

درسنامه برتر دستیاری (پروانه دانش)

پاسخ نامه آزمون گوارش

۱- (گزینه ب)

گلیسرین مدفوع را نرم می‌کند. اکسید منیزیم و لاکتولوز اثر اسموتیک دارند.

۲- (گزینه ب)

تگاسرود بر روی تحرک مری اثری ندارد.

۳- (گزینه الف)

تشخیص فوق با تومور وارتین مطابقت دارد.

۴- (گزینه ج)

مهم‌ترین ویژگی مرفولوژیک مؤثر در پیش‌آگهی کارسینوم معده، عمق تهاجم است.

۵- (گزینه ب)

یافته اصلی پاتولوژیک در کبد، استئاتوز میکروویکولر است.

۶- (گزینه د)

در گروه‌های پرخطر، باید پیشگیری از نظر GIB صورت گیرد. در این زمینه، H2 بلوکرهای داخل وریدی درمان انتخابی به شمار می‌روند، هرچند که سوکرفات نیز مؤثر می‌باشد. درمان پروفیلاکتیک از خطر خونریزی می‌کاهد، ولی مرگ و میر را کم نمی‌کند.

۷- (گزینه الف)

در بیماری دیورتیکولی، خونریزی شروعی ناگهانی دارد، اغلب بدون درد و گاه شدید است. معمولاً این خونریزی از کولون راست منشأ می‌گیرد. خونریزی خفیف و خونریزی مخفی از اختصاصات بیماری دیورتیکولی به شمار نمی‌روند. خونریزی از دیورتیکول‌های کولون در ۸۰٪ بیماران خودبخود متوقف می‌شود.

۸- (گزینه ج)

بیمار مبتلا به اسپاسم منتشر مری است ممکن است بیمار به داروهایی همچون نیتروگلیسرین، ترکیبات آنتی‌کولینرژیک و کلسیم‌بلوکرها پاسخ دهد (هرچند نتایج امیدبخش نبوده‌اند). در بیماری که دچار دیسفاژی شدید و کاهش وزن است، دیلاتاسیون پنوماتیک یا میوتومی طویل مری می‌تواند کمک کننده باشد.

۹- (گزینه الف)

۱۰- (گزینه ب)

در صورتی که شک به انسداد مجاری صفراوی خارج کبدی وجود داشته باشد، باید در ابتدا با استفاده از روش‌های غیر تهاجمی (سی تی اسکن، سونوگرافی) اتساع مجاری صفراوی را بررسی کرد.

۱۱- (گزینه ب)

بیمار مبتلا به سیروز است.

۱۲- (گزینه ج)

برای درمان زخم‌های ناحیه آنتر، آنترکتومی و آناستوموز به روش بیلروت ۱ درمان انتخابی می‌باشد. واگوتومی تنها در صورتی انجام می‌شود که زخم دئودنوم نیز وجود داشته باشد. برای زخم‌هایی که در نزدیک محل اتصال معده به مری قرار دارند، گاسترکتومی ساب‌توتال به همراه ازوفلوگاستروژن‌نوستومی توصیه می‌شود.

۱۳- (گزینه ج)

۱۴- (گزینه ب)

در صورت وجود کاهش وزن، خونریزی رکتال و یا آنمی (بویژه در سنین بالای ۴۰ سال) به همراه یبوست، باید سیگموئیدوسکوپی به همراه باریم انما و یا کولونوسکوپی انجام شود تا بیماری‌های ساختمانی (مانند کانسر یا تنگی) رد شوند. در این حالت کولونوسکوپی مقرون به صرفه‌تر است، چراکه امکان انجام بیوپسی از ضایعات مخاطی، پولیپکتومی و یا متسع کردن تنگی‌ها را فراهم می‌آورد.

۱۵- (گزینه ج)

در بیمارانی که دچار LGIB هستند، و وضعیت همودینامیک آن‌ها ناپایدار است باید پیش از ارزیابی LGIB، اندوسکوپی فوقانی انجام شود تا UGIB رد شود. در صورتی که UGIB رد شود، کولونوسکوپی روش تشخیصی انتخابی خواهد بود.

۱۶- (گزینه د)

۱۷- (گزینه ج)

کشت مایع آسپیره شده از ژژونوم، قطعی‌ترین آزمون برای تشخیص رشد بیش از حد باکتری‌ها در روده می‌باشد، اما آزمون تنفسی 14C-xylose، مناسب‌ترین آزمون و هیدروژن تنفسی گلوکز آسان‌ترین آزمون به شمار می‌روند. در جای انجام آزمون‌های تشخیصی، می‌توان درمان Empiric با آنتی‌بیوتیک‌ها انجام داد.

۱۸- (گزینه د)

آزمون انتخابی برای اثبات ریشه کن شدن هلیکوباکتر پیلوری، آزمون تنفسی اوره است. در صورتی که این آزمون در دسترس نباشد، می‌توان از آزمون آنتی‌ژن‌های مدفوع استفاده کرد. در هر صورت آزمون‌های سرولوژیک در این زمینه سودمند نمی‌باشند.

۱۹- (گزینه الف)

۲۰- (گزینه ج)

اسکن رادیونوکلید دقیق‌ترین آزمونی است که به کمک آن می‌توان تشخیص بالینی کوله‌سیستیت حاد را تأیید کرد و وجود انسداد در مجرای سیستیک را ثابت نمود:

۱- اگر کیسه صفرافا توسط ایزوتوپ پُر شود، وجود کوله‌سیستیت حاد نامحتمل خواهد بود.

۲- اگر مجرای صفرافا مشاهده شود، اما کیسه صفرافا مشاهده نگردد، تشخیص بالینی کوله‌سیستیت حاد قویاً تأیید می‌شود.

توجه داشته باشید که در این بیمار اولین اقدام سونوگرافی است. اگر با کمک سونوگرافی نتوانید تشخیص کوله‌سیستیت حاد را ثابت کنید، آنوقت می‌توانید از اسکن رادیونوکلید استفاده کنید.

۲۱- (گزینه ب)

سولفاسالازین سبب الیگواسپرمی برگشت‌پذیر می‌شود. سایر گزینه‌ها درست هستند.

۲۲- (گزینه د)

الگوریتم تشخیصی در بیمار مشکوک به کانسر پانکراس

۲۳- (گزینه ج)

۲۴- (گزینه د)

۲۵- (گزینه د)