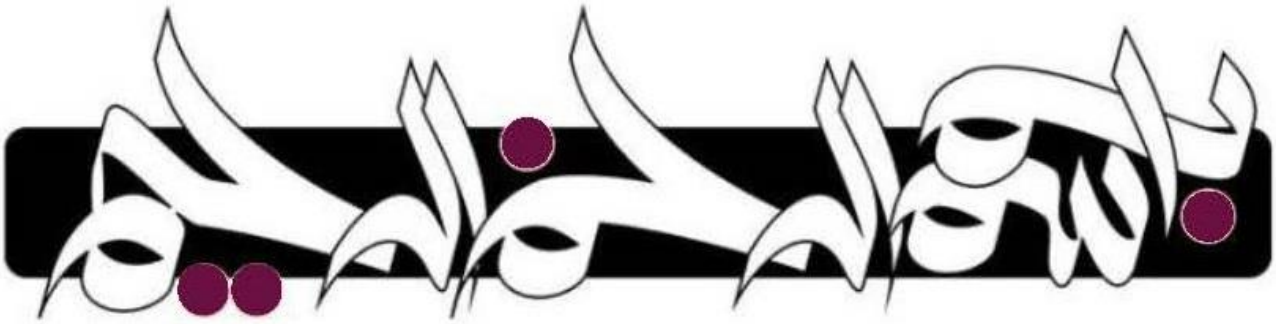

سری کتب اکسیر

مجموعه اکسیر پوست (۲)

آمادگی آزمون ارتقا و بورد ۱۴۰۱

تألیف و گردآوری: گروه آموزشی رهپویان شریف

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 چهارم Bolognia 2018 و ویرایش چهارم Robinson 2015 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

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 نسبت به نصب اپلیکیشن و استفاده از امکانات آن اقدام فرمایید.

معرفی بخش‌ها

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

فصل هفتاد و چهار: بیماری‌های باکتریال ۷
فصل هفتاد و پنج: عفونت‌های مایکوباکتریال ۱۹
فصل هفتاد و شش: بیماری ریکتزیال ۲۹
فصل هفتاد و هفت: بیماری‌های قارچی ۳۳
فصل هفتاد و هشت: تظاهرات پوستی HIV ۴۵
فصل هفتاد و نه: HPV ۵۱
فصل هشتاد: HSV ۵۷
فصل هشتاد و یک: سایر بیماری‌های ویروسی ۶۵
فصل هشتاد و دو: Sexullay transmited ۷۳
فصل هشتاد و سه: پروتوزوآ و کرم‌ها ۸۱
فصل هشتاد و چهار: Infestation ۸۹
فصل هشتاد و پنج: Bites & Stings ۹۵
فصل هشتاد و شش: Ultraviolet Light ۱۰۱
فصل هشتاد و هفت: بیماری‌های فتودرماتولوژیک ۱۰۷
فصل هشتاد و هشت: بیماری‌های مرتبط با محیط و ورزش ۱۱۷
فصل هشتاد و نه: نشانه‌های Drug Abuse ۱۲۵
فصل نود: نشانه‌های پوستیAbuse ۱۳۱
فصل نود و یک: هیستیوسیتوز ۱۳۵
فصل نود و دو: زانتوماها ۱۴۵
فصل نود و سه: گرانولوم‌های غیرعفونی ۱۵۱
فصل نود و چهار: واکنش‌های جسم خارجی ۱۶۱
فصل نود و پنج: بیولوژی ماتریکس اکستراسلولار ۱۶۷
فصل نود و شش: بیماری‌های پرفوران ۱۶۹
فصل نود و هفت: اختلالات ارثی بیماری بافت همبند ۱۷۷
فصل نود و هشت: هایپرتروفی درمال ۱۸۵
فصل نود و نه: آتروفی‌های بافت همبند ۱۹۳
فصل یکصد: پانیکولیت‌ها ۱۹۹
فصل یکصد و یک: لیپودیستروفی‌ها ۲۰۹
فصل یکصد و دو: بیولوژی عروق ۲۱۷
فصل یکصد و سه: همانژیوم شیرخوارگی ۲۱۹
فصل یکصد و چهار: مالفورماسیون عروقی ۲۲۵
فصل یکصد و پنج: اولسرها ۲۳۳

فصل یکصد و شش: سایر اختلالات عروقی ۲۳۹
فصل یکصد و هفت: اصول بیولوژی تومور و پاتوژنز BCC و SCC ۲۴۷
فصل یکصد و هشت: اکتینیک کراتوز / SCC / BCC ۲۵۱
فصل یکصد و نه: تومورهای خوش خیم اپی درمال ۲۶۳
فصل یکصد و ده: کیست‌ها ۲۷۱
فصل یکصد و یازده: نئوپلاسم‌های آدنکسال ۲۷۹
فصل یکصد و دوازده: نئوپلاسم‌های خوش خیم ملانوسیتی ۲۸۹
فصل یکصد و سیزده: ملانوم ۲۹۹
فصل یکصد و چهارده: نئوپلاسم و پرولیفراسیون شبه نئوپلاستیک عروقی ۳۰۷
فصل یکصد و پانزده: نئوپلاسم‌های نورال و نوروآندوکرین ۳۱۹
فصل یکصد و شانزده: پرولیفراسیون فیبروهیستیوسیتیک پوست و تاندون ۳۲۷
فصل یکصد و هفده: نئوپلاسم‌های عضله، چربی، غضروف ۳۳۵
فصل یکصد و هجده: ماستوسیتوز ۳۴۳
فصل یکصد و نوزده: لنفوم‌های Bcell پوست ۳۵۱
فصل یکصد و بیست: لنفوم T-cell پوستی ۳۵۹
فصل یکصد و بیست و یک: سایر بیماری‌های لنفوپرولیفراتیو و میلوپرولیفراتیو ۳۷۱
فصل یکصد و بیست و دو: متاستاز پوستی ۳۷۷
فصل یکصد و بیست و سه: بهداشت عمومی و درماتولوژی ۳۸۳
فصل یکصد و بیست و چهار: باریر پوست و تحویل ترانس درمال دارو ۳۸۷
فصل یکصد و بیست و پنج: گلوکوکورتیکوئید ۳۹۳
فصل یکصد و بیست و شش: رتینوئیدها ۳۹۹
فصل یکصد و بیست و هفت: داروهای آنتی میکروبیال ۴۰۷
فصل یکصد و بیست و هشت: ایمونومدولاتورها ۴۱۵
فصل یکصد و بیست و نه: سایر داروهای تاپیکال ۴۲۱
فصل یکصد و سی: داروهای سیستمیک ۴۲۷
فصل یکصد و سی و یک: تداخلات دارویی ۴۳۵
فصل یکصد و سی و دو: ضد آفتاب‌ها ۴۴۱
فصل یکصد و سی و سه: پزشکی مکمل و درمان‌های جانبی ۴۴۵
فصل یکصد و سی و چهار: درمان با پرتو فرابنفش ۴۴۹
فصل یکصد و سی و پنج: فتودینامیک تراپی ۴۵۵
فصل یکصد و سی و شش: لیزرها و سایر تکنولوژی‌ها ۴۵۹
فصل یکصد و سی و هفت: درمان با لیزر ۴۶۵
فصل یکصد و پنجاه و دو: ارزیابی زیبایی و پیرشدن صورت ۴۷۱
فصل یکصد و پنجاه و سه: زیبایی و آرایشی ۴۷۵

فصل هفتاد و چهار: بیماری‌های باکتریال

۱- آقایی ۲۵ ساله و کارگر کشتارگاه با eschar نکروتیک سیاه رنگ بدون درد همراه با ادم شدید پشت دست راست با شروع از چهار روز پیش مراجعه نموده است. در اسمیر ترشحات زخم باسیل گرم مثبت گزارش شده است. کدامیک از درمان‌های زیر را به‌عنوان خط اول درمان توصیه می‌کنید؟ (بورد ۱۴۰۰)

الف) doxycycline **ب) clindamycin** **ج) penicillin** **د) amoxicillin**

✍ پاسخ: الف

- آقای جوان کارگر کشتارگاه با اشار نکروتیک سیاه بدون درد همراه با ادم شدید پشت دست از چهار روز قبل + اسمیر ترشحات زخم: باسیل گرم مثبت ← آنتراکس پوستی
- اشار نکروتیک سیاه بدون درد به همراه ادم شدید، آنتراکس پوستی است.
- مورتالیتی بدون درمان آنتی‌بیوتیکی، ۲۰ درصد است. با در مان آنتی‌بیوتیکی مورتالیتی تقریبا صفر است.
- آنتی‌بیوتیک سیر بالینی را تغییر نمی‌دهد ولی احتمال بیماری سیستمیک را کاهش می‌دهد.
- در موارد استنشاقی، درمان حداقل ۶۰ روز (به جای ۱۰-۷ روز برای نوع فقط پوستی) باید ادامه یابد.

← کینولون (سپیروفلوکساسین BD / ۵۰۰ mg)

← داکسی‌سیکلین

- داروهای جایگزین عبارتند از: کلیندامایسین، پنی‌سیلین، آموکسی‌سیلین

۲- خانم ۵۵ ساله‌ای با ضایعات cigarette paper که براق و چروکیده می‌باشد، به‌همراه عروق مشخص در قسمت‌های acral بدن به درمانگاه مراجعه نموده است. در معاینه‌ی بالینی ندول‌های فیبروز در نواحی extensor مشاهده می‌شود و بیمار دچار تغییرات رنگدانه‌ای پوست، خارش و paresthesia نیز می‌باشد. در تاریخچه‌ی بیمار ابتلا به بیماری Lyme حدود ۲ سال پیش وجود دارد و حدود ۶ ماه قبل از بروز ضایعات حاضر، بیمار دچار پلاک‌های اریتماتو تا بنفش رنگ به‌همراه ادم در نواحی acral شده بود. کدام‌یک از موارد زیر می‌تواند به عنوان عارضه این پدیده در این بیمار ایجاد گردد؟ (ارتقا ۱۴۰۰)

الف) **Basal cell carcinoma** **ب) Renal failure** **ج) Lymphoma** **د) Liver cirrhosis**

✍ پاسخ: الف و ج

- خانم ۵۵ ساله با ضایعات cigarette paper براق و چروکیده و با عروق واضح در اکرال بدن، به‌همراه ندول‌های فیبروز در نواحی اکستانسور + خارش و پارستزی + سابقه ابتلا به لایم + سابقه پلاک‌های اریتماتو تا بنفش همراه ادم در آکرال ← acrodermatitis chronica atrophicans
- ACA تظاهرات پوستی بیماری لایم مزمن است، شش ماه تا هشت سال پس از عفونت اولیه روی می‌دهد.
- ACA بای‌فازیک است:

← فاز التهابی: فاز اولیه به آسانی درمان می‌شود.

← فاز تأخیری: مقاوم به درمان و آتروفیک است.

ـ در نهایت پوست براق و cigarette-paper با عروق خونی برجسته می‌شود.

ـ گاهی عارضه‌دار می‌شود، BCC یا SCC روی آن می‌تواند سوار شود.

ـ اکرودرماتیت کرونیکا آتروفیکس می‌تواند پیش‌ساز لنفوم B سل پوستی نوع marginal zone هم باشد.

ـ از آنجا که مؤلفین سوال اغلب کتاب را باز می‌کنند و از خط کتاب سؤال می‌کنند، به این نکته دقت نکردند که در فصل لنفوم‌های پوستی، این نکته آورده شده است.

۳- خانم ۳۰ ساله با ضایعات خارش‌دار منتشر در ناحیه تنه و ران‌ها مراجعه کرده است که به گفته بیمار ۲۴ ساعت پس از استفاده از استخر ایجاد شده‌اند. در معاینه پوسچول‌های پری‌فولیکولار دیده می‌شوند. مناسب‌ترین درمان چیست؟ (بورد ۹۹)

الف) استروئید موضعی قوی **ب) اریترومایسین خوراکی**

ج) سیپروفلوکساسین خوراکی **د) شامپو کتوکونازول**

✍ پاسخ: ج

- ضایعات خارش‌دار منتشر در تنه و ران خانم ۲۴ ساعت پس از استفاده از استخر + در معاینه پوسچول‌های فولیکولار ← فولیکولیت سودوموناپی یا hot tub folliculitis
- پاپول‌های پری‌فولیکولار و ادماتو، اریتماتو و پاپولوپوسچول در معرض ۸ تا ۴۸ ساعت پس از تماس ایجاد می‌شود و بهبودی در عرض ۱۴-۷ روز روی می‌دهد.
- ضایعات بیش‌تر در مناطقی که با مایو پوشیده شده دیده می‌شود، سر و گردن درگیر نیست.
- با سطح کم کلر در آب مرتبط است.
- در افراد با ایمنی سالم نیازی به درمان نیست.
- در موارد گسترده عودکننده، ایمونوساپرشن و موارد با علایم سیستمیک، کینولون خوراکی یا جنتامایسین موضعی لازم است.

۴- بیماری با شکایت از تب و لرز و درد و تورم اندام تحتانی مراجعه کرده است. در معاینه انجام‌شده ناحیه متورم اریتماتو با حدود نامشخص که در لمس گرم و دردناک است قابل مشاهده می‌باشد. بیمار شرح حال مصرف پردنیزولون با دوز ده میلی‌گرم را برای مدت ۳ ماه جهت کنترل حمله آسم می‌دهد. در بررسی آزمایشگاهی بیمار تنها یافته مثبت، لکوسیتوز خفیف را نشان می‌دهد. کدام‌یک از عوامل عفونی زیر می‌تواند با احتمال بیشتری در ایجاد ضایعه پوستی در این بیمار دخیل باشد؟ (بورد ۹۸)

الف) باکتری گرم منفی **ب) باکتری بی‌هوازی** **ج) آتیپیکال مایکوباکتری** **د) عفونت قارچ**

✍ پاسخ: الف

- بیمار با تب و لرز و درد و تورم اندام تحتانی به‌صورت ناحیه با حدود نامشخص که گرم و دردناک هم هست ← سلولیت
- علل سلولیت:

۱) در میزبان نرمال: استاف، استرپ

۲) در ایمونوساپرشن خفیف یا متوسط مثل دیابت ملیتوس یا کورتون سیستمیک دوز کم (پردنیزولون کمتر از ۲۰ mg): استاف، استرپ، گرم منفی

۳) در ایمونوساپرشن شدید مثل نوتروپنی، کورتون سیستمیک دوز بالا و مصرف داروی ایمونوساپرسیو: استاف، استرپ، گرم منفی، ارگانیسم Nosolominal، مایکوباکتریوم آتیپیک، قارچ فرصت‌طلب (کریپتوکوک، موکور، آسپرژیلوس).

۵- بیماری با یک ضایعه ندولر قرمز رنگ بر روی پوست مراجعه و در بررسی هیستوپاتولوژیک، ضایعه پرولیفراسیون کاپیلرها و ونول‌ها و سلول‌های اندوتلیال برجسته و انفیلترای قابل توجه نوتروفیل‌ها و لکوسیتوکلازی در تمام انترسیس دیده شده است. یک هفته پس از شروع درمان با اریترومایسین بهبودی شروع شد. حداقل تا چه مدت باید درمان را ادامه داد؟ (مشترک ۹۸)

الف) دو هفته **ب) یک ماه** **ج) دو ماه** **د) سه ماه**

✍ پاسخ: ج و د

- یک ندول که در پاتولوژی پرولیفراسیون کاپیلرها و ونول‌ها و سلول‌های اندوتلیال برجسته و ارتشاح نوتروفیل‌ها و لکوسیتوکلازی در تمام بافت بینابینی ← باسیلاری آنژیوماتوز
- تعداد و توزیع ضایعات باسیلاری آنژیوماتوز به وضعیت سیستم ایمنی فرد بستگی دارد.
- باسیلاری آنژیوماتوز توسط B. هنسله یا B. کوئینتانا ایجاد می‌شود.

- ضایعات پوستی در عرض ۱ هفته مصرف آنتی‌بیوتیک مناسب شروع به بهبود می‌کند. بهبودی کامل در عرض ۴ هفته حاصل می‌شود.
- حداقل ۳ ماه درمان لازم است.
- البته توجه شود در فصل دیگر، حداقل مدت درمان را ۲ ماه ذکر کرده است.

۶- مردی مبتلا به نارسایی کلیه را به درمانگاه آورده‌اند. در معاینه، تاول‌های شل و سطحی منتشر در زمینه اریتم به‌ویژه در چین‌های بدن دیده می‌شود که از روز گذشته ایجاد شده است. در مخاط دهان و ژنیتال ضایعه‌ای ندارد. کشت ضایعات تاولی و خون از نظر باکتری منفی است. در بررسی آسیب‌شناسی، تاول زیر لایه گرانولر و فاقد انفیلترای آماسی در درم دیده شده است. مهمترین اقدام درمانی کدام است؟ (مشترک ۹۸)

الف) کورتیکواستروئید سیستمیک | **ب) سیکلوسپورین خوراکی**

ج) آنتی‌بیوتیک سیستمیک | **د) IVIG**

✍ پاسخ: ج

- تاول‌های شل و سطحی منتشر در پوست، بدون درگیری مخاطی که کشت خون و تاول منفی است ← 4S
- 4S در نوزادان و کودکان کم سن و سال روی می‌دهد.
- گاهی در بالغین در ۲ حالت 4S ممکن است روی دهد:
  ۱- نارسایی مزمن کلیوی
  ۲- ضعف ایمنی
- بیماران مبتلا به 4S شدید و ژنرالیزه باید بستری شوند و آنتی بیوتیک تزریقی دریافت کنند.

۷- آقای ۲۵ ساله بدنبال شنا کردن در استخر دچار ضایعات پاپولوندولر اریتماتوی منتشر دردناک قرمز ارغوانی در کف پاها، بدون تب و علائم سیستمیک شده است. در پاتولوژی به عمل آمده از ضایعات، انفیلترای نوتروفیلیک پری‌واسکولار و پری‌اکراین و ایجاد میکروآبسه دیده شده است. در درمان این بیماری کدامیک از موارد زیر مناسب‌تر است؟ (بورد ۹۷)

الف) Symptomatic treatment | **ب) Frequent wash**

ج) Oral quinolone | **د) Topical tobramycin**

✍ پاسخ: الف

- مرد جوان پس از شنا کردن در استخر دچار پاپول و ندول‌های قرمز منتشر دردناک در کف پاها بدون تب شده که در پاتولوژی ارتشاح نوتروفیل پری‌واسکولار و پری‌اکراین و میکروآبسه دیده شده ← Pseudomonas hot-foot syndrome
- پس از شنا یا راه رفتن در آب استخر با میزان بالای سودوموناآئروژینوزا روی می‌دهد.
- self limit است و فقط درمان علامتی کافی است.

۸- مردی ۴۰ ساله با یک ندول زیرجلدی دردناک در اندام تحتانی که فیستوله شده و ترشحات چرکی از آن خارج می‌شود مراجعه و در بررسی هیستولوژیک ضایعه راکسیون التهابی مزمن همراه با فیبروز و سلول‌های ژانت جسم خارجی و گرانولر بادی دیده شده است. این گرانول‌ها با رنگ‌آمیزی‌های PAS و گیمسا و گرم رنگ گرفته‌اند. تمام درمان‌های زیر برای درمان این ضایعه به‌کار می‌رود به‌جز؟ (ارتقا ۹۷)

الف)ضدقارچ سیستمیک | **ب) حذف جراحی**

ج) آنتی‌بیوتیک سیستمیک | **د) لیزر کربن دی‌اکساید**

✍پاسخ: الف

ـ مرد ۴۰ ساله با ندول زیرجلدی دردناک در اندام تحتانی که فیستوله شده و ترشحات چرکی خارج می‌شود در پاتولوژی واکنش التهابی با فیبروز و سلول ژانت جسم خارجی و گرانول بادی که با رنگ‌آمیزی PAS، گرم و گیمسا رنگ می‌گیرند ← Botryomycosis

ـ بوتریومایکوز عفونت باکتریال گرانولوماتوی نادر، مزمن و چرکی است.

ـ شایع‌ترین علت بوتریومایکوز استاف اورئوس است. سایر علل: سودوموناس، پروتئوس، موراکسلا و ...

ـ دو-سوم بیماران فقط درگیری پوستی دارند.

ـ بوتریومایکوز ویسرال نادر است، شایع‌ترین محل درگیری، ریه است.

ـ در شک به بوتریومایکوز کشت باکتریال، کشت قارچی و بیوپسی پوستی لازم است.

ـ در بررسی میکروسکوپی (Fresh یا KOH ۲۰ درصد) گرانول لوبوله با پروجکشن club-like دیده می‌شود.

ـ درمان: جراحی یا دبریدمان یا excision همراه آنتی‌بیوتیک و یا لیزر CO_2 است.

۹- بیمار مبتلا به دیابت با زخمی در ناحیه میخچه انگشت شست پا از ۲۰ روز قبل مراجعه کرده است. کدام اقدام زیر جهت تشخیص استئومیلیت دقیق‌تر است؟ (تهران ۹۶)

الف) Bone scintigraphy ب) CT scan ج) Ultrasound د) MRI

✍ پاسخ: د

- MRI ← دقیق‌ترین روش برای تشخیص اوستئومیلیت
← تعیین وسعت درگیری در فاشئیت نکروزان

۱۰- شیرخواری به‌خاطر پچ‌ها و پلاک‌های نازک اریتماتو در ناحیه چین گردن و زیربغل به درمانگاه آورده شده است. در معاینه ضایعات اقماری در اطراف پلاک‌ها مشاهده نمی‌شود و بوی بسیار بدی دارد. کدام‌یک از درمان‌های زیر در این بیمار توصیه می‌شود؟ (تهران ۹۶)

الف) کرم کلوتریمازول ب) فلوکونازول خوراکی ج) پنی‌سیلین خوراکی د) پماد موپیروسین

✍ پاسخ: ج

- شیرخوار با پچ و پلاک نازک اریتماتو در فلکسورال بدون ضایعات اقماری با بوی بسیار بد ← استرپتوکوکال اینترتریگو
- در تشخیص‌های افتراقی ضایعات فلکسورال در اطفال چند بیماری با طیف‌های مختلف قرار می‌گیرد؛ از ICD گرفته تا پسوریازیس و موارد عفونی. با نگاهی به گزینه‌ها متوجه می‌شویم که منظور طراح یک بیماری عفونی است!
- وجود ضایعات اقماری به نفع کاندیدا می‌باشد که درمان آنتی‌فونگال نیاز دارد.
- در صورت وجود اروزیون سطحی و کراست عسلی تشخیص impetigo مدنظر قرار می‌گرفت.
- استرپتوکوکال اینترتریگو ← به‌واسطه گروه A استرپ معمولاً در کودکان کم‌سن روی می‌دهد، بیمار تب Low grade می‌تواند داشته باشد. پچ و پلاک نازک اریتماتو در نواحی اینترتریگو با بوی بد تظاهر بالینی آن می‌باشد. برای اثبات تشخیص می‌توان از کشت باکتریایی بهره گرفت؛ درمان آن نیز یک دوره ۱۰ روزه پنی‌سیلین می‌باشد.
- برای مقایسه یادتان باشد که بیماری پری‌آنال استرپتوکوکی به‌واسطه استرپ گروه A روی می‌دهد تشخیص آن با کشت پوست قطعی می‌شود و دوره ۷ روزه سفوروکسیم مؤثرتر از کورس ۱۰ روزه پنی‌سیلین در درمان بیماری پری‌آنال استرپتوکوکی می‌باشد.

۱۱- بیماری با ضایعات ندولار دردناک، اریتماتو و بنفش رنگ در کف و اطراف پا مراجعه نموده است. در سابقه بیمار به‌غیر از استفاده مکرر از استخر نکته خاصی نداشت. در معاینه علائم سیستمیک مشاهده نگردید و کف دست‌ها سالم بود. در هیستولوژی ندول‌ها، ارتشاح نوتروفیل‌ها در اطراف عروق و غدد عرق، باعث تشکیل میکروآبسه شده بود. کدام‌یک از تشخیص‌های زیر محتمل‌تر است؟ (تهران ۹۶)

الف) Neutrophilic Eccrine Hidradenitis **ب) Pernio**

ج) Symmetric lividities **د) Pseudomonas hot-foot syndrome**

✍ پاسخ: د

- pseudomonas hot-foot syndrome

← پس از شنا یا راه رفتن در آب استخر ایجاد می‌شود.

← self-limiting، فقط درمان علامتی لازم است

- Neurophilic eccrine hidradenitis به‌دنبال مصرف دارو ایجاد شده، تجمع نوتروفیل‌ها اطراف اکراین و سیرنگوسیست آدنومتاپلازی روی می‌دهد. شایع‌ترین داروی ایجادکننده آن سیتارابین می‌باشد.

- Idiopathic eccrine hidradenitis اغلب تظاهر بالینی مشابه دارد (ندول‌های دردناک و اریتماتو در کف پا) ← اکثر بیماران سابقه تروما (دویدن‌های مکرر) را می‌دهند.

۱۲- کودکی با تب، لرز، بی‌قراری و کونژنکتیویت چرکی در بخش کودکان بستری می‌باشد. ضایعات پوستی با شما مشاوره می‌شود. در معاینه پوست اریتم، پوسته‌ریزی و چروک‌خوردگی گسترده پوست مشهود است. در اطراف دهان و چشم، کراست شعاعی دیده می‌شود. کدام تشخیص محتمل‌تر می‌باشد؟ (کرمان ۹۶)

الف) Staphylococcal Toxic shock syndrome **ب) Staphylococcal scalded skin syndrome**

ج) Streptococcal Toxic shock syndrome **د) Bacillary Angiomatosis**

✍ پاسخ: ب

- کودک با تب و بی‌قراری و کونژنکتیویت چرکی + اریتم پوست و چروک‌خوردگی گسترده پوست + کراست شعاعی اطراف دهان و چشم ← SSSS

- دقت کنید کراست پری‌اوریفیشیال و فیشر رادیال کاراکتریستیک برای 4S می‌باشد.

- 4S ← Nikolsky sign ⊕

- سندرم شوک توکسیک غیر از تب و راش، هیپوتانسیون و درگیری حداقل ۳ ارگان داخلی را نیز شامل می‌شود.

۱۳- مادری پسر ۴ ساله‌اش را به‌علت ضایعات دردناک اطراف مقعد نزد شما آورده است. در معاینه اریتم و کراست اطراف مقعد مشهود است. مادر یبوست کودک را نیز ذکر می‌کند. کدام‌یک از درمان‌های زیر را توصیه می‌نمایید؟ (کرمان ۹۶)

الف) پنی‌سیلین خوراکی **ب) آسیکلوویر خوراکی**

ج) کتوکونازول موضعی **د) هیدروکورتیزون موضعی**

✍ پاسخ: الف

- پسربچه با اریتم و کراست اطراف مقعد + یبوست ← پری‌آنال استرپتوکوکی

- بیماری پری‌آنال استرپتوکوکی ← شایع‌ترین در بچه‌ها مخصوصاً پسربچه‌های زیر ۴ سال

← عامل: استرپ گروه A

← اریتم قرمز روشن با حاشیه واضح ۳-۲ cm اطراف لبه آنال

← خارش و تحریک پری‌آنال، دفع دردناک مدفوع

← تشخیص: کشت پوست

← درمان: دوره ۷ روزه سفوروکسیم مؤثرتر از کورس ۱۰ روزه پنی‌سیلین

۱۴- خانم ۳۰ ساله با کلیه پیوندی- با ضایعات خارش‌دار منتشر در ناحیه تنه و ران‌ها مراجعه کرده است که به گفته بیمار ۲۴ ساعت پس از شنا در استخر ایجاد شده است. در معاینه پوست، پاپول‌ها و پوسچول‌های پری‌فولیکولار در نواحی ذکر شده مشاهده می‌شود. درمان پیشنهادی شما چیست؟ (اصفهان ۹۶)

الف) استروئید موضعی قوی **ب) اریترومایسین خوراکی**

ج) سیپروفلوکساسین خوراکی **د) نیازی به درمان ندارد.**

✍ پاسخ: ج

- فرد با سابقه پیوند کلیه پس از ۲۴ ساعت شنا در استخر دچار ضایعات خارش‌دار منتشر شده به‌صورت پاپول‌ها و پوسچول‌های پری‌فولیکولار ← فولیکولیت سودوموناپی = hot tub folliculitis
- فولیکولیت سودوموناپی
  ← ۸ تا ۴۸ ساعت پس از تماس با آب با سطح کلر کم ایجاد می‌شود.
  ← در عرض ۷ تا ۱۴ روز بهبود می‌یابد.
  ← بیش‌تر در مناطقی که با مایو پوشیده شده دیده می‌شود.
  ← سر و گردن بدون درگیری هستند.
  ←علایم همراه مثل خارش، چشم دردناک، درد گوش، گلودرد و... نشان‌دهنده گسترش سیستمیک نمی‌باشد.
  ← درمان: در افراد با ایمنی سالم، نیازی به درمان نیست.
- در موارد گسترده، عودکننده، ایمونوساپرشن و وجود علایم سیستمیک: کینولون خوراکی یا جنتامایسین موضعی

۱۵- کودکی ۶ ساله با ۲ اروزیون سطحی صورت همراه با دلمه زرد رنگ مراجعه کرده است. شروع بیماری از ۳ روز قبل به‌صورت چند وزیکول و پوستول بوده است. کودک بیماری زمینه‌ای ندارد. در رابطه با بیماری فوق کدام‌یک از موارد زیر درست است؟ (گیلان ۹۶)

الف) استرپتوکوک پیوژن عامل اصلی آن می‌باشد. **ب) تب و لنفادنوپاتی بزرگ جلوی گوش بارز است.**

ج) بدون درمان طی ۲ هفته با اسکار بهبود می‌یابد. **د) پماد موپیروسین موضعی ۲ درصد درمان اول آن است.**

✍ پاسخ: د

- کودک با اروزیون سطحی و دلمه زردرنگ بدون بیماری زمینه‌ای ← impetigo
- علت عمده impetigo ← استاف اورئوس
- شایع‌ترین عفونت باکتریایی پوست در بچه‌ها ← impetigo
  ← در ۷۰٪ موارد غیرتاولی
  ← در ۳۰٪ موارد تاولی: تاول در لایه گرانولوزای اپی‌درم ایجاد می‌شود، اسکار ایجاد نمی‌کند.
- Impetigo ← بدون علایم سیستمیک ← موپیروسین ۲٪ یا retapamulin ۲٪

۱۶- خانمی ۴۰ ساله با تب و لرز و ضعف عمومی در روز جمعه به یک درمانگاه روستایی مراجعه می‌کند. در معاینه یک پلاک قرمز متورم، گرم و دردناک با حاشیه مشخص در ساق پای چپ بیمار مشاهده می‌شود. بیمار سابقه بیماری و حساسیت دارویی ندارد. با توجه به تشخیص احتمالی تجویز کدام‌یک از داروهای زیر توسط پزشک درمانگاه مناسب‌تر است؟ (گیلان ۹۶)

الف) پنی‌سیلین **ب) اریترومایسین** **ج) کلیندامایسین** **د) سفالکسین**

✍ پاسخ: الف

- خانم با تب و لرز + پلاک قرمز متورم و گرم و دردناک روی پا ← اریزیپلاس

- Erysipelas ← به‌صورت کلاسیک روی صورت است، ولی امروزه شایع‌ترین محل درگیری: اندام تحتانی
← اریتم با حاشیه واضح و گرم، دردناک
← درمان انتخابی برای اریزیپلاس ناشی از استرپتوکوکال: دوره ۱۰ تا ۱۴ روزه پنی‌سیلین

۱۷- جوان شناگری از دو روز قبل به‌طور ناگهانی دچار ندول‌های ۲-۱ سانتی‌متری قرمز بسیار دردناک در کف پا شده است. در پاتولوژی ارتشاح سلول‌های نوتروفیل اطراف عروق و غدد اکراین دیده می‌شود. عامل ایجاد بیماری کدام است؟ (شیراز ۹۶)

الف) Atypical mycobacterium **ب) Bartonella**

ج) Klebsiella **د) Pseudomonas**

✍ پاسخ: د

- سابقه شنا + ندول‌های قرمز و دردناک در کف پا + ارتشاح نوتروفیل دور عروق و غدد اکراین ← pseudomonas hot foot syndrome← self-limit است و صرفاً درمان علامتی کافی می‌باشد.

۱۸- کودک ۵ ساله‌ای را به‌علت وجود بثورات پوستی در ناحیه صورت از سه روز قبل در فصل تابستان به درمانگاه آورده‌اند. در معاینه ماکول‌های اریتماتو ۴-۲ میلی‌متری همراه با تعدادی وزیکول و پوستول در اطراف بینی و دهان مشاهده می‌شوند. سایر نواحی پوست نرمال است. بیمار علایم دیگری ندارد. کدام عارضه در این بیمار رخ نخواهد داد؟ (تبریز ۹۶)

الف) سلولیت **ب) لنفانژیت**

ج) تب روماتیسمی حاد **د) گلومرولونفریت حاد**

✍ پاسخ: ج

- کودک با ماکول‌ها و پوسچول‌ها و وزیکول مخصوصاً اطراف دهان و بینی ← impetigo
- در ۵ درصد مواردی که impetigo به‌علت استرپ ایجاد شده، گلومرولونفریت حاد روی می‌دهد که خطر این گلومرولونفریت با درمان آنتی‌بیوتیکی تغییر نمی‌کند.
- دقت شود impetigo ناشی از استرپ همراه با خطر تب روماتیسمی نمی‌باشد.

۱۹- مردی ۵۵ ساله مبتلا به نارسایی کلیه به‌دنبال پنومونی با تب، بدحالی و راش پوستی بستری می‌شود. در معاینه ادم صورت، اریتم ژنرالیزه با شدت بیش‌تر در چین‌های بدن، تاول‌های شل و دلمه دور دهان و چشم مشاهده می‌شود. مخاط دهان سالم بود. بیمار سابقه مصرف داروی جدید در طی ۲ ماه اخیر را ذکر نمی‌کند. کدام‌یک از درمان‌های زیر مناسب است؟ (گیلان ۹۶)

الف) ایمونوگلوبولین داخل وریدی **ب) پردنیزولون خوراکی**

ج)آنتی‌بیوتیک تزریقی **د) آسیکلوویر وریدی**

✍ پاسخ: ج

- فرد بالغ با نارسایی کلیه با تب و بدحالی و راش پوستی + ادم صورت و اریتم ژنرالیزه با شدت بیش‌تر در چین‌های بدن، تاول‌های شل بدون درگیری مخاط بدون سابقه مصرف دارو ← SSSS
- 4S در بچه‌ها روی می‌دهد به‌علت ← کاهش کلیرانس رنال توکسین (مخصوصاً neonate)
← یا عدم وجود آنتی‌بادی نوترالیزه‌کننده توکسین
- 4S گاهی در بالغین با نارسایی مزمن کلیه یا ایمونوساپرشن روی می‌دهد.
- عدم مصرف دارو اخیراً و عدم درگیری مخاطات ردکننده TEN است.

- درمان مناسب در 4S ← آنتی‌بیوتیک مقاوم به β لاکتام و درمان حمایتی.
- دقت کنید IVIG جزو درمان‌های TEN می‌باشد و در درمان 4S جایگاهی ندارد.

۲۰- آقای جوانی با قرمزی و درد شدید کف پاها مراجعه کرده است. در معاینه ندول‌های قرمز ارغوانی cm ۲-۱ در مناطق تحت فشار کف پا دیده می‌شود. او در روزهای گذشته در استخر شنا کرده است. علایم سیستمیک ندارد و سابقه بیماری یا مصرف دارو را ذکر نمی‌کند. در بررسی پاتولوژیک ضایعه انفیلترای نوتروفیلی اطراف عروق و ضمائم همراه با میکروآبسه مشهود است. درمان مناسب کدام است؟ (همدان ۹۶)

الف) کورتیکواستروئید موضعی **ب) جنتامایسین موضعی**

ج) کینولون خوراکی **د) درمان سمپتوماتیک**

✍ پاسخ: د

- سابقه شنا + ندول‌های قرمز دردناک کف پا + انفیلترای نوتروفیلی (اطراف عروق و ضمائم) ← pseudomonas hot foot syndrome در کل self limiting است و فقط درمان علامتی لازم است.

۲۱- آقای ۳۰ ساله‌ای به‌دنبال ترومای پوستی ناشی از تصادف رانندگی دچار درد شدید موضعی همراه با تورم، تندرنس و اریتم در اندام تحتانی راست شد. سپس تب، اریتم ماکولار، اسهال و افت فشار بروز کرد. دو روز پس از حادثه شوک و نارسایی کبد و کلیه رخ داد. در کشت خون استرپتوکوک گروه A یافت گردید. کدام دارو جزء خط اول درمان آنتی‌میکروبیال بیماری است؟ (همدان ۹۶)

الف) کلیندامایسین **ب) وانکومایسین** **ج) سفتریاکسون** **د) مینوسیکلین**

✍ پاسخ: الف

- فرد به‌دنبال ترومای پوستی دچار تب و اریتم + هیپوتانسیون + نارسایی ارگان‌ها + کشت خون: استرپ
  ← سندرم toxic shock
- درمان:
  ← آنتی‌بیوتیکی که تولید پروتئین (توکسین) را سرکوب می‌کند ← مثل کلیندامایسین
  ← IVIG ← برای نوترالیزه کردن توکسین
- در موارد شدید شوک که به آنتی‌بیوتیک پاسخ نمی‌دهد، کورتون low dose هم اضافه می‌کنیم.

۲۲- قصاب ۴۰ ساله با سابقه خراش پوستی پشت دست چپ از ۷ روز قبل و بروز پلاک دردناک اریتماتو متمایل به ویولاسه در web بین انگشتان ۳ و ۴ و فالنکس پروگزیمال همان انگشتان مراجعه نموده است. بیمار بدون تب، لنفادنوپاتی یا لنفانژیت می‌باشد. کدام درمان برای این بیمار اولویت دارد؟ (مشهد ۹۶)

الف) Penicillin **ب) Ciprofloxacin** **ج) Clindamaycin** **د) Co-Trimoxazole**

✍ پاسخ: الف

- قصاب با خراش پوست و ایجاد پلاک دردناک اریتماتو در web بین انگشتان و بند پروگزیمال، بدون تب و لنفادنوپاتی ← Erysipeloid
- محل کلاسیک اریزیپلوئید ← درگیری web بین انگشتان و عدم درگیری بند انتهایی
- داروی انتخابی ← پنی‌سیلین
- سایر داروها: اریترومایسین، سفالوسپورین، تتراسیکلین.