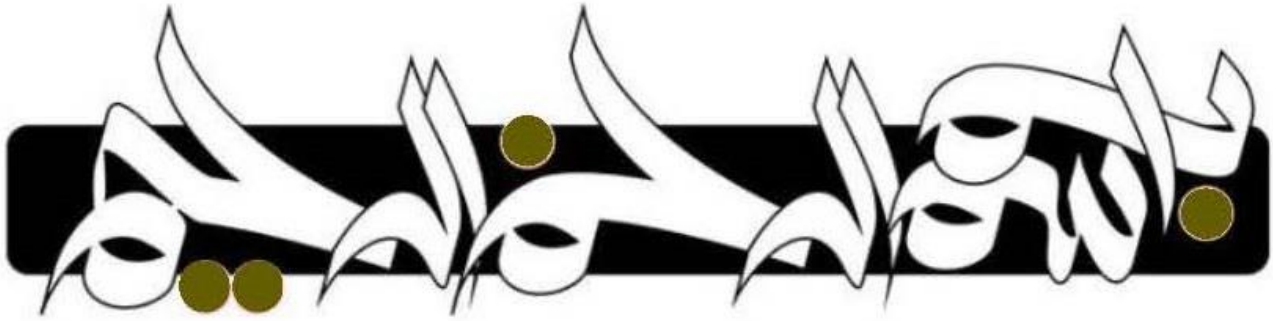

سری کتب اکسیر

مجموعه اکسیر داخلی (۲)

آمادگی آزمون بورد ۱۴۰۰

تألیف و گردآوری: دکتر سمیه متین

متخصص بیماری‌های داخلی

فوق تخصص گوارش

هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

مؤسسه رهپویان شریف با بیش از ۲۰ سال سابقه انتشاراتی در زمینه چاپ ونشر کتب آمادگی رزیدنتی و بورد تخصصی، از منابع اعلامی از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، به‌منظور ارتقاء کیفیت و کمیت کتب خود، از پزشکان و اساتید حوزه پزشکی علاقمند به ترجمه و تالیف کتب پزشکی دعوت همکاری به‌عمل می‌آورد.

جهت کسب اطلاعات بیشتر به سایت موسسه به نشانی www.drsharif.org یا به مکان دفتر مرکزی به آدرس تهران، خیابان فاطمی غربی، بعد از تقاطع جمالزاده، پلاک ۲۷۴ مراجعه و یا با مسئول مربوطه به شماره ۰۲۱۶۶۹۰۸۰۰۰ تماس حاصل فرمایید.

موسسه انتشاراتی رهپویان شریف

سرشناسه	:	متین، سمیه، ۱۳۶۱-، گردآورنده
عنوان و نام پدیدآور	:	مجموعه اکسیر داخلی (۲) : آمادگی آزمون بورد ۱۴۰۰/ تالیف و گردآوری سمیه متین.
مشخصات نشر	:	تهران: رهپویان شریف، ۱۳۹۹.
مشخصات ظاهری	:	۴۳۰ ص.؛ ۲۲ × ۲۹ س‌م.
فروست	:	سری کتب اکسیر.
شابک	:	دوره: 978-600-09-2257-3 ؛ ۱۹۰۰۰۰۰ریال: 978-600-09-2259-7
وضعیت فهرست نویسی	:	فیپا
موضوع	:	پزشکی داخلی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها
موضوع	:	Internal medicine -- Examinations, questions, etc.
موضوع	:	پزشکی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها
موضوع	:	Medicine -- Examinations, questions, etc.
رده بندی کنگره	:	۵۸RC
رده بندی دیویی	:	۰۰۷۶/۶۱۶
شماره کتابشناسی ملی	:	۷۳۶۱۴۱۰
وضعیت رکورد	:	فیپا

مبتکر بزرگترین طرح های آموزش پزشکی در کشور

عنوان کتاب: مجموعه اکسیر داخلی ۲/کتاب آمادگی آزمون بورد ۱۴۰۰	چاپ و لیتوگرافی: رهپویان شریف
تالیف و گردآوری : سمیه متین	نوبت چاپ : اول ۱۳۹۹
ناشر : رهپویان شریف	تیراژ : ۳۰۰ جلد
حروفچینی و صفحه آرایی : رهپویان شریف	شابک دوره : ۳-۲۲۵۷-۰۹-۶۰۰-۹۷۸
طراح و گرافیست : رهپویان شریف	شابک : ۷-۲۲۵۹-۰۹-۶۰۰-۹۷۸
	بهاء: ۱۹۰۰۰۰ تومان

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

صندوق پستی : ۱۴۱۸۵/۳۱۳ — www.drsharif.org

شماره تماس: ۶۶۹۰۸۰۰۰ – ۰۲۱ — info@drsharif.org

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

فهرست

بیماری‌های دستگاه گوارش ۱ (شامل فصول ۳۳۲ تا ۳۳۵، ۴۰۸) ۷

بیماری‌های دستگاه گوارش ۲ (شامل فصول ۳۳۰، ۳۳۱، ۴۳، ۴۶، ۷۸، ۷۹، ۳۳۶ تا ۳۴۱) ۱۱۳

بیماری‌های دستگاه گوارش ۳ (شامل فصول ۴۰، ۴۱، ۴۴، ۳۱۵ تا ۳۱۷) ۲۲۵

بیماریهای دستگاه گوارش ۴ (شامل فصول ۴۲، ۷۶، ۷۷، ۳۱۸ تا ۳۲۴) ۳۳۹

بیماری‌های دستگاه گوارش ۱

Disorders of the Gastrointestinal System 1

سوالات و پاسخنامه فصل ۳۳۲

۱- دانشجوی پزشکی ۲۵ ساله‌ای که واکسیناسیون کامل HBV را انجام داده و تیتر Hbs Ab> 1000Miu داشته، به دنبال needle stick شدن با فرد +HbsAg تحت بررسی قرار می‌گیرد و +HbsAg و +HbsAb و HbeAg گزارش می‌شود. احتمال آلودگی با کدام یک از انواع ویروس‌های HBV مطرح است؟ (بورد ۹۸)

الف) Wild Type **ب) YMDD Mutant**

ج) Precore Mutant **د) Escape Mutant**

✍پاسخ: د

در جهش Escape، HBSAb، حفاظت‌کننده نیست در این بیمار هم با وجود سطح بالای HBSAb، پس از مواجهه، بیمار HBSAg مثبت شده که نشان‌دهنده حفاظت‌کننده نبودن Ab است.

۲- خانم پرستار ۲۸ ساله حدود ۱ ماه قبل حین خونگیری از ۱ بیمار HVC^+ دچار needle stick شده است آزمایش‌های درخواستی به صورت زیر می‌باشد:

AST=28 , ALT=31 , ALP=218 , INR=1 , CBC=nl , $HBSAg^-$, $HCVAb^-$, HBcAb IgG

کدام مورد در بررسی این بیمار توصیه می‌شود؟ (تبریز ۹۸)

الف) چک HCV RNA – PCR **ب) چک ۱ ماه بعد Anti HCVAb**

ج) چک HBe Ag و HBe Ab **د) اقدام دیگری لازم نیست**

✍ پاسخ: الف

HCV RNA قبل از بروز علایم، قبل از افزایش LFT و حتی قبل از مثبت شدن Anti HCV مثبت می‌شود. در ضمن در گروهی از افراد Anti HCV مثبت نمی‌شود و این‌جا فقط HCV RNA می‌تواند به تشخیص کمک کند.

۳- آقای ۳۶ ساله با HBV Panal زیر مراجعه کرده است. همه تشخیص‌ها برای وی مطرح است به جز؟ (کرمان ۹۸)

HBSAg: negative Anti HBS: Positive
anti HBC:negative HBeAg: negative HBeAb: negative

الف) مثبت کاذب

ب) ابتلا به عفونت هپاتیت B در گذشته دور

ج) سابقه واکسیناسیون هپاتیت B

د) ناقل هپاتیت B با سطح ویرال پایین

✍ پاسخ: ب

Anti HBC IgG بعد از ۶ ماه ظاهر می‌شود و نشانه عفونت در گذشته دور یا HBV مزمن می‌باشد.

از طرفی طبق جدول ۵ ـ۳۳۲ در تشخیص افتراقی چنین حالتی، عفونت هپاتیت B در گذشته دور با علامت سوال مطرح شده است. لذا سوال می‌تواند دو پاسخ داشته باشد. گزینه ب و د

TABLE 332-5 Commonly Encountered Serologic Patterns of Hepatitis B Infection

HBsAg	ANTI-HBs	ANTI-HBc	HBeAg	ANTI-HBe	INTERPRETATION
+	–	IgM	+	–	Acute hepatitis B, high infectivity[a]
+	–	IgG	+	–	Chronic hepatitis B, high infectivity
+	–	IgG	–	+	1. Late acute or chronic hepatitis B, low infectivity 2. HBeAg-negative ("precore-mutant") hepatitis B (chronic or, rarely, acute)
+	+	+	+/–	+/–	1. HBsAg of one subtype and heterotypic anti-HBs (common) 2. Process of seroconversion from HBsAg to anti-HBs (rare)
–	–	IgM	+/–	+/–	1. Acute hepatitis B[a] 2. Anti-HBc "window"
–	–	IgG	–	+/–	1. Low-level hepatitis B carrier 2. Hepatitis B in remote past
–	+	IgG	–	+/–	Recovery from hepatitis B
–	+	–	–	–	1. Immunization with HBsAg (after vaccination) 2. Hepatitis B in the remote past (?) 3. False-positive

[a]IgM anti-HBc may reappear during acute reactivation of chronic hepatitis B.

Note: See text for abbreviations.

۴- در کدام یک از اختلالات گوارشی زیر زمان پروترومبین بالا و عدم اصلاح آن با ویتامین K تزریقی، نشانه پیش آگهی بد است؟ (اصفهان ۹۸)

الف) هپاتیت حاد ویروسی **ب) ایکتر انسدادی اخیر**

ج) سوء جذب چربی‌ها **د) رشد بیش از حد باکتری**

✍ پاسخ: الف

در هپاتیت حاد PT طولانی نشانه پروگنوز بد است حتی اگر افزایش Bill و ALT قابل ملاحظه نباشد. در واقع PT طولانی در هپاتیت نشانه نکروز وسیع سلول‌های کبدی است.

۵- پرستار جوان با شرح حال مشکوک Needle Stick با فرد IV drug abuser از چند هفته پیش، به علت ضعف، بی‌حالی و زردی مراجعه کرده است. در معاینه هوشیار و اورینته می‌باشد. اسکلرا ایکتریک و معاینه شکم نرمال است. در آزمایشات:

HBS Ag: Positive HBe Ag: Positive HBe Ab: Negative
HBV DNA: 10^6 IU INR: 2.1 AST: 1100 ALT: 1300 ALP: 480
Bil T: 11 Bil D:9

کدام اقدام صحیح است؟ (اصفهان ۹۸)

الف) بستری در ICU و شروع لامیوودین **ب) اقدامات حمایتی در بخش**

ج) بستری در بخش و شروع PEG – IFN **د) بستری در بخش و شروع تنوفوویر**

✍ پاسخ: د

HBV حاد نیاز به درمان ندارد مگر در موارد هپاتیت حاد شدید که داروهای خوراکی (انتکاویر، تنوفویر) تجویز می‌شود و تا حداقل ۳ ماه پس از سروکانورژن HBs Ag و یا ۶ ماه پس از سروکانورژن eAg ادامه می‌یابد.

۶ـ خانم ۲۵ ساله کمک دندانپزشک که ۲ ماه قبل حین کار دچار فرو رفتن سوزن در دست شده است، با علائم ضعف و بی‌حالی و ایکتر به شما مراجعه می‌نماید. بیمار اطلاعی از سابقه واکسیناسیون هپاتیت B خود ندارد. بیمار تحمل خوراکی دارد و علائم حیاتی پایدار است. آزمایشات وی به قرار زیر است:

AST: 780 IU/L	**ALT: 890 IU/L**
ALP: 350 IU/L	**Bil (T): 4.5 mg/dL**
Bil(D): 1.5 mg/dL	**INR: 1**
HBsAg: positive	**HBc IgM: positive**
HBeAg: positive	**HBeAb: negative**

چه اقدامی توصیه می‌شود؟ (گیلان ۹۷)

الف) تحت نظر گرفتن بیمار **ب) شروع لامی‌وودین**

ج) درمان با اینترفرون **د) شروع تنوفوویر**

✍ پاسخ: ب

نکته مهم: HBV حاد نیاز به درمان ندارد مگر در موارد هپاتیت حاد شدید که داروی خوراکی مهارکننده نوکلئوزیدی (انتکاویر، تنوفوویر) تجویز می‌شود و ادامه می‌یابد تا حداقل ۳ ماه پس از سروکانورژن HBsAg یا ۶ ماه پس سروکانورژن eAg.

توصیه کتاب فعلی برای بیمار فوق با هپاتیت حاد شدید B، تجویز تنوفوویر است (گزینه د).

۷ـ آقای ۱۸ ساله دانشجوی دندانپزشکی با آزمایشات زیر مراجعه کرده است:

HBsAg(-)	**HBsAb=144**	**HBcAb(–)**	
AST=24	**ALT=22**	**ALP=202**	**T.Bil=0.9**

توصیه شما چیست؟ (کرمانشاه ۹۷)

الف) چک HBV DNA PCR **ب) توصیه خاصی لازم نیست.**

ج) چک HBeAg **د) فالوآپ هر شش ماهه آنزیم‌های کبدی**

✍ پاسخ: ب

الگوی آزمایشات فوق عمدتاً دال بر تزریق واکسن است. موارد دیگر شامل ابتلای بسیار دور به هپاتیت B یا نتیجه مثبت کاذب است (جدول ۵ ـ۳۳۲)

۸ـ بیمار خانم ۴۸ ساله است که با شکایت ایکتر و تهوع و استفراغ بستری شده است. آزمایشات بیمار به شرح زیر است:

HCV Ab (-), HBsAg (+)، HBc Ab IgG (-), HBc Ab IgM (+), HBe Ag(+)

ALT= 1200 U/I, AST= 900 U/I, Bilirubin: Total= 10.5 & Direct= 8.5mg/dl
INR= 1.6, Albumin= 4g/L

پیشنهاد درمانی شما چیست؟ (اصفهان ۹۷)

الف) تنوفوویر **ب) اینترفرون**

ج) ادفوویر **د) درمان حمایتی**

✍ پاسخ: الف

HBV حاد نیاز به درمان ندارد مگر در موارد هپاتیت حاد شدید که داروی خوراکی مهارکننده نوکلئوزیدی (انتکاویر، تنوفوویر) تجویز می‌شود.

۹ـ بیمار خانم ۲۴ ساله که به‌دنبال علائم Flu like با شکایت درد خفیف RUQ بدون تهوع و استفراغ با تغییر رنگ ادرار و مدفوع مراجعه کرده است. ضمناً اجابت مزاج وی طبیعی است. در معاینه بیمار مختصر خواب‌آلوده است. اسکلرا ایکتریک و تندرنس خفیف اپی‌گاستر دارد. در آزمایشات:

WBC: 11000	**Hb: 1202**	**Plt:135000**	**INR: 4.3**
PTT: NL	**ALT: 1400**	**AST:1300**	**ALK: 350**
Total Bil: 6	**HBs Ag (-)**	**HCV Ab (-)**	
HAV Ab IgM(+)			

در مورد این بیمار همهٔ گزینه‌های زیر توصیه می‌شود به‌جز: (کرمان ۹۷)

الف) بستری در بیمارستان و اندازه‌گیری سریال INR، BS و الکترولیت‌ها

ب) شروع رژیم با کالری بالا ترجیحاً صبح‌ها

ج) بیمار الزاماً باید در اتاق ایزوله بستری شود.

د) مشورت با تیم پیوند کبد

✍ پاسخ: ج

- ترسناک‌ترین عارضه هپاتیت حاد ویرال، **هپاتیت فولمینانت** است که خوشبختانه نادر است.
- هپاتیت حاد فولمینانت با HAV نادر است مگر در سن بالا و همراهی با بیماری زمینه‌ای کبد مثلاً کسی که HBV یا HCV مزمن دارد (به همین دلیل این‌ها باید واکسن HAV بزنند)
- بیش از ۵۰ درصد هپاتیت‌های فولمینانت ناشی از HBV است (شایع‌ترین علت ویروسی)
- هپاتیت فولمینانت فرم شدید هپاتیت حاد است که انسفالوپاتی و کوآگولوپاتی هم به تظاهرات بالینی هپاتیت اضافه می‌شود. در این موارد بیلی‌روبین ↑، PT طولانی، آسیت و ادم نیز وجود دارد.

۱۰ـ یک خانواده سه نفره دیپلمات تا دو هفته دیگر عازم سفر کاری به‌مدت سه هفته به یکی از کشورهای گرمسیری که هپاتیت A شایع است خواهند شد. پدر ۴۲ ساله، مادر ۳۵ ساله، پسر ۸ ساله می‌باشد، برای ایمنی این خانواده کدام‌یک را توصیه می‌کنید؟ (تبریز ۹۶)

الف) تجویز IG به کودک و والدین
ب) تجویز واکسن به کودک
ج) تجویز همزمان واکسن و IG به کودک
د) تجویز همزمان واکسن و IG به کودک و والدین

✍ پاسخ: ج

هر گاه افرادی که سابقه HAV یا واکسیناسیون قبلی ندارند و قصد سفر به نواحی اندمیک دارند، اگر سفر بعد از ۴ هفته باشد فقط واکسن کفایت می‌کند و اگر زیر ۴ هفته بعد باشد باید واکسن و Ig هر دو داده شود.

توجه: واکسن در کودکان بالای ۱ سال مجاز است.

به‌نظر می‌رسد گزینه د صحیح‌تر است

۱۱ ـ در کدام‌یک از بیماران زیر بعد از واکسیناسیون موفقیت آمیز برعلیه ویروس هپاتیت B، بررسی دوره‌ای سطح HBS Ab و تلقیح دوز یادآور واکسن توصیه نمی‌شود؟ (اهواز ۹۶)

الف) بیمار مبتلا به لوسمی حاد که تحت شیمی درمانی می‌باشد.
ب) بعد از پیوند کبد به دلیل بیماری ویلسون
ج) کارشناس آزمایشگاه بیمارستان
د) فرد مبتلا به دیابت که انسولین تزریق می‌کند.

✍ پاسخ: د

در تمام موارد زیر باید از دوز بوستر استفاده شود که عبارتند از:

- بیماران تحت همودیالیز مزمن
- بیماران با ایدز و نقص سیستم ایمنی
- افراد و پرسنل گروه پزشکی که به‌طور دائمی در معرض Needle stick هستند.

توجه: باید سطح Anti HBs در این افراد پائین باشد که دوز بوستر زده شود.

۱۲ـ کدام‌یک از افراد زیر از نظر ابتلا به هپاتیت C پرخطر محسوب شده و نیاز به غربالگری در این مورد دارند؟ (زنجان ۹۶)

الف) افراد متولد شده بین سال‌های ۱۹۶۵ـ ۱۹۴۵
ب) افرادی با سابقه حتی یک بار همودیالیز
ج) دریافت‌کنندگان پیوند کبد تا قبل از سال ۲۰۰۰
د) افراد مبتلا به هپاتیت B

✍ پاسخ: الف

سوال از جدول ۴ـ۳۳۲ آمده و براساس آن گزینه الف پاسخ سوال است:

- افراد متولد بین ۱۹۴۵ تا ۱۹۶۵
- افراد با سابقه یک نوبت تزریق مواد مخدر
- افراد مبتلا به ایدز

- افراد هموفیلی درمان شده با فاکتورهای انعقادی پیش از سال ۱۹۸۷
- افراد تحت حتی یک دوره همودیالیز طولانی مدت
- افراد با سطوح بالا و بدون توجیه آمینوترانسفرازها
- دریافت‌کنندگان خون یا پیوند اعضا پیش از سال ۱۹۹۲
- دریافت‌کنندگان خون یا پیوند اعضا از افراد آلوده به هپاتیت C
- کودکان متولد از مادران HCV مثبت
- کارکنان نظام سلامت، بهداشت عمومی و پرسنل اورژانس به دنبال needle stick و تماس مخاطی با خون آلوده
- شرکای جنسی افراد مبتلا به هپاتیت C

جدول ۴ـ۳۳۲:

TABLE 332-4 High-Risk Populations for Whom HCV-Infection Screening is Recommended
Persons born between 1945 and 1965
Persons who have ever used injection drugs
Persons with HIV infection
Hemophiliacs treated with clotting factor concentrates prior to 1987
Persons who have ever undergone long-term hemodialysis
Persons with unexplained elevations of aminotransferase levels
Transfusion or transplantation recipients prior to July 1992
Recipients of blood or organs from a donor found to be positive for hepatitis C
Children born to women with hepatitis C
Health care, public safety, and emergency medical personnel following needle injury or mucosal exposure to HCV-contaminated blood
Sexual partners of persons with hepatitis C infection

۱۳ـ آقای ۴۵ ساله‌ای با anti HCV positive که به‌طور تصادفی یافت شده مراجعه نموده است. سابقه مصرف مواد مخدر، خالکوبی و یا رفتارهای پرخطر جنسی ندارد. در آزمایش‌ها:

ALP=196 IU/L(N<304) , INR=1 , AST=25 IU/L (N<40),
ALT=14 IU/L(N<40)

کدام اقدام مناسب‌تر است؟ (تهران ۹۶)

الف) پیگیری بیمار در شش ماه آینده **ب) شروع درمان آنتیویرال**

ج) HCV-RNA PCR **د) بیوپسی کبد**

✍ پاسخ: ج

در هپاتیت حاد C، در فاز حاد LFT و anti-HCV ab افزایش می‌یابد ولی باید از HCV RNA که تست gold standard تشخیص HCV است برای رد موارد مثبت کاذب استفاده شود.

- HCV RNA قبل از بروز علائم، قبل از افزایش LFT و حتی قبل از مثبت شدن anti HCV مثبت می‌گردد و حتی در مواردی که بیمار تظاهرات هپاتیت حاد ندارد و LFT نرمال است، HCV RNA مثبت است.
- در ضمن در گروه اندکی، anti HCV مثبت نمی‌شود و اینجا هم فقط HCV RNA می‌تواند به تشخیص کمک کند.

سوالات و پاسخنامه فصل ۳۳۳

۱- خانم ۴۵ ساله با سابقه هپاتیت C و هایپرلیپیدمی تحت درمان با روزواستاتین جهت پایش درمان با آزمایشات زیر مراجعه کرده است. کدام گزینه در مورد روزوواستاتین صحیح به نظر می‌رسد؟ (زنجان ۹۸)

Bili = 0.9 Hb = 14 AST = 60 (10-40) ALT = 70 (10-40)
ALK = 150 PT = 13

الف) قطع آن با احتمال تشدید هپاتیت C
ب) قطع آن با احتمال هپاتیت دارویی
ج) پایش دقیق و متناوب آنزیم‌های کبدی
د) نیازی به قطع دارو نیست.

✍ پاسخ: د

فالوآپ LFT به‌دنبال شروع استاتین توصیه نمی‌شود و افزایش بدون علامت آنزیم‌های کبدی نیاز به قطع دارو ندارد.

۲ـ خانم ۶۰ ساله‌ای به‌دلیل بالا بودن میزان کلسترول تحت درمان با آتورواستاتین ۲۰ میلی‌گرم در روز قرار گرفته است. نامبرده با مطالعه بروشور دارو متوجه احتمال عارضه کبدی دارو شده و به شما مراجعه می‌نماید. کدام‌یک از موارد زیر صحیح است؟ (مازندران ۹۷)

الف) عدم نیاز به بررسی دوره‌ای آنزیم‌های کبدی
ب) افزایش هپاتوتوکسیسیتی استاتین‌ها در کبد چرب
ج) لزوم قطع دارو در زمان افزایش آنزیم‌ها
د) شیوع بالای افزایش آنزیم‌های کبدی

✍ پاسخ: الف

توجه: فالوآپ LFT به دنبال شروع استاتین‌ها توصیه نمی‌شود، ضمناً افزایش بدون علامت آنزیم‌های کبدی نیاز به قطع دارو ندارد.
- مصرف استاتین‌ها در بیماری‌های زمینه‌ای کبد مثل کبد چرب، HCV و... safe است.

۳ـ آقای ۳۰ ساله ورزشکار با سابقه مصرف ترکیبات تستوسترون و استروئید استفاده می‌کند که از ۳ ماه قبل به‌علت تشنج فنی‌توئین استفاده می‌کند و سابقه مصرف استامینوفن را نیز دارد، با خستگی، تب و راش پوستی از ۲ هفته قبل مراجعه کرده است. در معاینه لنفادنوپاتی گردنی و در CBC لکوسیتوز همراه با ائوزینوفیلی دارد. ALT:400 و ALP: 300 دارد. کدام علت محتمل‌تر است؟ (تهران ۹۷)

الف) دگزامتازون **ب) استامینوفن** **ج) تستوسترون** **د) فنی‌توئین**

✍ پاسخ: د

فنی‌توئین می‌تواند باعث هپاتیت فولمینانت همراه با تب، LAP، راش (سندرم استیونس جانسون)، لکوستیوز و ائوزینوفیلی شود. آسیب کبدی معمولاً در ۲ ماه نخست پس از شروع دارو ظاهر می‌شود. تظاهرات آن بسیار شبیه هپاتیت ویرال است غیر از بروز ائوزینوفیلی.

نکته: استروئیدهای آنابولیک عمدتا کلستاز شدید می‌دهند.

۴ـ آقای ۳۲ ساله مبتلا به بیمای کرون روده باریک از دو سال قبل تاکنون تحت درمان با آزاتیوپرین و پنتاسا بوده است. آنزیم‌های کبدی تا یک ماه قبل نرمال بوده است. از یک ماه قبل به‌علت فیستول‌های انتروکوتانئوس و تنگی‌های روده باریک تحت درمان با Total Parenteral Nutrition قرار دارد. در آزمایشات فعلی:

AST=120 IU/L, ALT=135 IU/L, ALP=120 IU/L

گزارش شده است. بیلی‌روبین و گاما گلوبولین و سرولوپلاسمین طبیعی هستند و مارکرهای ویرال منفی هستند. در سونوگرافی کبد چرب گرید دوگزارش شده و MRCP نرمال است. کدام اقدام را توصیه می‌کنید؟ (اصفهان۹۶)

الف) قطع مصرف آزاتیوپرین و پیگیری بیمار **ب) قطع مصرف آزاتیوپرین و شروع پردنیزولون**

ج) افزایش کربوهیدرات در رژیم TPN بیمار **د) افزایش لپید در رژیم TPN بیمار**

✍ پاسخ: د

درمان اصلی کلستاز ناشی از TPN اضافه نمودن چربی به رژیم است.

۵ـ در فرد مبتلا به هپاتیت دارویی، کدام‌یک از یافته‌های زیر نشان‌دهنده‌ی پیش‌آگهی بدتر می‌باشد؟ (اهواز ۹۶)

الف) یرقان **ب) تب** **ج) آرترالژی** **د) لکوسیتوز**

✍ پاسخ: الف

در صورت ایجاد ایکتر در اثر یک دارو، احتمال آسیب شدید کبدی وجود دارد که این از نتایج یک مطالعه و Hy's law است.

۶ ـ بیمار خانم ۵۵ ساله با خارش ژنرالیزه و تست‌های آزمایشگاهی دال بر ایکتر کلستاتیک از ۲ ماه قبل مراجعه کرده است. سونوگرافی شکم نرمال است. در بیوپسی کبد از بین رفتن و فقدان مجاری صفراوی داخل کبدی گزارش شده است. در شرح حال دقیق بیمار، مصرف داروهای متعدد را در چند ماه قبل ذکر می‌کند. کدام دارو در ایجاد ضایعات فوق محتمل است؟ (کرمان ۹۶)

الف) OCP **ب) کوآموکسی‌کلاو** **ج) متوترکسات** **د) آتورواستاتین**

✍ پاسخ: ب

کوآموکسی‌کلاو:

- آسیب کبدی آن به‌صورت کلستاز اولیه و یا mix می‌باشد.
- به‌علت دوره تاخیر طولانی عوارض، ممکن است بعد از قطع دارو هم ظاهر شود.
- بیشتر به‌دنبال مصرف این دارو برای CAP دیده می‌شود.
- علائم آن به صورت تهوع، کاهش اشتها، ضعف، ایکتر و در موارد طول کشیده خارش است ولی راش بسیار ناشایع است.
- در بیوپسی کبد، داکتوپنی و یا سندرم ناپدید شدن مجاری صفراوی دیده می‌شود.

متوتروکسات می‌تواند باعث کبد چرب شود.

استاتین‌ها باعث افزایش بدون علامت آنزیم‌های کبدی می‌شوند.

OCP می‌تواند آدنوم کبدی، HCC و سندرم بودکیاری (انسداد ورید کبدی) بدهد. کلستاز داخل کبدی با ایکتر و خارش نیز تظاهر این داروست.

۷ـ آقای ۶۰ ساله‌ای که اخیراً به‌دلیل سینوزیت با کپسول کوآموکسی‌کلاو تحت درمان قرار گرفته است، با شکایت از زردی چشم به شما مراجعه کرده است. سابقه بیماری کبدی و مصرف الکل ندارد. در معاینه فیزیکی شواهد انسفالوپاتی ندارد. چندین نوبت آزمایشات کبدی نشانگر افزایش بیلیروبین توتال در حد ۹ mg/dl، آلکالین فسفاتاز سه برابر نرمال و AST، ALT در حد ۴ـ۳ برابر نرمال است. HCV Ab، HBS Ag، AMA، ASMA، ANA منفی است. INR طبیعی است. اقدام صحیح کدام است؟ (شیراز ۹۶)

الف) به مرکز پیوند کبد معرفی می‌کنیم. **ب) پردنیزولون شروع می‌کنیم.**

ج) شروع پردنیزولون و یورزودیاکسید کولیک اسید **د) پیگیری وضعیت بالینی و آزمایشگاهی بیمار**

✍ پاسخ: د

اساس درمان قطع داروی مقصر است و در کل درمان‌ها حمایتی‌اند.

در هپاتیت فولمینانت دارویی، **پیوند کبد** می‌تواند نجات‌بخش و با پیش‌آگهی عالی همراه باشد.

توجه: استفاده از کورتون در هپاتیت آلرژیک، silibinin در مسمومیت با قارچ و UDCA در کلستاز دارویی دیده نشده که موثر باشند و توصیه نمی‌شود.

۸ـ خانم ۳۵ ساله‌ای با ضعف و بی‌حالی و مختصری ایکتر به درمانگاه مراجعه می‌کند. در آزمایشات انجام شده هپاتیت‌های ویرال منفی است. نامبرده از مصرف داروهای مختلفی در طی چند ماه گذشته خبر می‌دهد. آزمایشات به قرار زیر است: (زنجان ۹۶)

ALT:550	**ALK:100**	**Bili T:5**	**Bili D:3**
Anti LKM:1/320	**ANA:1/160**	**AST:500**	

کدام‌یک از داروهای زیر می‌تواند مسبب علایم فوق باشد؟ (زنجان ۹۶)

الف) قرص ضد بارداری **ب) نیتروفورانتوئین** **ج) کوآموکسی‌کلاو** **د)استامینوفن**

✍ پاسخ: ب

کوآموکسی‌کلاو نمای کلستاتیک ایجاد می‌کند.

در مسمومیت استامینوفن آنزیم‌ها به‌شدت بالا رفته و بیلی‌روبین نرمال است.

OCP نیز عمدتا باعث کلستاز می‌شود و آنزیم‌ها را نیز بالا می‌برد.

آسیب کبدی نیتروفورانتوئین (ایدیوسنکراتیک):

- ۲ نوع تظاهرات کبدی دارد:

۱ـ هپاتیت حاد که حتی می‌تواند کشنده باشد.

۲ـ هپاتیت مزمن غیر قابل افتراق از AIH.

- یک مشخصه آن این است که ممکن است بعد از ۶ ماه اول از شروع درمان، عوارض آن آشکار شود (برخلاف اغلب داروهای دیگر).
- ANA، AMA و ASMA می‌تواند مثبت شود و بعد از رفع عفونت از بین بروند.