



سری کتب اکسیر

# مجموعه اکسیر جراحی (۱)

آمادگی آزمون بورده ۱۴۰۱

تألیف و گردآوری: گروه آموزشی رهیویان شریف

ویرایش: دکتر مریم عباسی

۵ درصد برتر بورده تخصصی جراحی عمومی سال ۱۴۰۰

## مقدمه ناشر:

موسسه‌ی رهپویان شریف با بیش از بیست و دو سال تلاش در زمینه‌ی چاپ و نشر کتب آمادگی آزمون‌های ارتقاء و بورد تخصصی در بین داوطلبان جایگاه ویژه‌ای دارد.

از این رو با توجه به زمان اندک داوطلبان محترم، برای مطالعه‌ی تکست اصلی و حجم بالای مطالب، موسسه‌ی رهپویان شریف ساختار منحصر به فرد خود را اینگونه ارائه داد تا با دسترسی داوطلبان به خلاصه مطالب موجود در رفرنس و همچنین مرور مطالب در قالب سوالات ارتقاء و بورد چند سال اخیر، در زمان کم بتوان به نتیجه‌ی مطلوب رسید.

همچنین در کنار ساختار اصلی کتب کیمیا، مجموعه کتاب‌هایی با عناوین اکسیر، سیمیا، مرور سریع، آسکی، مقالات و... تولید و در اختیار داوطلبان محترم قرار داده تا نیازهای علمی و آموزشی دستیاران و متخصصین رشته‌های مختلف مد نظر قرار گیرد.

کتاب حاضر که به رهپویان جامعه پزشکی تقدیم می‌شود نتیجه زحمات گروهی از زبده‌ترین مولفین بوده که هدف آن‌ها تهیه خلاصه‌ای در عین حال جامع از مطالب کلیدی کتب مرجع، در کنار بانکی از سوالات آزمون ارتقاء و بورد، جهت آمادگی علمی دستیاران محترم می‌باشد. در این کتاب علاوه بر اینکه سعی شده است کلیه نکات و موضوعات مهم آزمون‌ها با بیانی ساده و شیوا و به صورت کاملاً منظم پوشش داده شود، سوالات آزمون‌های مختلف دانشگاه‌ها و بورد نیز گردآوری و با استفاده از منابع معتبر معرفی و به طور تشریحی به آن‌ها پاسخ داده شده است. شالوده تنظیم این مجموعه آخرین ویرایش منابع آزمون‌های ارتقاء، گواهینامه و دانشنامه تخصصی تعیین شده از سوی دبیرخانه شورای آموزش پزشکی و تخصصی بوده که شامل ویرایش یازدهم Schwartz 2019، ویرایش بیستم Sabiston 2017 و ویرایش سیزدهم Maingot 2019 بوده است.

امیدواریم این کتاب نیز همانند دیگر کتب موسسه رهپویان شریف مورد استقبال شایان جامعه پزشکی قرار گیرد.

دکتر مهدی شریف

ریاست موسسه رهپویان شریف



## موسسه انتشاراتی رهیویان شریف

عنوان و نام پدیدآور	: مجموعه اکسیر جراحی (۱): آمادگی آزمون بورد ۱۴۰۱ / تالیف و گردآوری گروه آموزشی رهیویان شریف؛ ویرایش مریم عباسی.
مشخصات نشر	: تهران: رهیویان شریف، ۱۴۰۰.
مشخصات ظاهری	: ۴۴۲ص: ۲۲ × ۲۹ س.م.
فروست	: سری کتب اکسیر.
شابک	: دوره ۹-3050-09-600-978 :: ۲۹۶۰۰۰۰ ریال، 3-3289-09-600-978 :
وضعیت فهرست نویسی	: فیبا
موضوع	: جراحی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها Surgery -- Examinations, questions, etc پزشکی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها Medicine -- Examinations, questions, etc
شناسه افزوده	: عباسی، مریم، (دکتر)، ویراستار
شناسه افزوده	: موسسه رهیویان تحقیقات و توسعه شریف
رده بندی کنگره	: ۲/RD۳۷
رده بندی دیویی	: ۰۰۷۶/۶۱۷
شماره کتابشناسی ملی	: ۸۷۷۱۱۱۰

### مبتکر بزرگترین طرح های آموزش پزشکی در کشور

عنوان کتاب: مجموعه اکسیر جراحی (۱) / کتاب آمادگی آزمون ارتقا و بورد ۱۴۰۱ تالیف و گردآوری: گروه آموزشی رهیویان شریف ویرایش: دکتر مریم عباسی ناشر: رهیویان شریف حروفچینی و صفحه آرایی: رهیویان شریف طراح و گرافیسیت: رهیویان شریف	چاپ و لیتوگرافی: رهیویان شریف نوبت چاپ: اول ۱۴۰۰ تیراژ: ۳۰۰ جلد شابک دوره: ۹-۳۰۵۰-۰۹-۶۰۰-۹۷۸-۳ شابک: ۳-۳۲۸۹-۰۹-۶۰۰-۹۷۸-۳ بهاء: ۲۹۶/۰۰۰ تومان
---	---

آدرس: تهران - خیابان فاطمی غربی نبش جمال زاده - پلاک ۲۷۴ - طبقه دوم

[www.drsharif.org](http://www.drsharif.org)

صندوق پستی: ۱۴۱۸۵/۳۱۳

[info@drsharif.org](mailto:info@drsharif.org)

شماره تماس: ۰۲۱-۶۶۹۰۸۰۰۰

این اثر تحت حمایت قانون مولفین و مصنفین قرار دارد و هرگونه کپی برداری از این اثر بیکرد قانونی دارد.

## راهنمای بخش‌ها و امکانات اپلیکیشن رهپویان شریف

از سال ۱۳۹۹ و در جهت ارتقای سطح آموزش‌های موسسه رهپویان شریف، خدمات بسیار متنوعی که در ادامه به آنها پرداخته می‌شود در قالب اپلیکیشن رهپویان شریف ارائه می‌شود. شما می‌توانید به آسانی و با مراجعه به سایت موسسه به آدرس [WWW.DRSHARIF.ORG](http://WWW.DRSHARIF.ORG) نسبت به نصب اپلیکیشن و استفاده از امکانات آن اقدام فرمایید.

### معرفی بخش‌ها

**محتوای من:**  
در این بخش، ویدئوها، پادکست‌ها، تصاویر، متون و... مرتبط با رشته تخصصی شما قرار گرفته است.

**فروشگاه آنلاین:**  
چنانچه قصد تهیه بسته‌های تخصصی رشته خود را داشته باشید، می‌توانید با مراجعه به بخش فروشگاه، آن را مشاهده و تهیه فرمایید.

**فلش کارت:**  
در بخش فلش کارت می‌توانید بسته‌های متنوع سوالات پرتکرار و مهم همراه با نکات کلیدی که توسط اساتید طراحی شده‌اند را مشاهده و آنها را مرور نمایید.

**اخبار:**  
تمام اطلاع‌رسانی‌های مهم رشته شما در این بخش صورت گرفته و شما می‌توانید به آسانی از آنها مطلع گردید.

**منوی اپلیکیشن:**  
لیست تمام ابزارها، آموزش استفاده و ارسال تیکت پشتیبانی در این منو قرار دارد.

**اسکن QR:**  
شما با این ابزار می‌توانید QRهای موجود در کتب هوشمند را اسکن کرده و مستقیماً محتوای مرتبط با آن مبحث را مشاهده فرمایید.

**تازه‌ها:**  
در این بخش آخرین محتوای رشته تخصصی شما که به روز رسانی شده نمایش داده می‌شود و می‌توانید با کلیک بر روی هر کدام، آن را مشاهده فرمایید.

**آموزش و آزمون:**  
در این بخش می‌توانید لینک برگزاری کارگاه‌های آنلاین، آخرین گایدلاین‌ها، متون رفرنس انگلیسی، دوره‌ها و آزمون‌های تخصصی، و تمام آنچه که برای آمادگی آزمون‌ها نیاز است را مشاهده فرمایید.

با آنکه خدمات ارائه شده در این اپلیکیشن که قابل استفاده در انواع موبایل‌های اندرویدی و IOS بوده بسیار متنوع است، لیکن طراحی آن به نحوی است که کاربر بتواند به آسانی و بدون کوچک‌ترین پیچیدگی از تمام قابلیت‌های آن استفاده نماید. لازم به ذکر است در آینده نزدیک و طبق برنامه‌های توسعه‌ای، امکانات و ابزارهای متنوع و کاربردی دیگری متناسب با نیاز داوطلبان گرامی به آن اضافه گردید.

## فهرست

۷.....	فصل دوازده: ایمنی بیماران .....
۴۹.....	فصل هجده: بیماری‌های سر و گردن .....
۱۰۳ .....	فصل بیست و نه: کولون، رکتوم و آنوس .....
۳۳۷.....	فصل سی و سه: پانکراس .....



## فصل دوازده: ایمنی بیماران

۱- در مورد تعبیه کاتتر ورید مرکزی کدام جمله صحیح است؟ (بورد ۱۴۰۰)

(الف) عفونت کاتتر در وید ژوگولر و ساب کلاوین تفاوتی ندارد.

(ب) بهتر است کاتتر به صورت روتین تعویض گردد.

(ج) پنوموتوراکس میتواند پس از ۴۸ تا ۷۲ ساعت اتفاق افتد.

(د) سونوگرافی احتمال آسیب شریان را از بین می‌برد.

کج پاسخ: ج

میزان عفونت کاتتر فمورال بیشتر از کاتتر ژوگولر و عفونت کاتتر ژوگولر بیشتر از ساب کلاوین است.

ساب کلاوین > ژوگولر > فمورال : میزان عفونت

پنوموتوراکس می‌تواند ۴۸ تا ۷۲ ساعت بعد اتفاق بیافتد و در این موارد نیاز به تعبیه لوله سینه‌ای داریم.

سونوگرافی مخصوصاً در مواردی که قبلاً رگ کانوله شده است یا پیدا کردن رگ مشکل باشد بسیار کمک کننده است و میزان آسیب را کاهش می‌دهد.

۲- بیماری با کاتتر ورید مرکزی که دسترسی عروقی محیطی ندارد، دچار علائم سپسیس شده است. کشت خون محیطی

و خون کاتتر، عفونت گرم منفی کلبسیلا را گزارش می‌کند. مناسب‌ترین اقدام کدام است؟ (بورد ۱۴۰۰)

(الف) خارج کردن کاتتر و تعبیه دسترسی وریدی از محل دیگر

(ب) کاتتر حفظ شود و ۱۴ تا ۱۲ روز با آنتی بیوتیک درمان شود.

(ج) کاتتر از همان مسیر تعویض و درمان آنتی بیوتیک انجام شود.

(د) درمان آنتی بیوتیک شروع شده و در صورت عدم پاسخ طی ۷۲ ساعت کاتتر خارج شود.

کج پاسخ: الف

در صورت سیستمیک شدن عفونت کاتتر CVP میزان مرگ و میر ۱۲٪ تا ۲۵٪ می‌باشد.

از نظر آماری ۱۵٪ بیمارانی که کاتتر ورید مرکزی دارند عفونی می‌شوند. اگر عامل عفونت کاتتر است آن را برمی‌داریم و نوک آن را کشت می‌دهیم.

اگر عامل عفونت استاف اورئوس است باید به مدت ۶-۴ هفته آنتی‌بیوتیک بدهیم به دلیل پخش آمبولی باکتریایی

حفظ کاتتر در بیماران با کاتترهای تونل‌دار که:

(۱) در معرض خطر برای خارج کردن یا جایگزین کردن

(۲) در بیماران مبتلا به استاف کوآگولاز منفی که شواهدی از بیماری متاستاتیک یا سپسیس شدید را ندارند

(۳) در افرادی که عفونت تونل وجود ندارد

(۴) شواهدی از باکتری می‌پایدار وجود ندارد.

انجام می‌شود.

۳- خانم ۲۴ ساله به علت درد RLQ از یک سال قبل تحت بررسی است. در سوابق کولونوسکوپی منفی است و CT Scan

التهاب و ضخامت بافتی و غدد لنفاوی متعدد در RLQ گزارش کرده است. بیمار با تب بالا و توده RLQ که از یک هفته

قبل شروع شده مراجعه کرده است. در معاینه حساسیت عمقی در همین ناحیه دارد. سونوگرافی تجمع مایع هتروژن به

ابعاد ۸ × ۵ سانتیمتر مجاور عضله پسواس نشان داده است. کدام اقدام درمانی ارجح است؟ (بورد ۱۴۰۰)



- الف) درناژ پرکوتائوس و آنتی بیوتیک  
 ب) درناژ باز و بیوپسی غدد لنفاوی  
 ج) لاپاراتومی و رزکسیون کامل منطقه درگیر  
 د) آنتی بیوتیک و کورتیکواستروئید دوز بالا

ک پاسخ: الف

روش استاندارد برای آبسه و عفونت loculated درناژ تحت گاید CT یا Sono می باشد و این روش خطر کمتری از جراحی است. درناژ زیر گاید + یک دوره آنتی بیوتیک کوتاه مدت خطر را کمتر می کند. وقتی زخم به صورت مناسب درناژ شود، مصرف آنتی بیوتیک ضرورتی ندارد فقط برای پروفیلاکسی ۲۴-۴۸ ساعت پس از گذاشتن درن آنتی بیوتیک می دهیم. ادامه مصرف آنتی بیوتیک بیش از ۴۸h به شرط مثبت شدن کشت ضروری خواهد بود (برای جلوگیری از مقاومت باکتریایی).

۴- بیماری که به علت ترومای نافذ شکمی و پارگی شریان ایلیاک تحت لاپاراتومی و ترمیم شریان با نخ پرولین ۵ صفر قرار گرفته، پس از بستن شکم، پرستار اتاق عمل اعلام می کند که سوزن نخ پرولین را پیدا نمی کند و ممکن است در شکم مانده باشد. اقدام مناسب کدام است؟ (ارتقا ۱۴۰۰)

- الف) گرافی پرتابل و سپس تصمیم گیری براساس آن  
 ب) لاپاراتومی و اکسپلور شکم  
 ج) سی تی اسکن شکم و لگن به صورت تاخیری  
 د) اقدامی نیاز ندارد.

ک پاسخ: د

آیا سوزن جامانده را درآوریم:

۱- اگر علامت دار است درمی آوریم.

۲- اگر بیمار تصمیم دارد درمی آوریم.

سوزن های کم تر از ۱۳ میلی متر غیر قابل شناسایی هستند و مدرکی دال بر آسیب به عروق و احشاء وجود ندارد و اینها را می توان به حال خود رها کرد.

۵- به دنبال لاپاروتومی جهت توتال گاسترکتومی، در آقای ۶۱ ساله با شاخص توده بدنی ۲۱، در انتهای عمل پرستار سیرکولر شمارش گازها و وسایل را صحیح اعلام می کند ولی توسط پرستار سیرکولر دیگری که جهت تعویض شیفیت، تازه از راه رسیده ذکر می شود که یک گاز کم می باشد. تعداد گازها مجدداً توسط هر دو تغییر شمارش و صحیح اعلام می گردد. در این شرایط کدام یک از موارد زیر صحیح است؟ (بورد ۹۹)

الف) توسط مسئول اتاق عمل صورت جلسه شود.

ب) با صحیح بودن شمارش مجدد نیاز به اقدام دیگری نیست.

ج) تهیه گرافی در پایان و روی تخت عمل و رویت آن

د) شمارش مجدد توسط دو تکنسین دیگر و خود جراح

ک پاسخ: ج

توصیه ACS برای جلوگیری از ماندن جسم خارجی:

۱- شمارش اقلام و گاز

۲- جستجوی کامل پیش از بستن

۳- استفاده از گاز و وسایل اوپاک

۴- در صورت اختلاف در شمارش باید X-Ray انجام شود.

۶- مرد ۶۲ ساله یک ساعت بعد از اندارترکتومی کاروتید یک طرفه، ناگهان دچار تغییر سطح هوشیاری شده است.

مناسب ترین اقدام کدام است؟ (بورد ۹۹)

(ب) ام آر آی مغز با تزریق کنتراست

(الف) سی تی اسکن اورژانس مغز

(د) شروع هپارین و سی تی آنژیوگرافی کاروتید

(ج) انتقال سریع به اتاق عمل

ک پاسخ: ج

عوارض اندارترکتومی:

۱- دیفکت نورولوژیک - تغییر وضعیت ذهنی ← انتقال اورژانس به اتاق عمل

۲- خونریزی و هماتوم

۳- فیستول AVF

۴- پسودوانوریسم

۵- عفونت

۷- در مورد فرآیند پیشگیری از جاگذاشتن گاز داخل بدن بیمار پس از جراحی کدام عبارت صحیح است؟ (تهران ۹۸)

(الف) انجام گرافی شکم قبل از بیدار شدن بیمار در اعمال جراحی پیچیده الزامی است.

(ب) تغییر تیم پرستاری مهمترین عامل خطر است.

(ج) پزشک جراح مسئول اصلی فرآیند است.

(د) پرستار سیرکولر مسئول اصلی فرآیند است.

ک پاسخ: ج شوارتز ۲۰۱۹ صفحه ۴۰۹

مزیت داشتن شمارش جراحی برای جلوگیری از باقی ماندن اشیاء مورد اختلاف نظر است. چون امکان وجود شمارش کاذب هم وجود دارد.

اجتناب از بکاربردن گازهای کوچک در شکم (بدلیل عدم تشخیص در X-Ray) و جستجوی کامل شکم قبل از بستن و اهمیت دادن

جراح به شمارش صورت گرفته توسط پرسنل از مواردی است که به کاهش خطر کمک می کند.

۸- در پیگیری یک بیمار، متوجه گم شدن نمونه پاتولوژی می شوید. در بررسی مشخص می شود که نمونه توسط سیرکولر

اتاق عمل دورانداخته شده است. اشکال در کدام یک از موارد زیر بوده است؟ (مشترک ۹۸)

(ب) sign outs

(الف) operating room briefing

(د) surgical safety check list

(ج) operating room debriefing

ک پاسخ: ج و د

جمع بندی پایان عمل (operating Room) debriefing شامل شمارش گازها و ابزار است و نامگذاری نمونه های جراحی می باشد.

خطا در نامگذاری نمونه‌های جراحی نتیجه‌ای از ضعف کار گروهی و ارتباطی در اتاق عمل هم می‌باشد.  
 surgical safty: چک لیست who است: شامل سه بخش است؛ قبل معرفی به بیهوشی، قبل برش پوستی، قبل خروج بیمار از اتاق عمل. در قبل خروج بیمار از اتاق عمل: نوع جراحی، شمارش گاز و سوزن، نوشتن روی ظرف نمونه و اسم بیمار.

Operating Room Debriefings خلاصه دستورالعمل اتاق عمل: (گزینه ج)

۱- خلاصه‌نویسی‌ها و چک لیست‌ها قبل عمل کمک‌کننده است.

۲- داشتن گایدلاین باعث کاهش خطا می‌شود.

۳- در چک لیست نمونه پاتولوژی - محل عمل و نوع نمونه مشخص شود.

Operating Room Briefing: (گزینه الف)

۱- اسم افراد گروه و وظایف گروه چیست؟

۲- بیمار درست انتخاب شده باشد و پروسیجر صحیح برایش انتخاب شود (time out).

۳- آنتی‌بیوتیک preop گرفته باشد.

۴- قسمت critical پروسیجر کدام است.

۵- potential problem کدام است؟

Sign outs تحویل بیمار (گزینه ب): تحویل بیمار باید به درستی انجام شود و عدم اجرای دقیق آن فاجعه‌بار می‌تواند باشد. در تحویل بیمار باید از SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation) تحویل موقعیت بیمار، سابقه ارزیابی و توصیه‌ها باید نوشته و تحویل داده شود و حتماً نگرانی در مورد بیمار نوشته و گوشزد شود.

۹- کدامیک از فاکتورهای زیر موجب افزایش ریسک Wrong – site surgery نمی‌شود؟ (زنجان ۹۸)

الف) تعداد جراحان در یک عمل جراحی

ب) چاقی مرضی

ج) آناتومی غیر طبیعی بیمار

د) مشکلات فرهنگی بیمار

ک پاسخ: د

جراحی در محل اشتباه به دلیل:

۱) حضور جراحان متعدد یا جراحی مختلف در نواحی متفاوت بدن

۲) اورژانسی بودن عمل و محدودیت زمانی

۳) آناتومی غیرطبیعی و چاقی مرضی

۴) ارزیابی ناکامل قبل از عمل و در دسترس نبودن مدارک بررسی ناکامل پرونده بیمار و انجام ناکافی اقدامات تشخیصی

۱۰- کدامیک از موارد زیر never events نیست؟ (کرمان ۹۸)

الف) تزریق خون ناسازگار با بیمار

ب) ایجاد زخم فشاری شدید در جریان بستری بیمار در بیمارستان

ج) مرگ بیمار ASA class 1 بلافاصله پس از عمل جراحی

د) فلج موقت اندام تحتانی راست به دنبال پوزیشن نامطلوب حین جراحی

شوارتز ۲۰۱۹ صفحه ۴۱۰

کج پاسخ: د

به جدول ۷-۱۲ توجه شود.

Table 12-7

## Surgical "never events"

- Surgery performed on the wrong body part
- Surgery performed on the wrong patient
- Wrong surgical procedure performed on a patient
- Unintended retention of a foreign object in a patient after surgery or other procedure
- Intraoperative or immediately postoperative death in an ASA Class 1 patient

ASA = American Society of Anesthesiologists.

Reproduced with permission from Serious Reportable Events in Healthcare 2011 Update: A Consensus Report. *Washington, DC*: National Quality Forum; 2011.

وقایعی که هرگز نباید در جراحی رخ دهد never event in surgery

- ۱- انجام جراحی در محل اشتباه مثلاً کلیه مقابل و یا پای مقابل
- ۲- انجام جراحی روی بیمار اشتباه
- ۳- اجرای عمل جراحی اشتباه روی بیمار
- ۴- جاماندن گاز یا وسیله در بدن بیمار پس از جراحی یا سایر procedureها
- ۵- مرگ در حین یا پس از عمل در بیماران رده ASA I

۱۱- تمام موارد جزو وقایع مبادا - NEVER EVENTS - در جراحی هستند بجز: (کرمانشاه ۹۸)

الف) فوت بیمار با ASA Class II در حین عمل

ب) جا گذاشتن ناخواسته جسم خارجی در بدن بیمار پس از جراحی

ج) عمل جراحی در قسمت اشتباه بدن

د) انجام پروسیجر جراحی اشتباه در بیمار

کج پاسخ: الف

شوارتز ۲۰۱۹، صفحه ۴۱۰

وقایعی که هرگز نباید در جراحی رخ دهد never event in surgery

- ۱- انجام جراحی در محل اشتباه مثلاً کلیه مقابل و یا پای مقابل
- ۲- انجام جراحی روی بیمار اشتباه
- ۳- اجرای عمل جراحی اشتباه روی بیمار

۴- جاماندن گاز یا وسیله در بدن بیمار پس از جراحی یا سایر procedureها  
 ۵- مرگ در حین یا پس از عمل در بیماران رده ASA I

۱۲- همه گزینه‌های زیر از عوارض شایع مربوط به **Induced Hypothermia** است بجز: (کرمانشاه ۹۸)

الف) دیورز      ب) ترومبوز ورید عمقی      ج) هایپیرکالمی      د) باکتری‌می  
 ک: پاسخ: ج      شوارتز ۲۰۱۹، صفحه ۴۲۷

عوارض هایپرترمی عبارتند از:

- اختلال انعقادی
- آریتمی که در دمای کمتر از ۳۵ درجه دیده می‌شود و زیر ۳۰° برادی کاردی ظاهر می‌شود.
- احتباس CO<sub>2</sub> و اسیدوز تنفسی
- پلی اورمی پارادوکسیکال
- لرزش

و در موارد هایپرترمی القایی شاهد موارد زیر خواهیم بود:

هایپوکالمی / دیورز / DVT / آریتمی / لرز / عفونت مرتبط با کاتتر

۱۳- کدام علت به تنهایی جزء ریسک فاکتورهای جا ماندن گاز جراحی در شکم بیمار نیست؟ (اهواز ۹۸)

الف) جراحی الکتیو بزرگ      ب) بیمار با BMI بالا  
 ج) انجام پروسیجر متعدد در یک بیمار      د) افزایش تعداد جراح در یک عمل  
 ک: پاسخ: الف      شوارتز ۲۰۱۹، صفحه ۴۰۹

ریسک فاکتور برای جاماندن گاز و اشیاء حین جراحی:

جراحی اورژانس / تغییرات برنامه‌ریزی نشده حین جراحی / BMI بالا / حضور چند تیم جراحی  
 اجرای چند عمل جراحی روی یک بیمار  
 شرکت چند پرستار سیرکولار در عمل  
 طولانی بودن عمل به گونه‌ای که چند شیفت پرستاری را شامل بشود.

۱۴- برای آقای ۶۰ ساله کاتتر ورید مرکزی از طریق ورید ساب کلوین راست تعبیه می‌شود. در گرافی کنترل قفسه سینه ضمن درست بودن محل کاتتر متوجه پنوموتوراکس به میزان ۱۰٪ می‌شویم. بیمار مشکل تنفسی ندارد و علائم حیاتی پایدار است. مناسب‌ترین اقدام کدام است؟ (بورد ۹۷)

الف) توراکوستنز با سوزن      ب) گذاشتن لوله سینه ای  
 ج) تحت نظر گرفتن      د) خروج کاتتر  
 ک: پاسخ: ج

در شرایطی که بیمار پایدار است و کمتر از ۱۵٪ پنوموتوراکس وجود دارد بیمار نیاز به اقدام خاصی جز اینکه تحت نظر گرفته شود ندارد.

۱۵- درباره تعبیه Arterial line همه گزینه‌ها صحیح است به جز؟ (زنجان ۹۷)

الف) انجام آن تحت گاید سونوگرافی رایج شده و باعث کاهش زمان این پروسیجر می‌شود.

ب) شریان Superficial temporal یکی از شریان‌های مورد استفاده جهت تعبیه Arterial line است.

ج) Pseudo aneurysm و Arteriovenous fistula از جمله عوارض احتمالی تعبیه Arterial line است.

د) ترومبوز شریانی و ایسکمی بافتی دیستال ناشی از تعبیه Arterial line، در همه موارد نیازمند مداخله جراحی عروق است.

ک پاسخ: د

شریان‌های مورد استفاده برای تعبیه Artrial line عبارتند از: رادیال، براکیال، فمورال، اگزیلاری، دورسالیس پدیس و تمپورال سطحی می‌باشد. عوارض این پروسیجر شامل ترومبوز و خونریزی و هماتوم و اسپاسم شریانی می‌باشد. ترومبوز و ایسکمی بافتی ممکن است به کمک آنتی‌کواگولان درمان می‌شود و گاهی هم نیازمند جراحی می‌شود.

۱۶- در هنگام تعبیه کاتتر شالدون برای بیمار دیالیزی، به طور اتفاقی تمامی گایدوایر به داخل ورید وارد شده است و از

دسترس خارج می‌گردد. همه موارد زیر صحیح است به جز؟ (کرمان ۹۷)

الف) اکسپلور ورید و خارج کردن وایر با ولوتومی

ب) خارج کردن وایر با تکنیک‌های Interventional

ج) انجام Chest X-ray بیمار

د) Close monitoring بیمار

ک پاسخ: الف

در شرایطی که گاید وایر در داخل ورید گم شود در گرافی قفسه سینه و مانیتور دقیق بیمار و همچنین خروج وایر به کمک انژیوگرافی لازم است و معمولاً نیازی به اکسپلور عروقی نیست.

۱۷- خانم ۲۸ ساله‌ای به دنبال عفونت شدید پس از زایمان طبیعی در بخش مراقبت‌های ویژه بستری است. صبح امروز برای

وی کاتتر ورید مرکزی از طریق ورید ژوگولار راست تعبیه شده است. در گرافی کنترل پنوموتوراکس مشهود است. مشاوره

جراحی ارسال شده است. بیمار در ارزیابی شما، فاقد یافته مثبت در شرح حال و معاینه فیزیکی است و علامتی ندارد.

میزان پنوموتوراکس طبق گرافی سینه بین ۱۰ تا ۱۵ درصد می‌باشد. مناسب‌ترین اقدام کدام است؟ (تهران ۹۷)

الف) تیوب توراکوستومی

ب) تحت نظر گرفتن بیمار و ارزیابی سریال

ج) انجام سی تی اسکن جهت تعیین اقدام درمانی

د) آسپیراسیون هوای داخل توراکس

ک پاسخ: ب

در شرایطی که بیمار پایدار است و کمتر از ۱۵٪ پنوموتوراکس دارد کافی است بیمار را تحت نظر قرار می‌دهیم.

۱۸- در هنگام عمل کاروتید اندارترکتومی در یک مرد ۵۸ ساله بدون سابقه بیماری قلبی متخصص بیهوشی اعلام می‌کند.

بیمار دچار هیپوتانسیون شده است. چه اقدامی ارجح است؟ (تهران ۹۷)

الف) تزریق هیدروکورتیزون ۱۰۰ میلی‌گرم وریدی و ادامه عمل پس از بهبودی

ب) توقف عمل و عدم دستکاری سینوس کاروتید و ادامه عمل پس از اصلاح هیپوتانسیون

ج) چک تروپونین و در صورت امکان خاتمه دادن سریع تر به عمل جراحی  
د) تزریق لیدوکائین ۱ درصد به محل بیفورکاسیون کاروتید

ک پاسخ: د

افت فشار حین اندارترکتومی عروق گردنی بدلیل تحریک محل دوشاخه شدن کاروتید رخ دهد و مربوط به افزایش تون بارورسپتورها بوده و باعث ایجاد برادی کاردی به طور واکنشی می شود. در این حالت تزریق محلول لیدوکائین ۱٪ به محل بیفورکاسیون کاروتید باعث کاهش این پاسخ خواهد شد.

۱۹- بیمار آقای ۶۰ ساله می باشد که به دلیل آنوریسم پاره شده آئورت شکمی تحت عمل جراحی ترمیم آئورت قرار گرفته است و در ICU بستری می باشد. در حین ویزیت متوجه کاهش برون ده ادراری بیمار شده و به سندرم کمپارتمان شکمی (ACS) مشکوک می شوید. تمام گزینه های زیر در ارتباط با این سندرم صحیح است غیر از: (تبریز ۹۷)  
الف) با مانیتورینگ فشار IVC هم می توان بیماران مشکوک به ACS را مانیتور کرد.

ب) فشار مثانه بالاتر از ۲۵-۲۰ میلی متر جیوه تا تشخیص ACS را تأیید می کند.

ج) وقتی فشار داخل شکمی از فشار شریانی بیشتر می شود سندرم کمپارتمان شکمی پیش می آید.

د) فشار داخل مثانه با وارد کردن ۵۰-۱۰۰ cc سرم نرمال سالین به داخل مثانه قابل اندازه گیری است.

ک پاسخ: ج

تروما، سوختگی، آسیب خلف صفاق، پارگی آنوریسم آئورت، رزکسیون پانکراس و آسیب متعدد روده عامل ایجاد کننده سندرم کمپارتمان شکمی است. سندرم کمپارتمان هنگامی رخ می دهد که فشار کمپارتمان از فشار خون مویرگی یا وریدی بالاتر باشد (نه شریانی). سایر گزینه ها در مورد ACS صحیح است.

۲۰- در مورد جسم خارجی به جا مانده پس از اتمام جراحی تمام موارد زیر صحیح می باشد، بجز: (شیراز ۹۷)

الف) surgical sponges جا مانده در هر صورت باید خارج شوند.

ب) در صورتی که بعد از بستن شکم scrub Nurse اعلام کند یک سوزن پرولن ۷،۰ به طول 12mm احتمالاً در شکم جا مانده نیاز به عکسبرداری و در صورت تأیید خارج کردن آن می باشد.

ج) جهت یافتن جسم خارجی بهترین CT Scan , Imaging می باشد.

د) در صورت جا ماندن یک Bull dog کوچک و بدون علامت بودن بیمار نیاز به خارج کردن آن نمی باشد.

ک پاسخ: ب

در مواردی که سوزن کوچکتر از ۱۳ میلی متر باشد حتی در صورت تأیید نیاز به خارج کردن ندارد.

۲۱- درباره عارضه پنوموتوراکس (pneumothorax) به دنبال تعبیه کاتتر ورید مرکزی تمام موارد زیر صحیح است بجز:  
(شیراز ۹۷)

الف) در صورتی که بیمار Stable باشد و pneumothorax کمتر از ۱۵٪ باشد نیازی به تعبیه chest tube (لوله سینه ای) نیست.

ب) می تواند ۴۸ - ۷۲ ساعت بعد اتفاق بیافتد.

ج) در صورتی که زیر گاید سونوگرافی انجام شده باشد نیاز به CXR نمی‌باشد.

د) این عارضه در مورد هر دو ورید subclavian (ساب کلاوین) و internal jugular (ورید ژوگولار داخلی) به یک میزان اتفاق می‌افتد.

ک پاسخ: ج

گرافی قفسه سینه پس از تعبیه کاتتر برای بررسی مکان کاتتر و وجود یا عدم وجود پنوموتوراکس در هر صورت لازم است.

۲۲- بیمار آقای ۶۰ ساله به دنبال لاپاراتومی اورژانس و ترمیم آنوریسم پاره شده شکمی در آی سی یو بستری و در زیر ونتیلاتور می‌باشد. بیمار دچار الیگوری و افزایش peak airway pressure شده است. کدام اقدام زیر جهت بررسی علت الیگوری بیشتر کمک کننده است؟ (شیراز ۹۷)

الف) اندازه‌گیری فشار داخل مثانه

ب) انجام TEE (اکوکاردیوگرافی ترانس ازوفاژیال)

ج) تعبیه کاتتر شریان ریوی (pulmonary artery catheter)

د) سونوگرافی شکم و لگن در بستر بیمار

ک پاسخ: الف

تریاد الیگوری، افزایش peak airway pressure و افزایش فشار داخل شکم به عنوان سندرم کمپارتمان شکمی شناخته می‌شود. با توجه به نوع جراحی (آنوریسم پاره شده آئورت شکمی) و الیگوری و افزایش peak airway pressure باید افزایش فشار داخل شکم بررسی شود.

۲۳- بیماری با شکم حاد لاپاراتومی می‌شود. یافته عمل Necrotizing pancreatitis است. پس از شستشو و دبریدمان و پایان عمل، بیمار به ICU منتقل می‌گردد. در ICU دو واحد packed cell و ۶ لیتر مایع کریستالوئید دریافت می‌کند. در این زمان اتساع شکم، هیپوتانسیون و برون ده ادرار حدود ۶۰ سی سی در ۶ ساعت دارد.  $O_2\ sat = 80\%$  است. کدام اقدام زیر را انجام می‌دهید؟ (بورد ۹۶)

الف) انتوباسیون و مکانیکال ونتیلاسیون

ب) لاپاراتومی در ICU

ج) ادامه مایع درمانی، با هدایت CVP و افزودن آلبومین

د) تجویز استروئید و اکتریوتاید

ک پاسخ: ب

بیمار مورد سندرم کمپارتمان شکمی می‌باشد و تریاد الیگوری، افزایش peak airway pressure و افزایش فشار داخل شکم را پر می‌کند. درمان ACS لاپاراتومی اورژانسی است.

۲۴- بیمار جوانی تحت عمل جراحی بیوپسی گره لنفی عمقی گردن قرار می‌گیرد. ۳ روز بعد به علت تورم محل عمل بدون قرمزی و یا گرمی به درمانگاه مراجعه می‌نماید. مناسب‌ترین اقدام در این مرحله کدام است؟ (زنجان ۹۶)

الف) اکسیلور مجدد محل عمل

ب) آسپیراسیون با سوزن

ج) پانسمان فشاری محل عمل

د) تجویز آنتی‌بیوتیک وسیع‌الطیف



کج پاسخ: ب

عوارض بیوپسی غدد لنفاوی شامل خونریزی عفونت، نشت لنفی و سروما می‌باشد. درمان سروما و نشت لنفی شامل آسپیراسیون یا پانسمان فشاری شاید مکرر و یا حتی تعبیه vacuum drain ممکن است لازم شود. درمان خونریزی ← فشار مستقیم روی محل خونریزی و بازکردن زخم عفونی گاهی لازم می‌شود. در سوال موردنظر بیمار با سرومای محل عمل مراجعه و درمان آسپیراسیون می‌باشد.

۲۵- در هنگام تعبیه کاتتر شالودن برای بیمار دیالیزی، به طور اتفاقی تمامی گایدوایر به داخل ورید وارد شده و از دسترس خارج می‌گردد. همه موارد زیر صحیح است به جز: (زنجان ۹۶)

- الف) اکسپلور ورید و خارج کردن وایر با ونوتومی  
ب) خارج کردن وایر با تکنیک‌های مداخله‌ای  
ج) انجام Chest X-ray  
د) close monitoring بیمار

کج پاسخ: الف

درجا ماندن گاید وایر تهیه CXR فوری و تحت نظری دقیق واجب است و محل گاید وایر را می‌توان در CXR پیدا کرد و معمولاً با استفاده از آنژیوگرافی مداخله‌ای خارج می‌شود.

۲۶- در مورد تراکتوستومی همه موارد زیر صحیح است به جز: (زنجان ۹۶)

- الف) انجام ساکشن مکرر، باز شدن راه هوایی را تسهیل می‌کند.  
ب) برای حفظ راه هوایی بعد از عمل جراحی کانسر اوروفارنکس مناسب است.  
ج) ریسک استنوز ساب‌گلوت آن از کریکوتیروئیدوتومی بیشتر است.  
د) پس از برطرف شدن نیاز به خارج کردن لوله ترمیم خودبه‌خودی طی ۲ هفته اتفاق می‌افتد.

کج پاسخ: ج

با تراکتوستومی خطر استنوز ساب‌گلوت کمتر از کریکوتیروئیدوتومی می‌باشد. سایر گزینه‌ها صحیح است.

۲۷- آقای ۶۲ ساله‌ای با درد شدید قفسه سینه به اورژانس مراجعه نموده است. سابقه مصرف سیگار و فشار خون دارد. EKG طبیعی است و اکوی ترانس توراسیک مشکلی ندارد. تروپونین نیز نرمال است. BP=170/100 و PR=100/m تمام اقدامات زیر انجام شود، به جز: (اهواز ۹۶)

الف) انتقال بیمار برای CT آنژیوگرافی

- ب) بستری در بخش ویژه و دادن داروهای کاهنده فشار به حد فشار ۱۰۰ میلی‌متر جیوه  
ج) دادن داروهای کاهنده ضربان قلب و مورفین برای کاهش درد  
د) کارگذاری (کاتتر ورید مرکزی و کاتتر شریانی) برای مانیتورینگ بیمار

کج پاسخ: الف

با توجه به نکات مطرح شده در سوال به نظر می‌رسد که طراح با ذکر EKG نرمال و تروپونین نرمال قصد رد کردن تشخیص MI (حداقل St Elevation MI) داشته و نظر به دایسکسیون آئورت داشته است. اقدامات اولیه شامل استفاده از آنتاگونیست‌های انتخابی  $\beta_1$  و

اکسیر جراحی

اسمولول با هدف فشار خون زیر ۱۰۰mmHg و ضربان قلب زیر ۱۰۰/min است. از مورفین جهت کاهش درد استفاده می‌شود و از کاتترگذاری جهت پایش بیمار کمک گرفته می‌شود.

۲۸- مرد ۳۰ ساله پس از ترومای بلانت شکم و شوک هیپوولمیک تحت عمل جراحی قرار گرفته است و پس از کنترل خونریزی داخل شکم و ترمیم پارگی‌های متعدد روده در بخش مراقبت‌های ویژه تحت مراقبت و زیر ونتیلاتور با مد CPAP قرار دارد. چند ساعت پس از عمل تدریجا دچار اتساع شکم، افت O<sub>2</sub>sat و الیگوری می‌شود. فشار داخل مثانه 38mmHg می‌باشد. چه اقدامی مناسب‌تر است؟ (اصفهان ۹۶)

- الف) تبدیل مد CPAP به IMV  
 ب) لاپاراتومی اورژانسی  
 ج) تجویز ۲۰cc/kg رینگر  
 د) سی‌تی‌اسکن شکم و لگن

ک پاسخ: ب

بیمار ذکر شده در سؤال مورد ACS می‌باشد که فشار داخل شکمی بیمار ۳۸ mmHg همراه با O<sub>2</sub>sat↓ و الیگوری می‌باشد. درمان شامل ← بازکردن برش جراحی اخیر در شکم یا اگر برشی ندارد بازکردن فاشیای شکم که در این صورت به سرعت بهبود در مکانیک تنفس، ICP و برون ده ادراری حاصل می‌گردد.

۲۹- آقای ۴۰ ساله به دنبال مولتی ترومای تصادفی دچار خونریزی داخل شکم شده است و تحت لاپاراتومی قرار می‌گیرد. به علت پارگی وسیع کبد تحت پک کبدی قرار گرفته است. ۸ ساعت بعد از عمل فشار داخل شکمی 28mmHg، SaO<sub>2</sub>=94%، PH=7.29، Pco<sub>2</sub>=40، BP=105/70 و ادرار برقرار است. تصمیم شما چیست؟ (تبریز ۹۶)

- الف) ادامه درمان  
 ب) بازکردن سوچوره‌های شکم و دکامپرسیون در ICU  
 ج) انتقال به اتاق عمل جهت دکامپرسیون شکم  
 د) انتقال به اتاق عمل و برداشتن پک‌ها و پک مجدد کبد

ک پاسخ: الف

در سندرم کمپارتمان شکمی تشخیص با محاسبه فشار مثانه انجام می‌گیرد. اگر این فشار بالاتر از ۲۰ mmHg باشد لفظ Intra Abdominal hypertension (IAH) مورد استفاده قرار می‌گیرد. زمانی تشخیص ACS مطرح است که فشار داخل شکم بالای ۲۵-۳۰ mmHg باشد و حداقل یکی از موارد زیر هم وجود داشته باشد:

- ۱- اختلال در مکانیک تنفس و تهویه
- ۲- الیگوری یا آنوری
- ۳- ICP رو به افزایش

۳۰- آقای ۲۰ ساله با Fx ساق پای راست و هماتوم وسیع ساق پا از ۸ ساعت قبل مراجعه کرده است. بیمار از درد پا حین حرکات active و passive شاکی است. در معاینه پارستزی بین وب اول و دوم انگشتان پا با نبض +۱ دورسالیس پدیس دارد. اقدام بعدی کدام است؟ (تبریز ۹۶)

- الف) سونوگرافی کالر داپلر  
 ب) بررسی سریال نبض دورسالیس پدیس  
 ج) کنترل فشار کمپارتمان  
 د) فاشیوتومی

کھ پاسخ: د

تشخیص سندرم کمپارتمان اندام تحتانی با اندازه گیری فشار تک تک کمپارتمان‌ها است در صورتی که فشار در هر کدام از کمپارتمان‌های ساق بالاتر از ۲۵-۲۰ mmHg باشد باید فاشیوتومی هر ۴ کمپارتمان انجام شود.

۳۱- در کدام یک از بیماران زیر خطر حوادث قلبی حین و پس از عمل جراحی بیشتر است؟ (مازندران ۹۶)

الف) مرد ۵۵ ساله‌ای که با کانسر بخش میانی مری کاندید از وفاژکتومی است.

ب) خانم ۴۵ ساله‌ای که کاندید ماستکتومی توتال با پاتولوژی داکتال کارسینومای پستان است.

ج) آقای ۵۷ ساله‌ای که با تنگی شریان ایلیاک کاندید آنورتوفمورال بای پس است.

د) خانم ۶۹ ساله‌ای که با کانسر کولون کاندید توتال کولکتومی است.

کھ پاسخ: ج

32) In ventilator aid, among the following factors which one has greatest role in DO<sub>2</sub> (oxygen delivery)?

(شیراز ۹۶)

الف) SaO<sub>2</sub> (oxygen saturation of hemoglobin in arterial blood)

ب) PaO<sub>2</sub>

ج) QT (Blood flow rate in pulmonary artery)

د) Hb

کھ پاسخ: الف

عوامل مؤثر در میزان تحویل O<sub>2</sub>:

DO<sub>2</sub> به معنای رساندن خون دارای اکسیژن به بافت است.

DO<sub>2</sub> بیشتر از همه با اشباع HgbO<sub>2</sub> در خون شریانی (SaO<sub>2</sub>) وابسته است.

سایر عوامل مؤثر بر DO<sub>2</sub>، QT و Hgb است. PaO<sub>2</sub> نقش کوچکی در DO<sub>2</sub> دارد.

۳۳- برای بهبود نتایج کلینیکی (outcome) بیماران مبتلا به ARDS انتوبه در lung protective ventilation strategy

ونتیلاتور می‌بایست چه شرایطی داشته باشد؟ (تهران ۹۶)

الف) فشار پلاتوی راه هوایی کمتر از ۳۰ سانتی‌متر آب و حجم جاری (Total volume) بالای 6ml/kg وزن ایده‌آل بدن

ب) فشار پلاتوی بالاتر از ۲۰ سانتی‌متر آب و حجم جاری (Total volume) بالای 6ml/kg وزن ایده‌آل بدن

ج) فشار پیک راه هوایی کمتر از ۳۰ سانتی‌متر آب و حجم جاری کمتر از 12ml/kg وزن ایده‌آل

د) فشار پیک راه هوایی کمتر از ۳۰ سانتی‌متر آب و حجم جاری بالاتر از 12ml/kg وزن ایده‌آل

کھ پاسخ: الف

در بیماران ARDS کاهش TV به حدود ۵-۷ cc/kg تعریف شده است. البته در سایر بیمارانی با فیزیولوژی نرمال ریوی که به هر دلیلی

زیر ونتیلاتور قرار دارند نیز توصیه می‌شود.

استفاده از PEEP (مقدارش براساس داده‌های ABG، حرکات ریوی و نیاز به O<sub>2</sub> تکمیلی تعیین می‌شود).

۳۴- پروتکل Time out در اتاق عمل چیست؟ (تهران ۹۵)

الف) استراحت چند دقیقه‌ای در میانه جراحی‌های سنگین

ب) تغییر افراد تیم جراحی در زمان خستگی تیم اول

ج) معرفی اعضای تیم جراحی قبل از شروع عمل

د) ثبت کامل اطلاعات جراحی در فرم‌های آماده

ک پاسخ: ج

به جدول ۱۲-۳ توجه فرمایید.

:Five point operating room briefing

۱) معرفی اعضای تیم جراحی و نقش آنها قبل از عمل (پروتکل time-out)

۲) آنتی‌بیوتیک تزریق شده یا نه؟

۳) critical step کدامند؟

۴) potential problem بیمار کدامند.

۵- آیا معرفی بیمار و پروسیجر او تایید شده است.

**Table 12-3**

**Five-point operating room briefing**

What are the **names and roles** of the team members?

Is the correct patient/procedure confirmed? (The Joint Commission Universal Protocol [**TIME-OUT**])

Have **antibiotics** been given? (if appropriate)

What are the **critical steps** of the procedure?

What are the **potential problems** for the case?

Data from Makary MA, Mukherjee A, Sexton JB, et al. Operating room briefings and wrong-site surgery, *J Am Coll Surg.* 2007 Feb; 204(2):236-243.

۳۵- همه موارد زیر جزو اصول اصلی آموزش دستیار جراحی محسوب می‌شود به جز؟ (مشهد ۹۵)

الف) مراقبت از بیمار

ب) رعایت اصول سیستم حاکم بر بخش آموزشی

ج) حرفه‌ای گری اخلاق

د) مدیریت مالی

ک پاسخ: د

نقش مهارت اصلی که طبق نظر کمیته ACGME مهم است: ۱- مراقبت از بیمار، ۲- دانش پزشکی، ۳- آموزش و پیشرفت مبتنی بر

عمل، ۴- مهارت‌های بین فردی و ارتباطات، ۵- حرفه‌ای گرای، ۶- عملکرد مبتنی بر سیستم

۳۶- بیمار ۲۵ ساله با وزن ۶۰ کیلوگرم متعاقب تروما و کاهش سطح هوشیاری در ICU تحت ونتیلاتور است. روز سوم بستری دچار افت اشباع اکسیژن شریانی می‌شود. در گرافی قفسه سینه انفیلتراسیون دو طرفه بدون پنوموتوراکس یا علائم پنومونی مشاهده می‌شود. جهت کنترل وضعیت بیمار حداکثر فشار راه هوایی بر حسب سانتی‌متر آب و حداکثر حجم جاری مناسب بر حسب سی سی به ترتیب کدام است؟ (اصفهان ۹۵)

الف) ۳۰ و ۳۶۰ (ب) ۴۰ و ۶۰۰ (ج) ۲۰ و ۷۲۰ (د) ۳۰ و ۶۰۰

کھ پاسخ: الف

بیمار دچار ARDS شده است. اقدامات لازم در ARDS:

۱- TV در حد  $6 \text{ ml/kg}$  ، ۲- فشار پلاتو زیر  $30 \text{ cmH}_2\text{O}$  ، ۳- اکسیژناسیون مناسب (در صورت نیاز انجام اینتوباسیون)، ۴- افزایش PEEP

بیمار موردنظر ۶۰ کیلوگرم است. حداکثر  $\text{TV} = 60 \times 6 = 360$  و حداکثر فشار راه هوایی ۳۰ سانتی‌متر آب است.

۳۷- در درمان پنومونی آسپیراسیون همه موارد زیر توصیه می‌شود، به جز: (تهران ۹۵)

الف) اکسیژن کمکی (ب) برونکوسکوپی

ج) آنتی‌بیوتیک تراپی (د) حجم جاری کمتر از معمول

کھ پاسخ: چهار گزینه

اگر حجم جاری در حد  $10 \text{ ml} - 8$  باشد باعث افزایش FRC و کاهش آتلکتازی می‌شود و پنومونی کم می‌شود.

پلاک بیهوشی و کلاپس ناشی از آن باعث پنومونی می‌شود که درمان آن با برونکوسکوپی است. آسپیراسیون باعث پنومونیت می‌شود که زمینه‌ساز پنومونی است.

درمان پنومونیت حمایتی است.

در صورت تشخیص پنومونی (غیرطبیعی شدن CRK و تب و سرفه) باید AB وسیع تجربی شروع شود.

۳۸- در مورد چک لیست سازمان جهانی بهداشت در جراحی ایمن، وظایف جراح قبل از انجام انسزیون جراحی شامل همه

موارد زیر می‌شود، به جز: (بورد ۹۴)

الف) دریافت آنتی‌بیوتیک در ۶۰ دقیقه گذشته (ب) حدس مقدار خونریزی احتمالی

ج) کنترل اندیکاتور استریلیتی (د) کنترل نام بیمار، نوع عمل و محل انسزیون

کھ پاسخ: ب

حدس مقدار خونریزی احتمالی جزء موارد چک لیست جراحی ایمنی نمی‌باشد.

جدول ۵-۱۲ مهم است و مطالعه گردد.