

گوارش و کبد بالغین

۱- خانمی ۲۵ ساله با شکایت از ناراحتی روزانه در زیر جناغ سینه و دردهای متناوب قفسه صدری شاکی است. سابقه دیسفاژی، کاهش وزن، رگورژیتاسیون، تهوع و استفراغ ندارد. اندوسکوپی و بیوپسی که ۷ ماه قبل توسط متخصص گوارش انجام شده نرمال است و درمان با لانسوپرازول ۳۰ میلی‌گرم ۲ نوبت در روز و سپس اضافه شدن رانیتیدین شبانه تاثیر زیادی نداشته است. اقدام مناسب کدام است؟

Adding Baclofen before meals

pH study after D/C Drugs (off therapy)

pH impedance study on PPI Therapy

Re-endoscopy and biopsy

۲- کدامیک از علایم گوارشی زیر به درمان با PPI پاسخ مناسب‌تری می‌دهد؟

Post prandial regurgitation

non-cardiac chest pain

Hoarseness

Chronic unexplained cough

۳- آقای ۵۵ ساله با سابقه چندین ساله سوزش سر دل و احساس برگشت اسید تحت اندوسکوپی گوارشی فوقانی قرار می‌گیرد. در اندوسکوپی در مری در حدود ۳ سانتی متری محل جانکشن مری و معده تغییر رنگ مخاطی به صورت salmon-colored ملاحظه و دو عدد بیوپسی از آن برداشته می‌شود. در پاتولوژی اپی تلیوم استوانه‌ای روده‌ای به همراه سلول های گابلت بدون دیس پلازی گزارش گردیده است. برای بیمار PPI تجویز می‌گردد. مناسب ترین زمان برای انجام اندوسکوپی مجدد و بیوپسی چه موقع است؟

شش ماه بعد

یک سال بعد

سه سال بعد

احتیاج به پیگیری ندارد

۴- آقای ۶۲ ساله‌ای با سابقه رفلاکس طولانی مدت تحت اندوسکوپی قرار می‌گیرند. در اندوسکوپی columnar-lined epithelium با طبقه بندی پراگ C5M0 دیده شده که در نمونه برداری به عمل آمده Specialized intestinal metaplasia همراه با low grade dysplasia گزارش شده است که توسط پاتولوژیست دیگری هم تایید شده است. برای ایشان چه کاری باید انجام شود؟

پیگیری اندوسکوپی ۳-۶ ماه بعد همراه با 4 quadrant biopsy هر ۱ سانتی متر

پیگیری اندوسکوپی ۶-۱۲ ماه بعد همراه با 4 quadrant biopsy هر ۲ سانتی متر

ارجاع برای Endoscopic Mucosal Resection (EMR)

ارجاع برای Endoscopic Ultrasound Examination (EUS) به منظور بررسی غدد لنفاوی و سپس تصمیمگیری بر اساس آن.

۵- خانم ۳۰ ساله باردار ۲۶ هفته به علت درد شکم در ناحیه اپیگاستر مراجعه کرده است. در بررسی های اولیه آنتی ژن مدفوعی برای هلیکوباکتر پیلوری مثبت گزارش شده است. بیمار با درمان فاموتیدین و سوکرالفیت بهبودی نداشته است، چه اقدامی توصیه می‌شود؟

تجویز رانیتیدین

درمان ریشه کنی هلیکوباکتر

درمان با لانسوپرازول

درمان با آنتی اسید

۶- در کدامیک از موارد زیر اندوسکوپی مجدد جهت بررسی بهبود زخم معده توصیه نمی‌شود؟

- آقای 50 ساله با سابقه خانوادگی کانسر معده که زخم 1cm انتروم داشته است
خانم 50 ساله با زخمهای متعدد 5mm انتروم به دنبال مصرف دیکلوفناک
آقای 45 ساله که به دنبال مصرف ایندومتاسین دچار خونریزی از زخم های کوچک 5mm انتروم شده است
آقای 32 ساله با درد اپیگاستر و زخم 2cm انتروم

۷- بیمار آقای 62 ساله با سابقه فشارخون و CAD تحت درمان با لوزارتان و کلپیدوگرل، به علت ملنا بستری شده است. در سابقه بیمار مصرف گاهگاهی الکل و مصرف روزانه سیگار وجود دارد. بیمار طی یک سال گذشته دو بار دیگر با تشخیص زخم پپتیک درمان شده است. همچنین بیمار در هفته گذشته به جهت کمردرد به طور نامنظم ناپروکسن مصرف کرده است. در اندوسکوپی یک زخم 2.5 سانتی متری clean base و دفرمیتی مختصر بولب و چند زخم کوچک سطحی در انتروم گزارش شده است. آزمایش RUT انجام شده حین آندوسکوپی و سرولوژی هلیکوباکتر منفی بوده است. کدامیک از موارد ذکر شده در شرح حال فوق در تصمیم گیری جهت نیاز به درمان نگهدارنده (Maintenance) با PPI پس از درمان اولیه تأثیری ندارد؟

- اندازه زخم بولب
ادامه مصرف clopidogrel
سن بیمار
سابقه مکرر زخم پپتیک

۸- مرد 67 ساله‌ای با شکایت از استفراغ خونی و دفع مدفوع خونی با هیپوتانسیون ارتوستاتیک از 4 ساعت قبل از مراجعه در بخش اورژانس بستری شده است. بیمار سابقه بیماری دریچه‌ای قلب و ایسکمی داشته و آسپیرین و وارفارین مصرف می‌کند. سابقه بیماری کبدی یا کلیوی ندارد. در آزمایش‌های بدو ورود $Hb=9.1$ ، $INR=1.9$ و $BUN=63$ دارد. پس از تزریق سرم وضعیت علائم حیاتی با ثبات نمی‌شود.

شما تصمیم به آندوسکوپی همان شب می‌گیرید. کدام اقدام ذیل قبل از آندوسکوپی ضروری نیست؟

- ترانسفوزیون packed cell
ترانسفوزیون FFP
تجویز پنتاپرازول وریدی
اکسیژن درمانی

۹- آقای ۵۴ ساله‌ای به دلیل آریتمی های مکرر دو هفته پیش با ablation در آزمایشگاه الکتروفیزیولوژی درمان شده است. از صبح امروز دچار درد قفسه سینه و استفراغ خونی گردیده است. در حال حاضر از اسپیرین پلاویکس و اتورواستاتین استفاده می‌کند. بعد از تثبیت علائم حیاتی کدام اقدام را برای بیمار انجام می‌دهید؟

- اکوکاردیوگرافی
سی تی قفسه سینه با کانتراست
اندوسکوپی فوقانی از مری / معده / اثنی عشر
اسکن گلوبول قرمز

۱۰- آقای 50 ساله با سابقه مصرف NSAIDs با ملنا به اورژانس مراجعه کرده پس از تثبیت علائم حیاتی شما در حین اندوسکوپی زخم فعال دوازدهه با visible vessel با قطر 2.3 میلیمتر می‌بینید با تزریق آدرنالین رقیق شده در چهار طرف زخم خونریزی بند آمده است. کدام اقدام مناسب تر است؟

- انجام APC
انجام پروب حرارتی
تعبیه کلیپس
اقدام دیگری لازم نیست.

۱۱- آقای 67 ساله‌ای جهت تعبیه استنت فلزی مری برای کانسر وسط مری که غیر قابل جراحی و رادیوتراپی بوده به شما معرفی می‌گردد. بعلت تنگی شدید با بالن TTS سائز کوچک مسیر را دیلاته می‌کنید تا استنت را عبور دهید اما بیمار آمفیژم زیر جلدی پیدا می‌کند و دچار پرفوراسیون مری می‌گردد. کدامیک از اقدامات زیر را انجام می‌دهید؟

بستری بیمار و تجویز آنتی بیوتیک و تعبیه استنت پس از بهبود پرفوراسیون در صورت نیاز

تعبیه استنت در همان جلسه و پیگیری بیمار

استفاده از کلیپس برای ترمیم پرفوراسیون و سپس تعبیه استنت

مشاوره جراحی و انتقال بیمار به اتاق عمل

۱۲- کدامیک از موارد زیر می‌توانند خطر پیشرفت به طرف Esophageal adenoCa را در non-dysplastic Barrett's esophagus کم کند؟

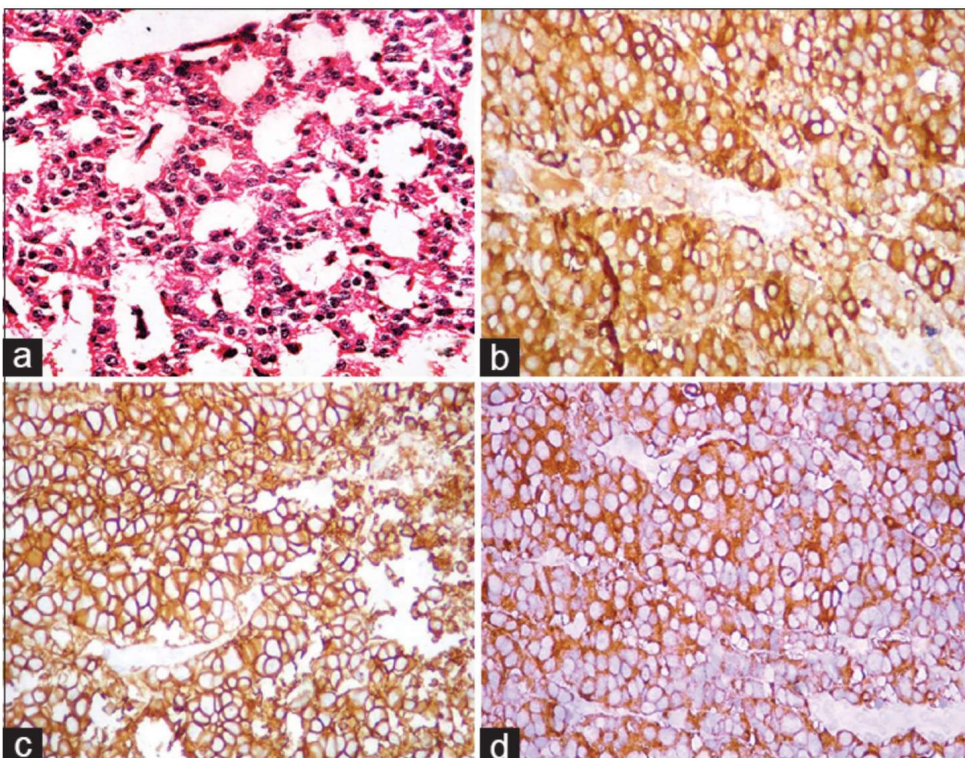
Proton pump inhibitors

Histamine-2 receptor blockers

Laparoscopic Nissen's fundoplication

Vitamin-C supplement

۱۳- خانم ۴۵ ساله‌ای با شکایت سوءهاضمه اندوسکوپی شده که دو ضایعه با ابعاد ۳ در ۴ میلی متر در قسمت تنه معده مشاهده شد. اندوسونوگرافی محل ضایعه را در ناحیه ساب موکوزا بدون بزرگی غدد لنفاوی و یا دست اندازی به سایر لایه ها را نشان داد. ضایعات از طریق اندوسکوپی برداشته شدند. که اسلاید آن ربا رنگ آمیزی هماتوکسیلین و سیناپتوفیزین و کروموگرانین می‌بینید. در بررسی Ki67 کمتر از دو درصد گزارش شد. در نمونه برداری از بافت غیر تومورال gastric atrophy بدون متاپلازی و بدون هلیکوباکتر دیده شد. سطح سرمی گاسترین بیمار ۳ برابر طبیعی در حالیکه هیچ دارویی را مصرف نمی‌کرده گزارش شده است. در این مرحله چه اقداماتی برای پیگیری درمان ضروری است؟



اندوسکوپی دوره‌ای با gastric mapping

Gallium 68 DOTATE PET

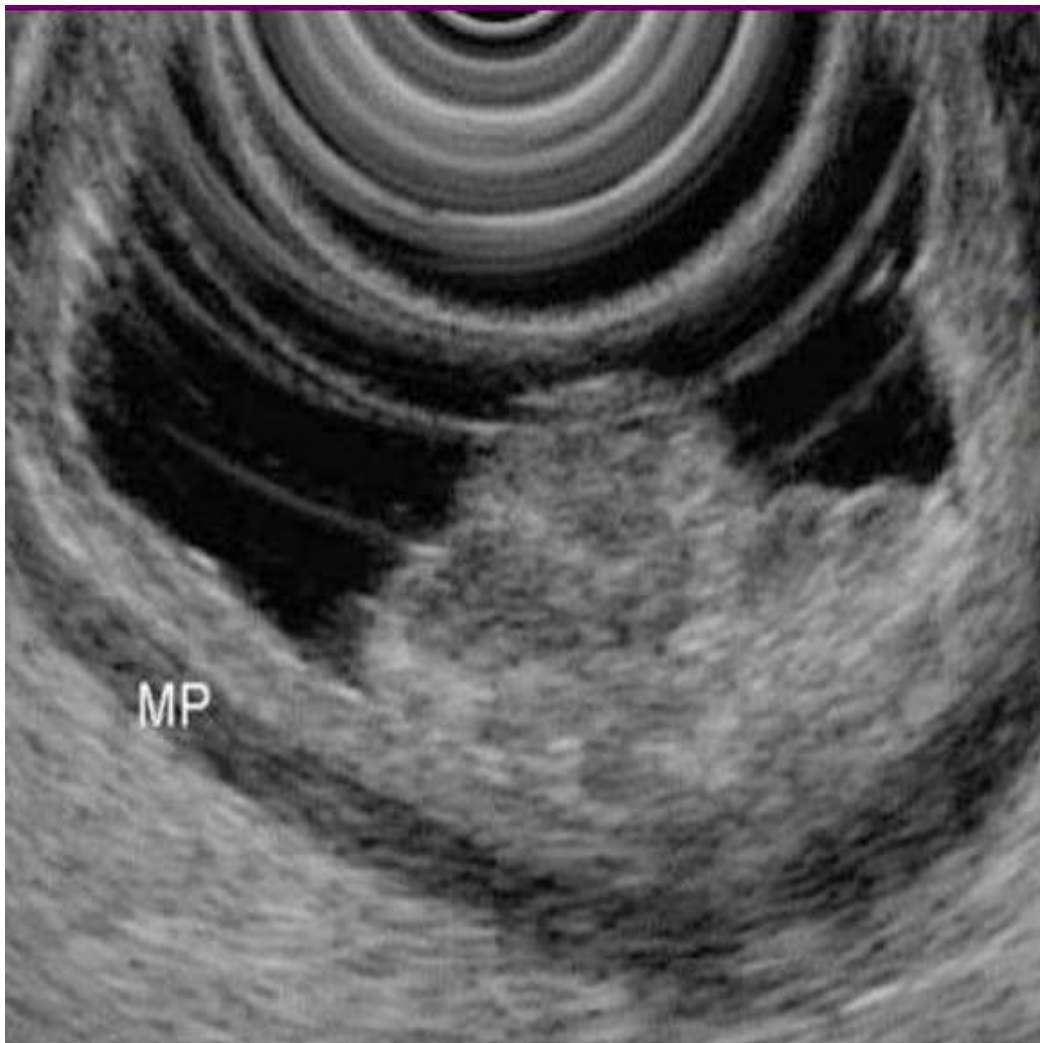
Octreotide scan

Serum PTH

۱۴- آقای ۵۴ ساله‌ای با ادنوکارسینومای ناحیه انتروم برای تعیین برنامه درمان بررسی شده که گزارش‌ها به شرح زیر هستند:

Chest, abdominal and pelvic CT: normal

EUS image: No Lymph node



در این مرحله بهترین توصیه برای این بیمار چه اقدامی است؟

شروع شیمی درمانی قبل از جراحی

لاپاروسکوپی و تصمیم‌گیری بر اساس آن

پرتودرمانی و شیمی درمانی قبل از جراحی

جراحی فوری

۱۵- خانم ۴۷ ساله‌ای با سوء هاضمه اندوسکوپی شده که زخم در انتروم ملاحظه گردیده است. نتیجه آسیب‌شناسی، gastric adenocarcinoma, intestinal type همراه با عفونت هلیکوباکتر در بافت غیر توموری است. در بررسی قبل از عمل درگیری غدد لنفاوی متعدد در شکم و لگن و سطح پریتونین دیده شده است. کدامیک از اقدامات زیر در این بیمار صحیح است؟

بررسی موتاسیون E-Cadherin در خون محیطی

بررسی موتاسیون P53 در بافت سرطانی

Mammography دو طرفه

بررسی موتاسیون HER2 در بافت سرطانی

۱۶- در مورد ارتباط ویروس اپشتاین بار (EBV) و ادنوکارسینومای معده عبارت صحیح کدام است؟

این ویروس در موارد نادری ارتباط با ادنوکارسینوما دارد.

این ویروس در ایجاد لنفومای معده نقش اصلی دارد.

پیش آگهی ادنوکارسینومای معده در حضور این ویروس بهتر است.

نقش این ویروس در ایجاد ادنوکارسینومای معده در اسیا برجسته تر از اروپا آمریکاست.

۱۷- در خانم 34 ساله‌ای برای درمان سوءهاضمه بررسی نشده بدون عوامل خطر از روش آزمون- درمان هلیکوباکتر استفاده شد. در صورت منفی شدن هلیکوباکتر درمان مناسب کدام است؟

امپرازول صبح

سیتالوپرام شب

دمپریدون قبل غذا

بوسپیرون شب

۱۸- خانم ۳۴ ساله‌ای با اسکرودرمای شدید با درگیری ریه و کلیه به دلیل سوزش سر دل از سالها پیش ارجاع شده است. بیمار در اندوسکوپی رفلاکس اروزو کلاس C بدون شواهد مری بارت یا تنگی دارد. از فوآزیت قارچی نیز در ظاهر و نمونه برداری ملاحظه نشد. علیرغم دوز بالای اسوموپرازول صبح و شب علایم بیمار بهبودی نشان نمی‌دهد. کدام دارو اضافه شود؟

Buspirone

Amitriptyline

Amlodipine

Sertraline

۱۹- در بیماری که بعلت دیسفاژی و با تشخیص بیماری آشالازی تصمیم به درمان با دیلاتاسیون پنوماتیک با بالون تحت هدایت آندوسکوپی و فلوئوروسکوپی گرفته شده است، کدامیک از موارد زیر پیش آگهی پاسخ به درمان را بدتر می‌کند؟

Female sex

Age > 40 yrs

Tortuosity of esophagus

Type two achalasia

۲۰- خانم 48 ساله‌ای با تشخیص بیماری آشالازی شدید 5 سال قبل تحت عمل جراحی لاپاراسکوپی میوتومی هلر همراه با عمل آنتی ریفلاکس قرار می‌گیرد. علائم بیمار پس از عمل جراحی تا حد قابل قبولی بهبود داشته است و تا 6 ماه قبل مشکل عمده‌ای نداشته است. احساس دیسفاژی از 6 ماه قبل تشدید می‌شود به نحوی که وی در طی 2 هفته اخیر بسختی مایعات و جامدات را می‌خورد. در آندوسکوپی مجدد نمای مری گشاد، LES پرفشار و نمای مخاطی سالم در مری و فوندوس دیده می‌شود. در این مرحله چه توصیه‌ای برای بهبودی علائم بیمار می‌گردد؟

Balloon dilatation of esophagus

Reversal of the antireflux surgery

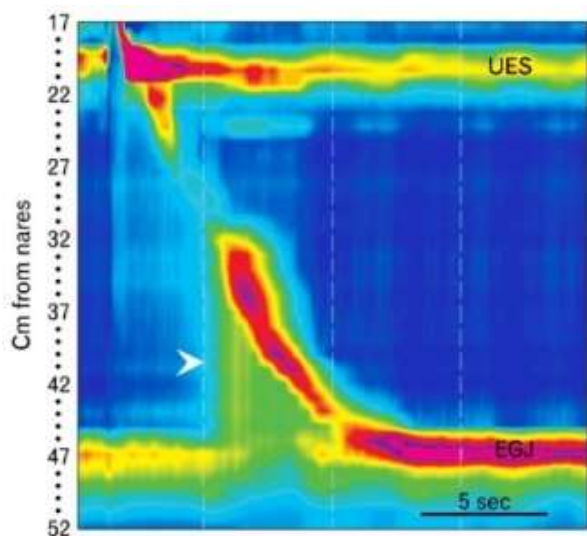
Per-Oral Endoscopic Myotomy

Open surgery of the LES area

۲۱- خانم 30 ساله با شکایت دیسفاژی نسبت به مایعات و جامدات از سال گذشته مراجعه می‌کند. در طی این مدت کاهش وزن نداشته است. سابقه خانوادگی سرطان گوارشی ندارد. در اندوسکوپی گوارشی فوقانی ضایعه مخاطی وجود نداشته است. در مانومتری انجام شده:

IRP= 20 mmHg, DCI= 500 mmHg.s.cm, DL= 5 s

گزارش شده است. تصویر مربوط به HRM بیمار را ملاحظه می‌کنید:



محتمل ترین تشخیص کدام است؟

- Achalasia type I
- Achalasia type II
- Achalasia type III
- Esophageal outflow obstruction

۲۲- کدامیک از موارد زیر در درمان آسیب حاد دیواره مری و معده ناشی از بلع مواد سوزاننده مفید است؟

- Emetics
- Narcotics
- Neutralizing agents
- N-G tube insertion

۲۳- در همراهی با کدام یک از بیماریهای ذیل ازوفازیت کاندیدایی به طور شایعتری رخ می‌دهد؟

- بیماری دیابت
- بیماری AIDS
- بیماری ریفلاکس
- سینوزیت

۲۴- بیماری که سابقه اختلالات روانی داشته با شرح حال بلع باتری ساعت (Button Battery) از یک ساعت پیش به اورژانس مراجعه می‌کند. بیمار در حال حاضر بدون علامت می‌باشد و تب، اودینوفاجی و دیسفاژی ندارد. در رادیوگرافی قفسه سینه جسم خارجی رادیواپاک در بالای دیافراگم مشهود است. اقدام بعدی کدام است؟

- شروع پنتوپرازول وریدی
- سی تی اسکن قفسه سینه و شکم
- انجام اندوسکوپی اورژانس
- انجام اندوسکوپی در عرض 12 ساعت

۲۵- تجویز پروبیوتیک Multi-Strain در کدام بیمار با سابقه کولیت اولسروز شواهد قوی تری دارد؟

- Induction of remission
- Relapsing Pouchitis
- Backwash ileitis
- Maintenance of remission

۲۶- مردی 40 ساله به دلیل اسهال، درد شکم و دفع خون و سابقه کولیت اولسروز خوب کنترل نشده از حدود 9 سال پیش کولونوسکوپی می‌شود. در کولونوسکوپی، کولیت خفیف تا متوسط در سمت چپ داشته ولی در نمونه‌برداری‌های تصادفی کولون راست High grade dysplasia گزارش شده در حالی که هیچ ضایعه مشخصی در کولونوسکوپی مشاهده نگردیده بود. همه اقدامات زیر مناسب هستند، بجز:

- بررسی نمونه های پاتولوژی توسط یک GI Pathologist
- High Definition Chromoendoscopy
- Colectomy
- Intensification of treatment

۲۷- در مردی 55 ساله به علت کولیت اولسروز شدید، پس از عدم پاسخ به استروئید تزریقی و تجویز COMBO THERAPY (INFLIXIMAB+AZATHIOPORINE)، تصمیم به تجویز TOFATICINIB گرفته میشود. ضمناً ایشان سابقه بیماری قلبی نداشته و داروی خاصی استفاده نمی‌کند. کدامیک از اقدامات زیر قبل از تجویز این دارو توصیه نمی‌گردد؟

- varicella zoster virus IgG
- بررسی از نظر latent tuberculosis
- HBsAg, Anti-HCV
- Triglyceride level

۲۸- همه موارد ذیل در پیش‌آگهی بدتر بیمار مبتلا به کولیت اولسروز اهمیت دارد، بجز:

- Extensive colitis
- Deep colonic ulcers
- age>40 years
- Co-existing CMV infection

۲۹- آقای 38 ساله با بیماری کرون که روی Infliximab با دوز 5mg/kg هر هشت هفته بوده و به درمان پاسخ بالینی و اندوسکوپییک داده یک سال بعد با عود بیماری مراجعه نموده است. در بررسی های بعمل آمده سایر علل عود رد شده است. در بررسی، سطح infliximab قابل اندازه گیری نبوده و سطح آنتی بادی آن بالا گزارش شده است بهترین اقدام کدام است؟

تغییر دارو به Adalimumab

تغییر دارو به Tofacitinib

افزایش دوز infliximab به 10 mg/kg

کاهش فواصل تزریق دارو

۳۰- خانم 45 ساله ای سه ماه قبل به دلیل فیستول شدید پری آنال در زمینه بیماری کرون کولستومی بدون Resection شده است، در حال حاضر از تنسموس و mucus discharge از مقعد شاکی است. بررسی علل عفونی در وی منفی بود. کولونوسکوپی انجام شده از قسمت باقیمانده کولون به شرح زیر است.

Non-Caseating granuloma and lymphocytic phlebitis

اقدام درمانی مناسب کدام است؟

انمای short chain fatty acid

انمای Tacrolimus

انمای Hydrocortisone

انمای Sucralfate

۳۱- خانم ۲۸ ساله ای مبتلا به بیماری کرون با درگیری روده کوچک و کولون بوده که از یک سال پیش با تجویز ادالیموماب و ازاتایوپرین بیماری وی کنترل است. در حال حاضر غیر از خستگی گاه گاهی شکایت خاصی ندارد ولی در بررسی های دوره ای سی آر پی ۱ میلی گرم، هموگلوبین ۱۴، کالپروتکتین مدفوع زیر ۱۵ و آزمایش ادرار طبیعی و تیترا ANA سرم در سه برابر نرمال است. کدام اقدامی لازم است؟

تغییر ادالیموماب به اینفلکسیماب

افزایش دوز ازاتایوپرین

تجویز هیدروکسی کلروکین

ادامه داروهای فعلی

۳۲- آقای ۵۵ ساله جهت غرباگری سرطان کولون مراجعه نموده است. پدر بیمار در ۶۵ سالگی مبتلا به سرطان کولون شده بود. در کولونوسکوپی کامل که با آمادگی بسیار مناسب انجام شد یک پولیپ بدون پایه به قطر ۲۵ میلی متر در کولون نزولی مشاهده شد و با روش موکوزکتومی به شکل تکه های جدای از هم برداشته شد. گزارش آسیب شناسی نشان داد که پولیپ از نوع Tubular adenoma with low grade dysplasia می باشد و در هیچ قسمت از نمونه ها لامیناپروپریا درگیری ندارد. کولونوسکوپی پیگیری پس از چه فاصله زمانی باید انجام شود؟

۶ ماه

یک سال

۳ سال

۵ سال

۳۳- خانم ۳۵ ساله جهت بررسی رکتوراژی متناوب کولونوسکوپی گردیده و ۱۰ عدد پولیپ با اندازه هایی بین ۸ تا ۱۵ میلی متر در نقاط متفاوتی از کولون مشاهده و برداشته شدند. نمای بافت شناسی همه پولیپها Tubular adenoma with low grade dysplasia گزارش شد. کدام تشخیص صحیح است؟

Juvenile polyposis syndrome

Peutz -Jegher syndrome

Cowden syndrome

MUTYH associated polyposis

۳۴- آقای 35 ساله جهت screening کانسر کولون مراجعه کرده است سابقه کانسر کولون در پدر در سن 40 سالگی و سابقه پولیپهای کولون در عمو در سن 35 سالگی دارد. در حال حاضر در کولونوسکوپی وی 5 عدد پولیپ 10mm در کولون نزولی و تعداد حدود 20 پولیپ 7 تا 10 mm در کولون صعودی و عرضی دارد و تعدادی از پولیپها آدنوماتو همراه با اجزای هایپرپلاستیک بودند. کدام یک از موارد زیر در برخورد با وی صحیح است؟

برداشتن پولیپهای 1cm و کولونوسکوپی هر 5 سال

توصیه به جراحی در این بیمار

توصیه به مصرف ASA در بیمار و انجام کولونوسکوپی در سایر اعضا این خانواده از سن 30 سالگی

نیاز به پولیکتومی نیست ولی کولونوسکوپی هر 1 تا 3 سال توصیه می شود

۳۵- خانم ۳۰ ساله جهت مشاوره پیشگیری از کانسر کولون مراجعه نموده است. بیمار بدون علامت و هر گونه سابقه پزشکی است. اخیراً مادر بیمار در سن ۵۵ سالگی مبتلا به کانسر کولون شده است. مادر بزرگ مادری در سن ۶۵ سالگی به دلیل کانسر رحم فوت شده است. جهت تصمیم گیری برای پیشگیری ایشان اقدام مناسب کدام است؟

بررسی ژنهای APC, MUTYH, SMAD4, BARD1, MMR در فرد سالم

تست های MSI و IHC (برای بررسی پروتئین های MMR) بر روی بافت تومور موجود.

کولونوسکوپی هر دو سال و هیستریکتومی و برداشتن تخمدانها همراه لوله ها در سن 40 سالگی

بررسی ژنهای MLH1, MSH2, MSH6, EPCAM در خون فرد بیمار

۳۶- آقای ۷۲ ساله غیر سیگاری، با بیماری دیابت که با تزریق انسولین درمان می شود، ده سال پیش سرطان روده داشته که جراحی شده و تا کنون در بررسی های دوره ای شامل کولونوسکوپی سی تی اسکن قفسه صدری شکم و لگن مشکلی نداشته است. در بررسی های شش ماه اخیر CEA بیمار شروع به افزایش کرده و به ۳۰ رسیده است. علیرغم تکرار کولونوسکوپی اندوسکوپی و سی تی اسکن کامل مدی استینوم وریه و شکم و لگن هیچ یافته مثبتی پیدا نشده است. برای بیمار تقاضای FDG PET CT شده است. در کدام صورت تصویربرداری باید به تأخیر افتد؟

Non fasting blood sugar 325

HBA1c 7.8

Cr 2.1 mg%

24 hours protein > 2200 mg

۳۷- آقای 75 ساله‌ای با سابقه فشار خون بالا و یبوست طول کشیده با شروع درد نیمه تحتانی شکم، تهوع، تکرر ادراری و تشدید اختلال دفع از 4 روز قبل مراجعه کرده است. در معاینه ناحیه ربع تحتانی چپ حساس می‌باشد. سونوگرافی از کلیه‌ها، مثانه و پروستات طبیعی است ولی ضخامتی در ناحیه سیگموئید مشاهده می‌شود. دمای بدن 38.5 درجه بوده و WBC: 11,500، Hb: 13.5، Platelet: 142,000 و PT: 13 است بیمار بستری شده و آنتی بیوتیک وریدی وسیع الطیف شروع می‌شود. پس از گذشت سه روز درد شکم کاهش یافته ولی تب ادامه دارد. در سی تی اسکن شکم و لگن آپسه‌ای به اندازه 3.5 سانتی متر در اطراف مثانه و فضای پری رکتال مشاهده می‌گردد کدام اقدام توصیه می‌گردد؟

تخلیه ترانس گلوته آل زیر گاید سونوگرافی

تخلیه ترانس رکتال با گاید اندوسونوگرافی

مشاوره جراحی و درناژ باز محل

تخلیه پرکوتانئوس زیر گاید سی تی اسکن

۳۸- بیمار خانم 73 ساله‌ای با سابقه فشار خون بالا و آسیب‌رین بخاطر دفع خون روشن و شدید و بدون درد از صبح امروز مراجعه کرده است در معاینه اختلال هوشیاری دارد، فشار خون 80 روی 60 و ضربان قلب 127 بار در دقیقه می‌باشد در معاینه شکم حساس نبوده ولی در انجام معاینه رکتال خون روشن و لخته بصورت مخلوط دیده می‌شود. در آی سی یو بستری می‌گردد و آندوسکوپی فوقانی بعمل آمده، یافته واضحی وجود ندارد. اقدام بعدی چیست؟

انجام کولونوسکوپی اورژانس

سی تی آنژیوگرافی

Deep enteroscopy

RBC Scan

۳۹- آقای 25 ساله‌ای به علت خونریزی از مقعد به صورت دفع خون روشن همراه با سختی در دفع مراجعه کرده است. در کولونوسکوپی یک ضایعه پولیپوئید با سطح زخمی بر روی آخرین فولد رکتوم با درگیری نیمی از محیط ملاحظه شد. سایر قسمتهای روده بزرگ و ایلئوم طبیعی بود. در نمونه برداری بافت به سختی جدا شد. در گزارش آسیب‌شناسی فیروز و التهاب مختصر ذکر شده است. مناسب‌ترین اقدام برای این بیمار چیست؟

معرفی به جراح

بیوفیدبک تراپی

تنقیه مزالامین

تنقیه کورتیکواستروئید

۴۰- آقای 35 ساله‌ای برای حملات درد در مقعد و رکتوم مراجعه نمود. ناراحتی وی از چند سال قبل بوده ولی در چند ماه اخیر تشدید یافته است. حملات درد نسبتاً شدید و ناگهانی و آزار دهنده بوده و چند دقیقه طول میکشد. اگرچه بیمار اغلب احساس دفع ناکامل دارد اما درد ارتباطی با اجابت مزاج و وضعیت بیمار نداشته و در حالات نشسته، ایستاده و حتی در خواب اتفاق افتاده است. در معاینه نمای مقعد طبیعی بوده و شقاق و هموروئید خارجی و قرمزی، تورم و تندرنس در اطراف مقعد ندارد. در digital rectal exam تونیسیتنه مقعد افزایش یافته اما کشش خلفی عضله پوبورکتالیس دردناک نیست. پروستات سایز طبیعی بدون ندولاریته و حساسیت بود. کولونوسکوپی و ایلئوسکوپی نرمال و CBC, ESR, TSH, Serum electrolytes نرمال هستند. کدام اقدام در زمان درد برای این بیمار مناسب نیست؟

پماد نیتروگلیسرین موضعی

اطمینان بخشی و توصیه به آرامش

ماساژ مقعد

اسپری سالبوتامول

۴۱- خانم ۶۳ ساله که مورد شناخته شده سلیاک از ۵ سال قبل است با شکایت از اسهال آبکی که از ۵ ماه قبل شروع شده مراجعه نموده است. درد شکم؛ دفع خون؛ تب و کاهش وزن ندارد. سابقه مسافرت، مصرف الکل و آنتی بیوتیک را ذکر نمی‌کند و به رژیم غذایی بدون گلوتن پایبند بوده است. بیمار سیگاری می‌باشد و قرصهای کلسیوم، ویتامین دی و سیتالوپرام مصرف می‌کند. قطع لبنیات تاثیری نداشته است. نتایج بررسی ها به قرار زیر است:

Upper endoscopy and duodenal biopsy: normal, Hb:13gr/dl,

ferritin:85mg/dl, anti-tTG Ab: negative

کدام یک از بررسی‌های زیر بیشترین ارزش را در تشخیص علت اسهال بیمار دارد؟

Serum IgA and IgG level

Fecal elastase test

Colonoscopy and biopsy

Hydrogen breath test

۴۲- خانم 30 ساله با بیماری سلیاک که از 3 سال قبل بر روی رژیم فاقد گلوتن بوده است و علامتی ندارد قصد حاملگی دارد. تمام اقدامات زیر را به بیمار توصیه می‌گردد، بجز:

درخواست سرولوژی سلیاک

Complete Blood count

سنجش تراکم استخوان

آندوسکپی و بیوپسی روده

۴۳- خانم 57 ساله‌ای با سابقه دیابت و فشار خون بالا تحت درمان دارویی می‌باشد. از یک هفته قبل درد زیر شکم و خونریزی از مقعد دارد. در کولونوسکوپی Multiple linear ulcers running along the longitudinal axis در 18 سانتی متری آنال ورج به طول 4 سانتیمتر و عرض 1 سانتیمتر گزارش شده است. در سایر نقاط کولون و ترمینال ایلئوم ضایعه‌ای ندارد. در جواب پاتولوژی

Crypt destruction- capillary thrombosis, granulation tissue, crypt abscesses, hemorrhage گزارش شد. بیوپسی راندوم از مخاط به ظاهر سالم رکتوم، سیگموئید و ایلئوم نرمال بود.

همه اقدامات زیر در مورد او صحیح است، بجز:

شروع آنتی بیوتیک وریدی

هیدراسیون بیمار

انما هیدروکورتیزون

انجام سی تی اسکن شکم و لگن

۴۴- خانم 42 ساله‌ای با علایم یک ساله درد سر دل مراجعه کرده است. بیمار اظهار می‌دارد هرروز پس از خوردن غذا درد ایجاد می‌شود و باید برای اجابت مزاج سریعاً به دستشویی برود و تا پنج دقیقه بعد از دفع درد شدیدتر می‌شود. مدفوع به شکل 6 و 7 بریستول است. TSH=OK, CBC=OK, CRP=4. درد با 1 ماه امپرازول تغییری نکرد. علایم در خواب، کاهش وزن، دفع خون در مدفوع را ذکر نمی‌کند. اقدام مناسب تر در ایشان کدام است؟

کولونوسکوپی با بیوپسی سمت چپ و راست

آندوسکوپی با بیوپسی معده و اثنی عشر

آزمون مدفوعی هلیکوباکتری

آزمون آنتی بادی سلیاک

۴۵- خانم 52 ساله با شکایت از دردهای کرامپی قسمت تحتانی شکم و نفخ و اسهال از 2 سال پیش مراجعه کرده است. تب، کاهش وزن، بی اشتها یا دفع خون از مدفوع را ذکر نمی‌کند. در معاینه بالینی نکته مهمی ندارد. در آزمایش‌های انجام شده CBC، پروفایل آهن و کلپروتکتین مدفوع طبیعی هستند. انجام کدامیک از اقدامات زیر برای این بیمار ارجح است؟

اندازه گیری CRP

کولونوسکوپی با بیوپسی

سونوگرافی کامل شکم و لگن

IMR آنتروگرافی

۴۶- خانم 27 ساله مجرد با علائم نفخ شکم و دفع مدفوع چرب مراجعه کرد. در آزمایش مدفوع کیست و تروفوزوئید ژیا ردیا به تعداد فراوان مشاهده شد. مترونیدازول برای وی تجویز و علائم وی بسرعت بهبودی پیدا کرد. یک ماه بعد علائم بیمار عود کرد و در آزمایش مدفوع، مجدداً کیست و تروفوزوئیت ژیا ردیا به تعداد فراوان مشاهده شد. سطح سرمی IgA مناسب و نقص ایمنی نداشت. اکنون برای درمان بیمار کدام دارو را مناسب‌تر می‌دانید؟

Metronidazole به مدت طولانی تر

Tinidazole به صورت تک دوز

Nitazoxanide سه روز BID

Paromomycin سه روز TID

۴۷- خانم 48 ساله‌ای با اسهال آبکی که حدود 6 ماه است ادامه دارد همراه با تنموس، بدون درد شکم مراجعه کرده است. اسهال گاه گاه بیمار را از خواب بیدار می‌کند. سابقه مصرف بروفن را به علت درد مفاصل دارد و همزمان به منظور جلوگیری از عوارض آن امپرازول می‌خورد. معاینه بالینی سالم است. بررسی انجام شده شامل آزمایش مدفوع و بررسی سلایک و CBC طبیعی هستند. در ادامه بررسی کدام گزینه صحیح است؟

کولونوسکوپی کامل و بیوپسی از کولون راست و چپ

رکتوسیگموئیدوسکوپی و بیوپسی

کرومواندوسکوپی با استفاده از indigo carmine و بیوپسی از روده بزرگ

احتیاج به بررسی نیست، شروع درمان علامتی

۴۸- خانم 67 ساله‌ای با شکایت تب، دردهای عضلانی و اسهال از دو روز قبل مراجعه نموده است. در معاینه به جز دردناکی خفیف شکم و دهیدراتاسیون یافته دیگری ندارد. در آزمایش مدفوع تازه انگل گزارش نشده و many RBC و many WBC گزارش شده است. علاوه بر درمان های حمایتی بهترین اقدام کدام است؟

تجویز سیپروفلوکساسین

تجویز لوپرامید

تجویز مترونیدازول

تجویز پروبیوتیک

۴۹- خانم ۵۰ ساله‌ای با سابقه ulcerative pan colitis از سال های قبل تحت درمان می‌باشد و بیماری وی کنترل بوده. یک هفته قبل به دلیل پنومونی در بخش عفونی بستری می‌شود و سفتریاکسون وریدی و آزیترومایسین خوراکی دریافت می‌کند که تا ۳ روز قبل مصرف می‌کرد از روز مراجعه دچار اسهال آبکی ۵ بار در روز بدون تهوع و استفراغ و تب 38 درجه شده است.

WBC=12000, BUN=35, Cr=1.2, K=3.5

HGB=12.2, S/E(WBC=10-12 OB⁺, RBC=3-4)

C. dif. toxin A & B: Positive

در سیتی اسکن دیامتر کولون عرضی 4cm اقدام درمانی صحیح کدام است؟

Vancomycin 125 mg po QID

Metronidazole 500 mg po QID

Vancomycin 500 mg po QID

Metronidazole 500 mg iv QID

۵۰- مرد 65 ساله‌ای با سابقه CABG و FIT مثبت تحت کولونوسکوپی قرار گرفت. در کولون صعودی پولیپ بزرگ semi-sessile با سایز 2 سانتی متر مشاهده و پولیپکتومی انجام شد. پس از پایان کولونوسکوپی بیمار از درد شکمی و اتساع شکم شاکی بود. در معاینه تندرینس شکمی با تقدم سمت راست وجود دارد. گرافی ایستاده شکم گرفته شد و هوای وسیع زیر دیافراگم ها دیده شد.

با توجه به اینکه بیمار درحال حاضر تنگی نفس دارد و با توجه به سوابق بیماری قلبی بیمار، همه گزینه ها مناسب هستند، بجز:

تخلیه هوای داخل شکم با یک کاتتر مناسب با هدایت سونوگرافی

مشاوره جراحی و درمان های حمایتی و آنتی بیوتیک مناسب

کولونوسکوپی فوری و بستن سوراخ با کلیپس توسط افراد با تجربه

گذاشتن لوله معده و رکتوم جهت تخلیه هوای داخل لومن گوارش

۵۱- خانم 45 ساله با تب و زردی و خارش منتشر از دو ماه قبل مراجعه کرده است. در آزمایش‌ها PT نرمال، بیلیروبین توتال 12 با مستقیم 8 و آنزیم‌های کبدی AST=120, ALT=136, ALP=840 و سونوگرافی کبد و مجاری را نرمال گزارش می‌کند آزمایش قبلی بیمار که سه ماه قبل انجام داده امینوترانسفرازها سه برابر فعلی ولی بیلیروبین نرمال بوده آن زمان HAV IgM Ab مثبت بوده است. کدام اقدام مناسب است؟

ارجاع جهت بیوپسی کبد

شروع درمان با ریباویرین

شروع درمان با استروئید

ارجاع جهت MRCP

۵۲- آقای 32 ساله با تشخیص سیروز کریپتوزنیک یک سال قبل پیوند کبد شده و فعلا بر روی تاکرولیموس 2 میلی گرم و سل سپت 2 گرم در روز می‌باشد. از دو هفته قبل دچار علائم هپاتیت حاد شده که در بررسی ها عوارض صفراوی - عروقی و ریجکشن رد شده است. در بررسی های ویروسی IgM anti HEV و HEV RNA در سرم مثبت بوده است. اولین اقدام برای درمان بیمار کدام است؟

شروع پگ انترفرون

شروع ریباویرین خوراکی برای بیمار

شروع ریباویرین + انترفرون

کاهش دوز تاکرولیموس و سل سپت

۵۳- آقای 38 ساله‌ای با علائم هپاتیت حاد از 3 هفته قبل در معاینه بالینی یافته اختصاصی ندارد و بررسی های بیمار به صورت زیر گزارش شده است:

HBsAg positive, IgM anti HBc negative, HBeAg negative, anti-HBs Ab negative, HBV DNA 2300lu/ml, anti HCV, HIV both negative, anti HDV positive, and HDV RNA positive

محتمل ترین تشخیص کدام است؟

Acute Co-infection HBV + HDV

Acute HDV on chronic HBV

Chronic HBV with reactivation

Acute HBV and Chronic HDV

۵۴- بیمار خانم ۳۷ ساله مبتلا به لوپوس و کاندید درمان با Rituximab می‌باشد که توسط همکار روماتولوژیست با شما مشاوره می‌شود. در این بیمار تست HBSAg منفی، اما HBcAb مثبت و LFT بیمار نرمال است. کدامیک از توصیه‌های زیر در این بیمار صحیح تر است؟

monitoring آنزیمهای کبد و درمان آنتی ویرال در صورت افزایش آنها

شروع آنتی ویرال و ادامه آن تا ۱۲ ماه پس از ختم داروی Rituximab

انجام تست HBV DNA و شروع درمان در صورت افزایش با شروع ریتوکسیماب

اندازه گیری سطح سرمی HBs Ab و شروع درمان در صورت منفی بودن

۵۵- آزمایش‌های آقای ۳۳ ساله‌ای به شرح زیر است:

HBV DNA= 23 million lu/ml, HBeAg +, HBsAg +, ALT= 120 lu/L, AST= 100 lu/L

سونوگرافی کبد وطحال و بقیه تست‌ها نرمال است. کدامیک اقدام صحیح تر است؟

انجام Liver Bx

تکرار ALT و HBV DNA سه ماه بعد

شروع درمان با Tenofovir

انجام سونوگرافی کبد، اندازه گیری ALT و آلفا فیتوپروتئین ۶ ماه بعد

۵۶- در بیمار ۴۸ ساله ای که دچار HCV decompensated cirrhosis با MELD Score = 30 و GFR=25ml/min می‌باشد، HCV RNA =10,000 lu/ml, genotype 3 می‌باشد، کدامیک از پیشنهادهای زیر در این بیمار مناسب‌تر است؟

شروع داروی sofosbuvir – velpatasvir و پیوند کبد پس از رسیدن به SVR

شروع داروی Grazoprevir – Elbasvir و پیوند کبد پس از رسیدن به SVR

انجام پیوند کبد و سپس شروع درمان sofosbuvir – velpatasvir ظرف دو ماه

شروع داروی Grazoprevir – velpatasvir و انجام همزمان liver & kidney Tx پس از رسیدن به SVR

۵۷- آقای 50 ساله با هیپاتیت مزمن C از دو ماه قبل بر روی درمان با سوفوسبوویر و داکلاتاسویر روزانه یک قرص ترکیبی قرار گرفته است. در آزمایش‌های اولیه anti-HBc آنتی‌بادی مثبت ولی HBsAg و HBV DNA منفی و HCV RNA 40,000 IU/ml و ALT 75 IU/L بوده است. در حال حاضر آزمایش‌ها به صورت زیر می‌باشد:

ALT 235 IU/L, TB 2.4 mg/dl, INR 1.2, CBC normal, HCV RNA negative

بهترین اقدام کدام است؟

- بیوپسی کبدی
- افزودن ریبویرین به درمان
- بررسی HBV DNA
- قطع درمان به علت احتمال عوارض کبدی

۵۸- بیمار خانم 45 ساله مورد سیروز صفراوی اولیه و تحت درمان با اورسوداکسی کولیک اسید با دوز 15 میلی گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن از 4 سال قبل می‌باشد. برای مشورت مراجعه نموده‌اند. بیمار از خارش و احساس خستگی خفیف شاکی می‌باشد آزمایش‌های بیمار:

AST: 58 U/L, ALT: 68 U/L, Alkaline phosphatase: 404 U/L, Total bilirubin: 2.1 mg/dL,

Platelets: 185x10⁹/L Creatinine: 1.1mg/dL, INR: 1

کدام اقدام را در این مرحله توصیه می‌گردد؟

- افزایش دوز اورسوداکسی کولیک اسید
- افزودن متوترکسات
- افزودن فنوفیرات
- قطع اورسوداکسی کولیک اسید و شروع obeticholic acid

۵۹- آقای 45 ساله مورد UC و PSC از 4 سال قبل اخیرا به علت درد شکم و افزایش خارش و افزایش بیلیروبین تحت بررسی قرار می‌گیرد.

CA19-9=100, AST=100, ALT=150, Alp=1500, Tbil=8, DBil=5

در MRCP شواهد تنگی مشکوک در ناف کبد دارد. ERCP و brushing منفی است. علیرغم دریافت آنتی بیوتیک Bill همچنان رو به افزایش است. چه اقدامی توصیه می‌شود؟

- تکرار ERCP و brushing
- تکرار MRCP سه ماه بعد
- بیوپسی کبد
- PET Scan

۶۰- خانم 36 ساله‌ای که از 3 سال پیش به علت هیپاتیت اتوایمون با آزاتیوپرین با دوز 100 میلی گرم در روز تحت درمان است قصد بارداری دارد. شکایت خاصی ندارد. معاینه بالینی طبیعی است.

AST: 15, ALT: 18, ALk Phosphatase: 115 (normal 140), Alb: 3.8, Glob: 2.1, INR: 1.1,

WBC: 5600, Hb: 14, Plat: 160,000

سونوگرافی کبد طبیعی و اندازه طحال 120 میلی‌متر گزارش شده است.

بهترین اقدام کدام است؟

- شروع پردنیزولون با دوز کم و قطع آزاتیوپرین و بررسی پس از 6 ماه و تصمیم‌گیری بر اساس آن
- ادامه دارو به صورت فعلی و اجازه برای بارداری
- اضافه کردن پردنیزولون با دوز کم و کاهش دوز آزاتیوپرین و اجازه برای بارداری
- قطع دارو و سپس اجازه بارداری

۶۱- مرد 45 ساله‌ای مورد سیروز حاصل از کبدچرب با MELD=10 و سابقه ترمبوز مزمن پورت Partial کاندیدای کله سیستکتومی است.

PLT=110000, INR=2.0

Fibrinogen>100, FDP<50, D-Dimer<50

کدام تدبیر برای وی مناسب تر است؟

تزریق FFP یا کرایو

تزریق هپارین LMV

تزریق ویتامین K

تزریق ترانگسامیک اسید

۶۲- مرد 68 ساله‌ای با سابقه قطعی بیماری سیروز ناشی از هپاتیت مزمن B، با استفراغ خونی و دفع ملنای شدید حدود ظهر در اورژانس پذیرش شده و بلافاصله به بخش مراقبت ویژه انتقال می‌یابد. بیمار در بررسی های سال گذشته واریس و آسیت خفیف داشته است و پیگیری مناسبی برای درمانهای پیشنهادی نداشته است. وی بیماری مهم دیگری ندارد. کدام گزینه صحیح است؟

تجویز پلاکت در صورت پلاکت کمتر از 60000

انجام آندوسکوپی تشخیصی / درمانی در صبح روز بعد

تجویز سفتریاکسون یک گرم هر 24 ساعت تا یک هفته

تجویز هموگلوبین در صورت افت آن به زیر 9 گرم

۶۳- بیمار با سیروز در اثر HCV به علت تنگی نفس مراجعه کرده است. در بررسی انجام شده، میزان قابل توجهی مایع در شکم و پلور راست دارد. در CT اسکن انجام شده مایع پلور راست، آسیت و کبد کوچک و اسپلنومگالی گزارش شده است. در ادامه بررسی Mean pulmonary artery pressure 55 mm Hg بوده است. مناسب ترین درمان در این مرحله کدام است؟

TIPS

گذاشتن chest tube

Tap مکرر مایع پلور

پیوند کبد

۶۴- در کدام یک از بیماری های زیر که منجر به سیروز کبدی شده اند شانس ایجاد سرطان اولیه کبد کمتر است؟

هپاتیت B

هپاتیت C

بیماری ویلسون

کبد چرب غیر الکلی

۶۵- بیماری با سیروز کبدی با سابقه دو بار خونریزی واریسی و آسیت با وجودی که بر روی داروهای اسپیرونولاکتون 100 و فورزاماید 40 و پروپرانولول 40 میلی گرم در روز می‌باشد طی دو هفته گذشته آسیت بیمار بهتر نشده و کاهش وزن نیز نداشته است. فشار خون 120/80 میلی متر جیوه و نبض 67 بار در دقیقه دارد. در بررسی های آزمایشگاهی یافته های زیر وجود دارد:

Cr 1.0 mg/dl, Na 130 meq/l, K 3.5 meq/l, Alb 3.0

Random urine for Na 92 meq/l, and K 45 meq/l

کدام یک از عوامل زیر تاثیر بیشتری بر پاسخ ناکافی بیمار به درمان داشته است؟

پایین بودن دوز دیورتیک‌ها

کمبود سرم آلبومین

مصرف بیش از حد نمک

تاثیر همودینامیک پروپرانولول

۶۶- مرد 52 ساله‌ای با سیروز ناشی از NASH بدون آسیت، آنسفالوپاتی و خونریزی واریسی با MELD=10 و Child-A طی یک سال گذشته با مشاوره تغذیه و رعایت دستورات غذایی و افزایش فعالیت های بدنی BMI خود را از 37 به 36 کاهش داده است. با توجه به آخرین آزمایش‌های بیمار بهترین توصیه کدام است؟

FBS 210 mg/dl, HgbA1C 7.8, ALT 160 IU/L, AST 135 IU/L, ALP 125 IU/L, TB 1.4 mg/dl, INR 1.3, Alb 3.7 gm/dl. HBV, HCV Negative

ادامه رژیم غذایی با کالری کمتر

ویتامین E روزانه 800 واحد

UDCA روزانه 900 میلی‌گرم

مشاوره جهت جراحی باربارتیک

۶۷- نمونه برداری از کبد آقای 35 ساله‌ای که به دلیل بالا بودن آنزیم های کبدی در طی دو سال گذشته انجام شده به شرح زیر گزارش شده است :

Steatosis 25%

Patchy lobular inflammation and hepatocyte ballooning

No fibrosis

در اداره بالینی این بیمار تمام آزمایش های زیر به کار می‌آیند، بجز:

Serum ceruloplasmin

Anti HCV Ab

Serum Ferritin

ANA/ Anti Sm Ab

۶۸- خانم ۳۱ ساله‌ای که بدلیل بیماری ویلسون تحت درمان با D-Penicillamine به میزان روزانه 1.5 گرم و Zinc sulfate می‌باشد، اکنون در هفته هفتم حاملگی به شما مراجعه نموده است. تست‌های کبدی، سونوگرافی شکم و کبد و همچنین بقیه تست‌ها نرمال می باشند. کدام توصیه صحیح است؟

ادامه داروها و پیگیری

قطع داروهای قبلی و شروع Trienetine

قطع داروها و پیگیری هر ۴ هفته

کاهش دوز داروها و پیگیری

۶۹- خانم 37 ساله‌ای در هفته 34 حاملگی به دلیل آزمایش‌های غیر طبیعی به شما ارجاع شده‌اند. بیمار شکایت خاصی ندارد و در معاینه بالینی فقط مختصری ادم اندام تحتانی و فشار خون بیمار 140/90 دارد.

AST: 43, ALT: 52, AP: 456, TB: 1.7, DB: 0.8, Alb: 3.6, Glob: 2.3

مناسبت‌ترین اقدام در این مرحله چیست؟

ارجاع فوری به متخصص زنان

سونوگرافی شکم

آزمون‌های ویروسی

تجویز اورسوداکسی کولیک اسید

۷۰- خانم 48 ساله با بیماری پولی سیتی و بودکیاری تحت آنژیوپلاستی ورید هپاتیک قرار گرفته و با موفقیت باز شده است. در حال حاضر آسیت، یرقان و آنسفالوپاتی ندارد. در اندوسکپی واریس F1 در انتهای مری گزارش شده است. بیمار در حال حاضر با هیدروکسی اوره کنترل می‌باشد. اقدام مناسب بعدی کدام است؟

وارفارین

انوکسپارین

آسپیرین

زالربان

۷۱- آقای ۴۷ ساله ای که بدلیل سیروز کبدی ناشی از هیاتیت B تحت نظر بوده است از مدتی قبل دچار خارش شده، در معاینه مختصری زردی به چشم می خورد و آزمایش‌ها افزایش 2/5 برابری Alk.phos. و Bili.=5mg% را نشان می دهند. در MRCP و CT Abd. شاهد اتساع مجاری صفراوی (به دلیل اثر فشاری) در محل اتصال Cystic duct به CHD هستیم، اما نشانه ای از توده به چشم نمی خورد و دیواره مجاری صفراوی و قطر CBD نیز نرمال می باشند.

کدامیک از تشخیص‌های زیر در این بیمار محتمل تر است؟

Mirizzi syndrom

Superimposed PSC

Cholangiocarcinoma

Portal Cholangiopathy

۷۲- آقای ۸۲ ساله‌ای مورد شناخته شده سیروز به دلیل کبد چرب با ضایعه مشکوک در سونوگرافی که در آم‌آرای با کنتراست ۵ در ۴ سانتیمتر در سگمان ۴ و پر خون و بوده و سریع washout شده است ارجاع شده. ترومبوز ورید پورت یا درگیری عروق با تومور یا تومور خارج از کبد ملاحظه نشد. کدامیک از موارد زیر منعی برای TACE در این بیمار محسوب نمی‌شود؟

آسیت علیرغم درمان با داروهای مدر

کراتینین 2

خواب آلودگی

گشاد شدن مجرای صفرا در لب چپ

۷۳- در کدامیک از بیماران مبتلا به Hepatocellular Adenoma زیر اقدام جراحی را توصیه نمی‌کنی؟

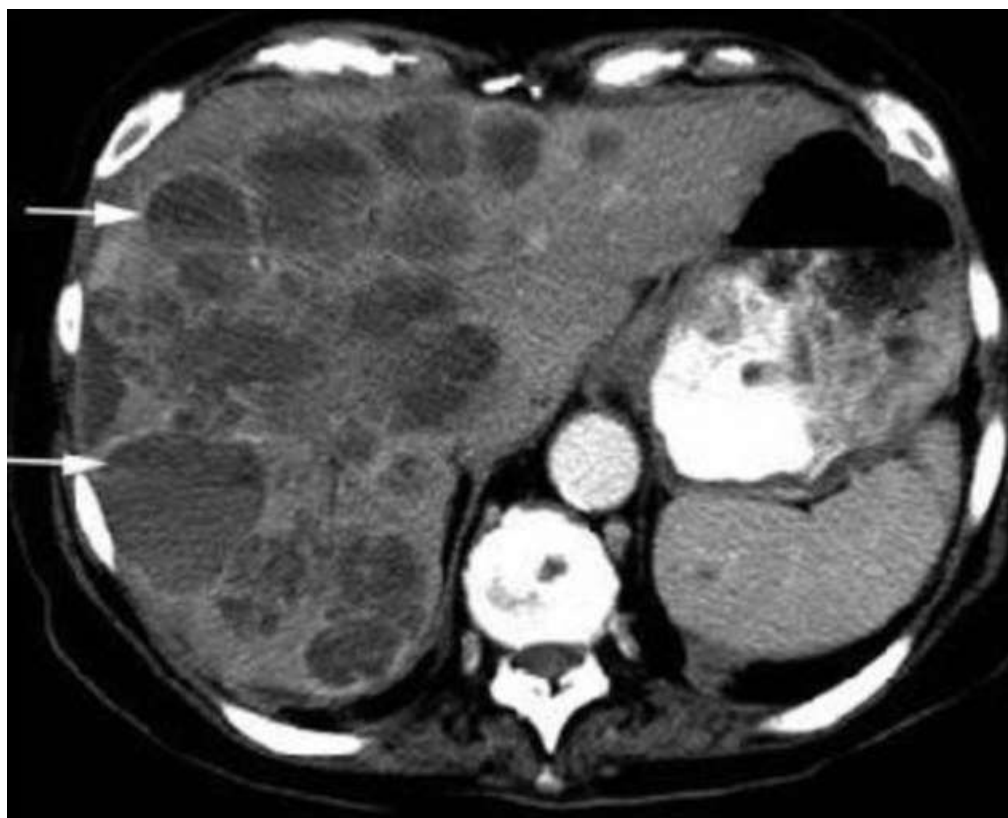
آقای ۴۴ ساله با آدنوم به قطر 6.0cm، بدون علامت کلینیکی

خانمی ۳۶ ساله با آدنوم به قطر 6.3cm و مصرف OCP، بدون علامت کلینیکی

آقای ۳۳ ساله با آدنوم به قطر 4cm که در MRI ۶ ماه قبل 3cm بوده است، بدون علامت کلینیکی

خانمی ۴۱ ساله با آدنوم به قطر 3.8cm به همراه درد ممتد در ناحیه RUQ

۷۴- آقای ۵۷ ساله‌ای با درد مبهم شکمی در ربع فوقانی راست از سه ماه پیش مراجعه کرده است که در سونوگرافی سیستهای متعدد در کبد با دیواره ضخیم دیده شد. سی‌تی‌اسکن بیمار نیز contrast enhancement در دیواره این سیست‌ها را نشان داد.



با توجه به این یافته ها کدامیک از تشخیص‌های زیر کمتر مطرح است؟

Colon cancer

Melanoma

Gastrointestinal stromal tumor

Biliary cystadenocarcinoma

۷۵- آقای ۳۵ ساله‌ای به دنبال مصرف داروهایی برای تقویت عضلات از یک هفته پیش دچار زردی شده است. در حال حاضر غیر از خارش شکایت دیگری ندارد. در صورت وجود کدامیک از یافته های زیر باید جهت پیوند کبد ارجاع شود؟

Albumin: 2.9 g%

INR: 2.1

Total bilirubin: 12 mg%

ALT: 1280 IU/L

۷۶- خانم ۳۵ ساله‌ای به دلیل هپاتیت خود ایمنی ۸ سال پیش پیوند کبد شده و در حال حاضر با مصرف پردنیزولون 7.5 میلی‌گرم در روز و مایکوفنولات دو گرم در روز و تاکرولیموس ۴ میلی گرم در روز آزمایش های کبد و سونوگرافی طبیعی دارد. با توجه به تمایل وی برای بارداری غیر از تغییر مایکوفنولات به ازاتیوپورین چه تغییر دیگری در داروهای وی ضروری است؟

کاهش دوز پردنیزولون به کمتر از ۵ میلی گرم در روز

تبدیل تاکرولیموس به اورولیموس

تبدیل تاکرولیموس به سیکلوسپورین

ادامه سایر داروها با دوز قبلی

۷۷- آقای 65 ساله‌ای با درد مبهم شکمی و کاهش وزن از چند ماه پیش مراجعه کرده است. در سونوگرافی شکمی یک ضایعه 1.5×2 سانتی‌متری در تنه پانکراس با اکو mixed بدون قسمت سیستیک دیده شده است. قدم بعدی شما برای بررسی این ضایعه با توجه به عدم دسترسی به اندوسونوگرافی چه خواهد بود؟

Contrast enhanced CT of abdomen

MRCP

ERCP

Positron emission tomography scan

۷۸- در کدامیک از بیماران بدون علامت زیر برای تشخیص زودهنگام سرطان لوزالمعده توصیه به غربالگری با اندوسونوگرافی و MRCP/MRI می‌شود؟

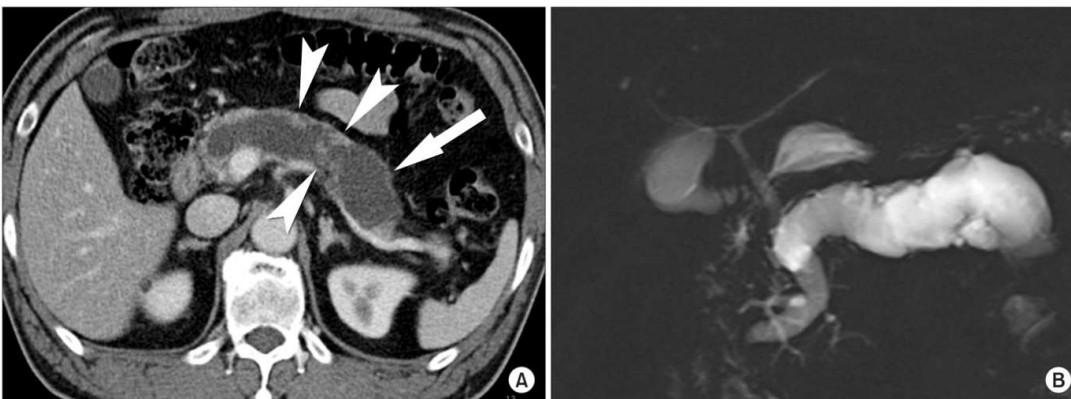
آقای 55 ساله‌ای که مادرش در سن 65 سالگی سرطان لوزالمعده گرفته است

آقای 40 ساله‌ای با Peutz-Jegher syn بدون سابقه خانوادگی سرطان لوزالمعده

خانم 45 ساله با سرطان روده بزرگ در زمینه Lynch Synd بدون سابقه خانوادگی سرطان لوزالمعده

خانم 35 ساله‌ای با Familial adenomatous polyposis بدون سابقه خانوادگی سرطان لوزالمعده

۷۹- خانم ۶۰ ساله‌ای با سابقه دیابت و سابقه پانکراتیت راجعه، به دلیل حمله پانکراتیت خفیف سونوگرافی شکم انجام داده که یک ضایعه mixed echo با قطر 35 میلی‌متر در تنه پانکراس گزارش نموده. جهت بیمار CT scan و MRI+MRCP انجام شده که همان را تأیید کرده است. اقدام صحیح در این مرحله کدام است؟



Endosonography and FNA

Surgical resection of the lesion

Start Pancreatic enzyme and PPI

ERCP and pancreatic sphincterectomy

۸۰- بیمار خانم 63 ساله که به علت بررسی سنگ کلیه تحت سی تی اسکن قرار گرفته است به طور یافته اتفاقی کیست 15 میلی متری در دم پانکراس مشاهده می‌شود بیمار سابقه پانکراتیت و سابقه فامیلی کانسر پانکراس ذکر نمی‌کند. او بیماری خاصی ندارد و سیگار نمی‌کشد و کاهش وزن اخیر نداشته است. در سی‌تی‌اسکن CBD و PD قطر نرمال دارند و کیست جزو سالیب ندارد. بهترین اقدام بعدی چیست؟

MRI /MRCP بعد از یک سال

EUS-FNA هم اکنون

ارجاع برای جراحی

تکرار سی‌تی‌اسکن با کانتراست بعد از یک سال

۸۱- بیمار آقای 40 ساله با سابقه پانکراتیت نکروزان 8 ماه قبل با شکایت تنگی نفس به اورژانس مراجعه نموده است. در بررسی عکس قفسه صدری و سی تی اسکن پلورال افیوژن حجیم سمت چپ مشاهده می شود در بررسی مایع پلورال اگزوداتیو و با امیلاز U/L 1500 گزارش می شود بهترین قدم بعدی برای بیمار چیست؟

ارجاع جراحی برای رزکسیون پانکراس

درناژ پلورال با کاتتر

برونکوسکوپ با لاواژ

ERCP با تعبیه استنت پانکراس

۸۲- در بیماران با پانکراتیت حاد و درد شکم بهترین گزینه برای تسکین درد کدام است؟

مرفین

فتنانیل

کیتورولاک

دیکلوفناک

۸۳- بیمار خانم 48 ساله ایست که به دلیل پانکراتیت حاد به اورژانس مراجعه کرده است در بررسی سونوگرافی سنگ کیسه صفرا ندارد. تری گلیسرید 2000 دارد و در بررسی $FBS=100$, $Ca=6.6$, $PH=7.1$, $HCO_3=9$. پس از اقدامات اولیه بیمار aphaeresis می شود اما آن را تحمل نمی کند. اقدام بعدی کدام است؟

فنوفیبرات با دوز بالا

تزریق FFP

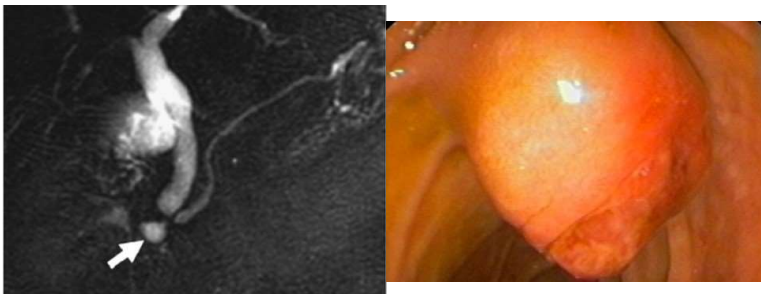
انفوزیون انسولین رگولار

تزریق FFP و دیالیز اورژانس

۸۴- آقای ۴۸ ساله ای به دلیل پانکراتیت حاد بستری شده است. در بررسی های انجام شده بیمار پانکراتیت خفیف دارد.

ALT: 140 U/L, AST : 170 U/L, Bili: 2 mg/dl, alkaline phosphatase: 400 U/L

سونوگرافی شکم اسلاژ و سنگ های ریز در کیسه صفرا و دیلاتاسیون موضعی در دیستال CBD با برجستگی مشکوک به درون دئودنوم گزارش نموده است. در اندوسکوپي برجستگی ۲ سانتی آمپولا با مخاط نرمال مشاهده شد. MRCP و اندوسکوپي بیمار را در تصاویر مشاهده میکنید. در اندوسونوگرافی بافت نرم در آمپولا بدون درگیر کردن جدار دوازدهه دیده می شود. علاوه بر کوله سیستکتومی کدام درمان توصیه می شود؟



Surgical Resection of CBD and Ampulla

Endoscopic resection of the lesion.

Balloon dilatation and stent insertion

Oral UDCA and clinical follow up

۸۵- آقای 65 ساله‌ای با متاستازهای متعدد کبدی که در بیوپسی High grade, poorly differentiated neuroendocrine carcinoma گزارش شده است جهت بررسی و درمان به شما ارجاع شده است. سونوگرافی بیمار یافته خاصی در خارج از کبد ندارد. تمام اقدامات زیر برای بررسی بیمار مناسب است، بجز:

Contrast enhanced CT of abd & Pelvis

High resolution CT of Chest

Somatostatin receptor imaging

Upper endoscopy & colonoscopy

۸۶- خانم 28 ساله که در هفته 21 بارداری به سر می‌برد با شکایت از حملات مکرر درد شبانه از دو هفته پیش در ناحیه RUQ با انتشار به شانه راست که بطور متوسط هر بار 3-4 ساعت طول میکشد مراجعه می‌کند. در بین حملات مشکلی ندارد. هم اکنون نیز در معاینه نکته خاصی ندارد. آزمایش‌ها به شرح زیر هستند:

AST= 25, ALT= 28, Alkp.= 300, GGT= 25

Bil T= 0.9, Bil D= 0.4, Serum Amylase= 70

در سونوگرافی یک سنگ 8 میلی متری در کیسه صفرا با ضخامت دیواره 2 میلی متر وجود دارد ولی مجاری صفراوی دیلاته نیستند. مناسب ترین اقدام در حال حاضر برای این بیمار کدام است؟

انجام کله سیستکتومی هم اکنون

تجویز UDCA و پیگیری طبی

اندوسونوگرافی

بستری بیمار و درمان علامتی و کله سیستکتومی بیمار بعد از زایمان

۸۷- آقای 33 ساله‌ای که سه سال است به خاطر PSC تحت درمان با UDCA300mg bd میباشد از چهار ماه پیش دچار دردهای شدید کولیکی RUQ که 20-30 دقیقه طول میکشد و تا به حال دو بار او را به اورژانس کشانده است، مراجعه می‌نماید. در MRCP سنگهای متعدد کیسه صفرا دارد و در مجاری صفراوی سنگ یا dominant stricture دیده نشد. سایر بررسیها به شرح زیر هستند:

AST: 42 IU/L (NI<31), ALT: 54 IU/L (NI<31), Alk Phos: 632 IU/L (NI: 306)

INR: 1, Total bilirubin: 1mg/dl, creatinine: 0.8 mg/dl

Hb: 14.5g/dl, WBC: 5,800/mm², Platelet: 128,000/mm²

کدام یک از موارد زیر بهترین اقدام برای ایشان است؟

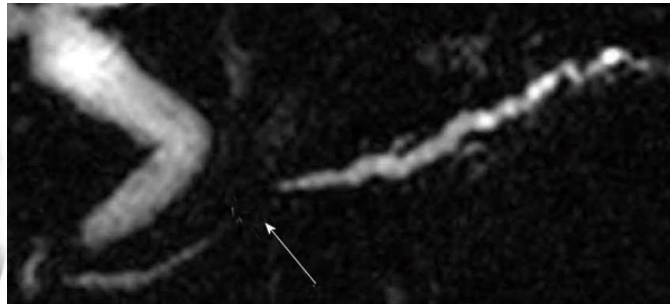
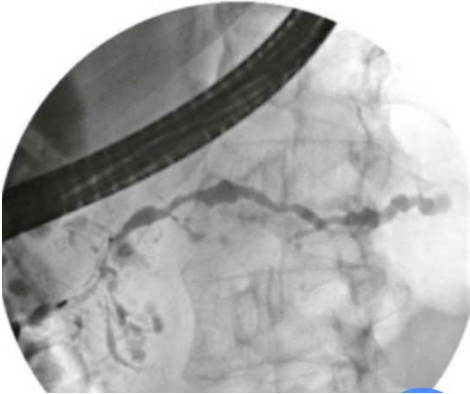
ارجاع برای laparoscopic cholecystectomy

انجام اندوسونوگرافی و تصمیم گیری بر اساس آن

ارجاع برای پیوند کبد

افزایش دوز UDCA به 600mg bd و شروع ciprofloxacin 500mg/d و پیگیری بیمار

۸۸- آقای ۳۲ ساله برای سومین مرتبه به دلیل پانکراتیت حاد بستری شده است. بیمار سابقه کولیت اولسرو دیستال تا حد سیگموئید دارد که با مزالازین خوراکی در رمیسیون کامل است. سابقه مصرف الکل و داروی دیگری را ذکر نمی‌کند. سطح سرمی کلسیم، تریگلیسرید، IgG4 و CA19-9 طبیعی است. سونوگرافی شکمی نرمال بوده، اندوسونوگرافی کیسه صفرا و مجاری صفراوی نرمال گزارش شد و پانکراس کمی بزرگ با اکوی هتروژن همراه با تنگی های خفیف مجرای پانکراس مشاهده شد. بررسی آسیب شناسی FNA از پانکراس Granulocytic epithelial lesion نشان می‌دهد. MRCP و ERCP همراه با براشینگ انجام شد که تصاویر آن را در عکسهای ۱ و ۲ مشاهده می‌کنید. گزارش آسیب‌شناسی براشینگ نرمال می‌باشد. کدام درمان مناسب است؟



گذاشتن استنت موقت در مجرای پانکراس
دیلاتاسیون تنگی PD با بالون پانکراس
شروع پردنیزولون ۴۰ میلی‌گرم روزانه
رزکسیون جراحی محل تنگی اصلی پانکراس

۸۹- آقای 30 ساله مورد UC و PSC به مدت 8 سال تحت درمان با مزالامین بوده است و تحت پیوند قرار می‌گیرد. یک سال پس از پیوند بیماری روده‌ای وی شعله ور می‌شود. پس از کنترل حمله کولیت درحال حاضر بیمار تاکرولیموس 4 میلی‌گرم و پردنیزولون 5mg و مزالامین 3 گرم در روز مصرف می‌کند. بیماری کبدی stable است. چه اقدامی توصیه می‌شود؟

مشاوره جراحی برای کولکتومی
شروع anti TNF
تبدیل تاکرولیموس به سیکلوسپورین
افزایش دوز پردنیزولون

۹۰- خانم 62 ساله‌ای با شکایت زردی بدون درد از یک ماه قبل به شما مراجعه می‌کند. سابقه جراحی کانسر کیسه صفرا را یکسال قبل می‌دهد. درمعاینه یافته‌ای ندارد و تب دار نیست. در سونوگرافی گشادی مجاری داخل کبدی و پروگزیمال CBD گزارش می‌گردد. در ERCP تنگی نامنظم 2 تا 3 سانتی متری در وسط CBD وجود داشته و مجاری صفراوی پروگزیمال به آن گشاد بوده و حاوی تعداد زیادی سنگ به اندازه های متفاوت دیده می‌شود. یافته های آزمایشگاهی به شرح زیر است:

ALT: 188 IU/L, AST: 203 IU/L, ALP: 947 IU/L, γ GT:405 IU/L, Total Bil: 7.2 mg/dl,

DBil: 6.4 mg/dl, LDH: 254 IU/L.

کدامیک از اقدامات زیر را برای بیمار انجام می‌دهید؟

دیلاتاسیون تنگی با بالن و تعبیه استنت پلاستیکی
دیلاتاسیون تنگی با بالن TTS و تعبیه استنت فلزی
دیلاتاسیون تنگی با بالن و تخلیه سنگ ها
مشاوره جراحی

۹۱- در سونوگرافی شکم خانمی 45 ساله به طور اتفاقی پولیپ کیسه صفرا به قطر 2.3 سانتی متر گزارش می‌گردد و بیمار جهت مشورت به شما مراجعه می‌کند. سابقه درد کولیکی نداشته و بقیه یافته‌های سونوگرافی نرمال هستند. در این مرحله کدامیک از اقدامات زیر مقدم است؟

CT scan توراکس شکم و لگن

ارجاع به جراح جهت کوله سیستکتومی

اندوسونوگرافی

MRCP

۹۲- حین ERCP جهت خروج سنگ CBD در بیمار 48 ساله اتساع کیستیک در مجرای صفراوی محدود به جدار دئودنوم دیده شده است. پس از اسفنکترتومی و خروج سنگ، از اپی تلیوم کیست نمونه برداری میشود که نشان دهنده بافت صفراوی بدون دیسپلازی است. برای پیگیری بعدی کدام روش مناسبتر است؟

MRCP

Endosonography

Endoscopic Bx of cyst

Tumor Markers

۹۳- بیمار آقای 49 ساله ایست مورد فاسیولا هیپاتیکا از یکی از شهرهای شمالی که با موفقیت تحت درمان قرار گرفت ایشان نگران اعضای خانواده می‌باشد بهترین اقدام کدام است؟

نیازی به اقدام بیشتری برای اعضای دیگر خانواده نیست و پیگیری از لحاظ علائم مهم است.

تست سرولوژی انجام می‌دهیم و موارد مثبت را درمان می‌کنیم.

تست بررسی مدفوعی و دیدن تخم انگل انتخابی غربالگری است.

بدون آزمایش درمان با تریکلا بندازول توصیه می‌شود.

۹۴- بیماری که تحت درمان با Rivaroxaban است نیاز به ERCP و اسفنکترتومی جهت خروج سنگ CBD دارد. آزمایش‌های بیمار به شرح زیر است:

CBC: Normal, Creatinine: Normal

حداقل زمانی که لازم است Rivaroxaban قطع شود تا بتوان ERCP را انجام داد کدام است؟

48 ساعت

96 ساعت

یک هفته

نیازی به قطع دارو نیست

۹۵- بعد از ERCP و اسفنکترتومی شایع ترین محل perforation کجاست؟

Free duodenal wall

Retroperitoneal duodenal wall

Main Pancreatic duct

Common bile duct

۹۶- مرور سیستماتیک درباره اثر مزالازین در درمان دیورتیکولیت کولون در مقایسه با پلاسبو 31.3 درصد بهبودی در برابر 29.8 درصد را نشان می‌دهد. میزان خطر نسبی 0.69 (حدود اطمینان 95 درصد بین 0.43 تا 1.09) محاسبه گردیده است. نتیجه می‌گیریم:

- حداقل 31 درصد بهبودی بیشتر با مزالازین به دست می‌آید
- حداقل 43 درصد بیماران مصرف کننده مزالازین بهتر می‌شوند
- حدود 31 درصد بیماران مصرف کننده مزالازین بهتر شدند
- حداکثر 69 درصد از بیماران مصرف کننده مزالازین بهتر می‌شوند

۹۷- بیمار آقای 60 ساله با سابقه IHD و آرتروز به دلیل دفع خون روشن از مدفوع در اورژانس بستری شده است. بیمار از ضعف خفیف شاکی است ولی علایم حیاتی وی Stable است. هموگلوبین 10g/dl می‌باشد. داروهای مصرفی وی شامل آسپرین 80 میلی گرم، هیدروکلروتیازید 50 میلی گرم و روزواستاتین 10 میلی گرم و ملوکسیکام 15 میلی گرم همه روزانه بوده. در کولونوسکوپی توتال بعمل آمده دیورتیکول های متعدد در کولون عرضی و نزولی و سیگموئید بدون علائم خونریزی و وجود خون دیده شده توصیه به این بیمار چیست؟

- قطع ملوکسیکام
- قطع آسپرین
- تبدیل ملوکسیکام به ناپروکسن
- تکرار کولونوسکوپی

۹۸- خانم 35 ساله مورد شناخته شده اسکرودرما به دلیل دوره های مکرر تهوع و استفراغ و دردهای شکمی از چند هفته قبل مراجعه می‌کند. در طی این حملات مدفوع وی نیز شل شده و تعداد دفعات اجابت مزاج افزایش می‌یابد. در حال حاضر در معاینه بالینی شکم متسع و تمپان است. در رادیوگرافی ساده شکم روده ها پر از هوا ولی سطح مایع و هوا دیده نمی‌شود. در CT انتروگرافی تمامی قوس های روده باریک متسع و بدون انسداد مکانیکال گزارش می‌شود. مناسب ترین اقدام کدام است؟

- شروع تغذیه وریدی
- شروع رژیم المنتال
- آنتی بیوتیک خواکی
- اکترئوتاید زیرجلدی

۹۹- خانم 45 ساله‌ای از بخش هماتولوژی به علت اختلال آنزیم های کبدی مشاوره می‌شود. 4 هفته قبل برای درمان AML پیوند مغز استخوان شده که یک هفته بعد از ان ایکتریک گردیده (بیلیروبین توتال 4) از 3 هفته بعد از پیوند دچار افزایش وزن و آسیت شده و بیلیروبین تا 12 افزایش یافته و پلاکت تا 38000 کاهش یافته است. آمینوترانسفرازها مختصر بالا رفته اما هیچوقت از 2 برابر بیشتر نشده اند. در سونوگرافی کبد و کیسه صفرا نرمال و در داپلر وید فوق کبدی فلو نرمال گزارش شده است. در معاینه آسیت دارد کبد کمی بزرگ و حساس است ولی پریفرال استیگماتاهای سیروز دیده نمی‌شوند.

- محتمل ترین تشخیص چیست؟
- drug-induced hepatitis
- Graft versus host disease
- Budd-Chiari syndrome
- veno-occlusive disease

۱۰۰- برای خانم ۶۷ ساله‌ای که مبتلا به کووید ۱۹ با پی سی آر مثبت بوده و همزمان استفراغ خونی داشته است؛ اندوسکوپی فوقانی انجام گردید. برای رفع آلودگی چه توصیه‌ای می‌شود؟

- برای تمیز کردن اندوسکوپ روشهای همیشگی مطابق استاندارد کفایت می‌کند.
- تخت و کف اتاق پس از رفع آلودگی از خون با آب و صابون شسته شود.
- در صورت وجود فشار منفی در اتاق اندوسکوپی برای بیمار بعدی نیاز به فاصله گذاری زمانی نیست.
- پس از انجام آندوسکوپی اولین اقدام توسط آندوسکوپيست خارج کردن اپرون و گان سراسری باشد.

اخلاق پزشکی - فوق تخصصی

۱۰۱- بیماری با علائم شبیه سرماخوردگی، به علت نگرانی از ابتلای به کرونا، درخواست انجام سی تی اسکن از ریه را دارد. با توجه به معاینات و پالس اکسی متری، از نظر پزشک، انجام سی تی اسکن ضرورتی ندارد. بهترین کاری که این پزشک می تواند بکند آن است که:

دستور انجام سی تی اسکن را بدهد تا بیمار علیه او به اتهام قصور پزشکی شکایت نکند.

دستور انجام سی تی اسکن را بدهد اما به بیمار بگوید که بیمه پول آن اسکن را نخواهد پرداخت، چون از نظر پزشکی اندیکاسیون ندارد.

دستور انجام سی تی اسکن را ندهد، اما به بیمار پیشنهاد کند که او را به پزشک دیگری ارجاع نماید تا نظر او را هم بداند.

دستور انجام سی تی اسکن را ندهد و به بیمار بگوید که باید در جای دیگری به دنبال مراقبت سلامت بگردد.

۱۰۲- خانمی 85 ساله کاملاً هوشیار جهت بیوپسی معده به بیمارستان مراجعه کرده است. نتیجه پاتولوژی کانسر متاستاتیک معده را گزارش می کند. اعضای خانواده بیمار به پزشک اصرار می کنند که به دلیل اینکه بیمار از نظر روحی فردی شکننده است و با توجه به سن بالا نباید از بیماری خود مطلع شود تا بتواند باقیمانده عمر را با آرامش سپری کند. کدام اقدام را به پزشک توصیه می کنید؟

درخواست خانواده را بپذیرد و بیمار را در جریان بیماری قرار ندهد.

از خانواده بخواهد که درخواست خود را به صورت مکتوب با امضا ارائه دهند تا در پرونده بیمار ثبت شود.

اطلاعات را بدون واسطه به بیمار ارائه کند چون اوست که باید مطلع شده و در مورد درمان تصمیم بگیرد.

پزشک ابتدا باید نظر بیمار را در مورد اطلاع وی از بیماری و جزئیات آن جویا شود و در صورت عدم تمایل بیمار، اطلاعات را با خانواده وی در میان بگذارد.

سی و چهارمین دوره آزمون دانشنامه فوق تخصصی - (سال ۱۳۹۹)

رشته: گوارش و کبد بالغین

توجه! اگر این پاسخنامه متعلق به شما نیست، مسئول جلسه را آگاه سازید. پاسخ سئوالات باید با مداد مشکی نرم و پررنگ در بنی مربوطه مطابق نمونه صحیح علامت گذاری شود. نحوه علامتگذاری: صحیح ● غلط ○

لطفاً در این مستطیل ها هیچگونه علامتی ننویسید.

۱	۵۱	۱۰۱	۱۵۱	۲۰۱	۲۵۱
۲	۵۲	۱۰۲	۱۵۲	۲۰۲	۲۵۲
۳	۵۳	۱۰۳	۱۵۳	۲۰۳	۲۵۳
۴	۵۴	۱۰۴	۱۵۴	۲۰۴	۲۵۴
۵	۵۵	۱۰۵	۱۵۵	۲۰۵	۲۵۵
۶	۵۶	۱۰۶	۱۵۶	۲۰۶	۲۵۶
۷	۵۷	۱۰۷	۱۵۷	۲۰۷	۲۵۷
۸	۵۸	۱۰۸	۱۵۸	۲۰۸	۲۵۸
۹	۵۹	۱۰۹	۱۵۹	۲۰۹	۲۵۹
۱۰	۶۰	۱۱۰	۱۶۰	۲۱۰	۲۶۰
۱۱	۶۱	۱۱۱	۱۶۱	۲۱۱	۲۶۱
۱۲	۶۲	۱۱۲	۱۶۲	۲۱۲	۲۶۲
۱۳	۶۳	۱۱۳	۱۶۳	۲۱۳	۲۶۳
۱۴	۶۴	۱۱۴	۱۶۴	۲۱۴	۲۶۴
۱۵	۶۵	۱۱۵	۱۶۵	۲۱۵	۲۶۵
۱۶	۶۶	۱۱۶	۱۶۶	۲۱۶	۲۶۶
۱۷	۶۷	۱۱۷	۱۶۷	۲۱۷	۲۶۷
۱۸	۶۸	۱۱۸	۱۶۸	۲۱۸	۲۶۸
۱۹	۶۹	۱۱۹	۱۶۹	۲۱۹	۲۶۹
۲۰	۷۰	۱۲۰	۱۷۰	۲۲۰	۲۷۰
۲۱	۷۱	۱۲۱	۱۷۱	۲۲۱	۲۷۱
۲۲	۷۲	۱۲۲	۱۷۲	۲۲۲	۲۷۲
۲۳	۷۳	۱۲۳	۱۷۳	۲۲۳	۲۷۳
۲۴	۷۴	۱۲۴	۱۷۴	۲۲۴	۲۷۴
۲۵	۷۵	۱۲۵	۱۷۵	۲۲۵	۲۷۵
۲۶	۷۶	۱۲۶	۱۷۶	۲۲۶	۲۷۶
۲۷	۷۷	۱۲۷	۱۷۷	۲۲۷	۲۷۷
۲۸	۷۸	۱۲۸	۱۷۸	۲۲۸	۲۷۸
۲۹	۷۹	۱۲۹	۱۷۹	۲۲۹	۲۷۹
۳۰	۸۰	۱۳۰	۱۸۰	۲۳۰	۲۸۰
۳۱	۸۱	۱۳۱	۱۸۱	۲۳۱	۲۸۱
۳۲	۸۲	۱۳۲	۱۸۲	۲۳۲	۲۸۲
۳۳	۸۳	۱۳۳	۱۸۳	۲۳۳	۲۸۳
۳۴	۸۴	۱۳۴	۱۸۴	۲۳۴	۲۸۴
۳۵	۸۵	۱۳۵	۱۸۵	۲۳۵	۲۸۵
۳۶	۸۶	۱۳۶	۱۸۶	۲۳۶	۲۸۶
۳۷	۸۷	۱۳۷	۱۸۷	۲۳۷	۲۸۷
۳۸	۸۸	۱۳۸	۱۸۸	۲۳۸	۲۸۸
۳۹	۸۹	۱۳۹	۱۸۹	۲۳۹	۲۸۹
۴۰	۹۰	۱۴۰	۱۹۰	۲۴۰	۲۹۰
۴۱	۹۱	۱۴۱	۱۹۱	۲۴۱	۲۹۱
۴۲	۹۲	۱۴۲	۱۹۲	۲۴۲	۲۹۲
۴۳	۹۳	۱۴۳	۱۹۳	۲۴۳	۲۹۳
۴۴	۹۴	۱۴۴	۱۹۴	۲۴۴	۲۹۴
۴۵	۹۵	۱۴۵	۱۹۵	۲۴۵	۲۹۵
۴۶	۹۶	۱۴۶	۱۹۶	۲۴۶	۲۹۶
۴۷	۹۷	۱۴۷	۱۹۷	۲۴۷	۲۹۷
۴۸	۹۸	۱۴۸	۱۹۸	۲۴۸	۲۹۸
۴۹	۹۹	۱۴۹	۱۹۹	۲۴۹	۲۹۹
۵۰	۱۰۰	۱۵۰	۲۰۰	۲۵۰	۳۰۰