیوشیمیایی کامل و پایدار بوده و کاندید قطع درمان است. کدام فاکتور کمترین ارتباط را با افزایش ریسک عود بیماری ظرف ۱۲ ماه پس از قطع دارو دارد؟

- (۱) بالاتر بودن سطح ALT در زمان تشخیص اولیه
- (۲) بالاتر بودن IgG در زمان تشخیص اولیه
- (۳) جنس مذکر بیمار
- (۴) بالا بودن تیتراژ ANA در زمان تشخیص اولیه

۹۴ خانم ۵۲ ساله‌ای با تشخیص اپیزود اولیه و غیرشدید عفونت $C. Difficile$ تحت درمان ۱۰ روزه با ونکومايسين قرار دارد. در روز هشتم، اسهال و درد شکم بیمار کاملاً برطرف شده است، اما آزمایش مجدد توکسین مدفوع که توسط رزیدنت درخواست شده، همچنان مثبت است. اقدام بعدی در مدیریت این بیمار چیست؟

- (۱) تمدید دوره درمان با ونکومايسين برای ۱۰ روز دیگر
- (۲) تغییر رژیم درمانی به فیداکسومايسين
- (۳) ادامه دوره درمان آنتی‌بیوتیکی تا دو روز دیگر و ترخیص بیمار
- (۴) اضافه کردن قرص مترونیدازول ۲۵۰ میلی‌گرم ۴ بار در روز به مدت ۵ روز

مرکز آموزشی: مرکز سنجش آموزش پزشکی

مقطع: دانشنامه فوق تخصصی

رشته: رشته گوارش و کبد بالغین

۹۵ علت اصلی مرگومیر در بیمارانی که طی ۲ هفته اول ابتلا به پانکراتیت حاد فوت می‌کنند، معمولاً کدام است؟

- ۱) بروز عفونت ثانویه نکروز و سپسیس سیستمیک
- ۲) پارگی سودوآنوریسم و خونریزی حاد خلف صفاقی
- ۳) سندرم پاسخ التهابی سیستمیک
- ۴) نارسایی کلیه ناشی از هیپوولمی

۹۶ همکار جراح عمومی ۳۵ ساله در معاینات دوره‌ای دارای HBsAg مثبت و HBeAg منفی و آنزیم‌های کبدی نرمال است. بار ویروسی وی $\text{HBV-DNA} = 850 \text{ IU/mL}$ گزارش شده است. طبق دستورالعمل استاندارد موجود در خصوص پیشگیری از انتقال بیمارستانی، کدام تصمیم درباره فعالیت حرفه‌ای وی صحیح است؟

- ۱) ممنوعیت از انجام کلیه جراحی‌های تهاجمی
- ۲) مجاز به انجام پروسیجر جراحی با پایش شش‌ماهه
- ۳) شروع فوری درمان ضدویروسی پایش از ادامه کار
- ۴) صرفاً مجاز به جراحی بیمارانی با HbsAb بالاتر از ۱۰

۹۷ آقای ۳۴ ساله‌ای با سابقه یبوست مزمن، از درد ناگهانی و بسیار شدید ناحیه پری آنال از ۲۴ ساعت قبل شکایت دارد. درد وی با اجابت مزاج تشدید نمی‌شود، اما در حالت نشسته، بسیار آزار دهنده است. در معاینه ظاهری بدون مانور تهاجمی، یک توده برجسته، متورم و ارغوانی‌رنگ در لبه مقعد مشهود است.

کدام تشابه یا تفاوت تشخیصی با فیشر مقعدی در این بیمار مطرح است؟

- ۱) خونریزی در این بیمار برخلاف فیشر به صورت هماتوشزی (Hematochezia) است.
- ۲) شدت درد در این بیمار برخلاف فیشر حاد، بسیار ملایم‌تر گزارش می‌شود.
- ۳) ماهیت درد در فیشر، برعکس این بیمار، وابستگی شدیدی به اجابت مزاج دارد.
- ۴) موقعیت توده در خط وسط خلفی مقعد، تشخیص فیشر حاد را قطعی می‌کند.

۹۸ آقای ۶۸ ساله‌ای با هماتمز مراجعه کرده و امتیاز Glasgow-Blatchford Score (GBS) او برابر ۱۳ محاسبه شده است. پس از احیای مایعات، همودینامیک بیمار تثبیت می‌شود. مناسب‌ترین زمان برای آندوسکوپی او، کدام گزینه زیر می‌باشد؟

- ۱) آندوسکوپی اورژانسی (بدو ورود) جهت کاهش مرگومیر ۳۰ روزه به دلیل GBS بالا
- ۲) آندوسکوپی خیلی زودرس (زیر ۶ ساعت) جهت کاهش ریسک خونریزی مجدد
- ۳) آندوسکوپی زودرس (ظرف ۲۴ ساعت) پس از احیای مناسب و کنترل بیماری‌های همراه
- ۴) به تعویق انداختن آندوسکوپی بعد از ۲۴ ساعت جهت پایش مجدد اصلاح هموگلوبین

مرکز آموزشی: مرکز سنجش آموزش پزشکی

مقطع: دانشنامه فوق تخصصی

رشته: رشته گوارش و کبد بالغین

۹۹ خانم ۵۵ ساله با تابلو خونریزی، تحت کولونوسکوپی و بیوپسی از پولیپ ۴ سانتی متری در میدرکتوم قرار گرفته است. پاتولوژی پولیپ منطبق بر تشخیص Well-differentiated adenocarcinoma می باشد. رپورت سی تی اسکن بیمار طبیعی می باشد. در اندوسونوگرافی ضایعه محدود به قسمت های سطحی زیرمخاطی و بدون درگیری لایه عضلانی یا غدد لنفاوی است. بیمار تحت رزکسیون زیر مخاطی اندوسکوپی (ESD) قرار می گیرد. پاتولوژی نهایی ضمن تایید تشخیص، مارژین ورتیکال را مثبت گزارش می دهد. مناسب ترین اقدام برای بیمار، کدام یک از موارد زیر است؟

(۱) جراحی ترانس ابدومینال رزکشن

(۲) کمورادیوتراپی

(۳) ارجاع جهت ترانس رکتال رزکشن (TAMIS)

(۴) PET-CT scan

۱۰۰ مرد ۴۷ ساله با شکایت کاهش وزن اخیر مراجعه کرده است. در بررسی های تصویربرداری اولیه، یک توده ۲۶ میلی متری با حاشیه نامشخص در بادی پانکراس گزارش می گردد. در ادامه بررسی، درگیری شریان و ورید طحالی، بدون متاستاز یا درگیری سایر عروق گزارش شده است. گزارش EUS-FNB منطبق بر تشخیص آدنوکارسینوم پانکراس می باشد. مناسب ترین اقدام برای بیمار، کدام یک از موارد زیر می باشد؟

(۱) Staging laparoscopy

(۲) Distal pancreatectomy

(۳) Neo-adjuvant chemotherapy

(۴) PET-CT scan

۱۰۱ در مورد سه جزء اصلی رضایت کدام گزینه صحیح است؟

(۱) اتونومی، توانمندسازی بیمار، امضای فرم

(۲) ارائه اطلاعات، ظرفیت فردی، تصمیم گیری آزادانه

(۳) امضای فرم اخذ رضایت، برائت پزشکی، اختیار بیمار

(۴) درک صحیح اطلاعات، احترام به بیمار، رضایت خانواده

۱۰۲ در شرایط کمبود منابع مثلاً کمبود تخت ICU، تصمیم گیری بر اساس کدام اصل اخلاقی انجام می شود؟

(۱) سودرسانی بیشتر

(۲) عدالت

(۳) اختیار فرد (اتونومی)

(۴) صداقت