

مجموعه سوالات تفکیکی دندانپزشکی DDQ تدابیر دندانپزشکی در بیماران سیستمیک فالاس ۲۰۱۸

گردآوری و تألیف:

دکتر کوثر رضائی فر

(متخصص بیماری‌های دهان، فک و صورت)

دکتر گلاره فروزانی

(عضو هیات علمی بیماری‌های دهان، فک و صورت دانشکده دندانپزشکی ارتش)

سرشناسه	: رضایی، فر، کوثر، ۱۳۶۸-
عنوان و نام پدیدآور	: مجموعه سوالات تفکیکی دندانپزشکی DDQ : تدابیر دندانپزشکی در بیماران سیستمیک فالاس ۲۰۱۸ / گردآوری و تألیف کوثر رضایی، فر، گلاره فروزانی.
مشخصات نشر	: تهران : شایان نمودار ، ۱۴۰۰.
مشخصات ظاهری	: ۳۵۲ ص.
شابک	: ۹۷۸-۹۶۴-۳۳۷-۶۴۵-۲
وضعیت فهرست نویسی	: فیبا
یادداشت	: سوالات کتاب حاضر بر گرفته از کتاب [Little and Falace's dental management of the medically compromised patient, 9th ed, 2018] تألیف جیمز دلبیو. لیتل، کریگاس. میلر، نلسون ال. رودوس است.
موضوع	: بیماران -- درمان دندان -- آزمون‌ها و تمرین‌ها -- Examinations, questions, etc -- Sick -- Dental care -- بیماران مزمن -- درمان دندان -- آزمون‌ها و تمرین‌ها -- Examinations, questions, etc -- Chronically ill -- بیماری‌ها -- تظاهرات دهانی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها -- Examinations, questions, etc -- Oral manifestations of general diseases.
شناسه افزوده	: فروزانی، گلاره
شناسه افزوده	: لیتل، جیمز دلبیو، ۱۹۳۴- م.
شناسه افزوده	: Little, James W.
شناسه افزوده	: میلر، کریگ اس.
شناسه افزوده	: Miller, Craig S.
شناسه افزوده	: رودوس، نلسون ال.
شناسه افزوده	: Rhodus, Nelson L.
رده بندی کنگره	: RK۵۵
رده بندی دیویی	: ۶۱۷/۶۰۰۷۶
شماره کتابشناسی ملی	: ۸۵۵۶۸۲۹

نام کتاب: مجموعه سوالات تفکیکی دندانپزشکی DDQ تدابیر دندانپزشکی در بیماران سیستمیک فالاس ۲۰۱۸

گردآوری و تألیف: دکتر کوثر رضایی، فر، دکتر گلاره فروزانی

ناشر: انتشارات شایان نمودار

مدیر تولید: مهندس علی خزعلی

حروف چینی و صفحه آرایی: انتشارات شایان نمودار

طرح جلد: آتلیه طراحی شایان نمودار

نوبت چاپ: اول

شمارگان: ۱۰۰۰ جلد

تاریخ چاپ: پاییز ۱۴۰۰

شابک: ۹۷۸-۹۶۴-۳۳۷-۶۴۵-۲

قیمت: ۱،۴۰۰،۰۰۰ ریال



شایان نمودار

دفتر مرکزی: تهران / میدان فاطمی / خیابان چهلستون / خیابان دوم / پلاک ۵۰ / بلوک B / طبقه همکف / تلفن: ۸۸۹۸۸۸۶۸



وب سایت: shayannemoodar.com



اینستاگرام: Shayannemoodar

(تمام حقوق برای ناشر محفوظ است. هیچ بخشی از این کتاب، بدون اجازه مکتوب ناشر، قابل تکثیر یا تولید مجدد به هیچ شکلی، از جمله چاپ،

فتوکپی، انتشار الکترونیکی، فیلم و صدا نیست. این اثر تحت پوشش قانون حمایت از مولفان و مصنفان ایران قرار دارد.)

" و بگو: پروردگارا مرا دانش افزای " **سوره طه، آیه ۱۱۴**

آنچه که پیش رو دارید مجموعه‌ای از ۸۹۱ سوال تالیفی کتاب تدابیر دندانپزشکی در بیماران سیستمیک (فالاس ۲۰۱۸) می‌باشد. این کتاب در بر دارنده تمامی فصول کتاب فالاس بوده و جهت یادگیری بیشتر دانشجویان، علاقه مندان به شرکت در آزمون دستیاری و دستیاران محترم رشته بیماری‌های دهان، فک و صورت تالیف گردیده است. از آنجایی که بر اساس منابع اعلام شده از سوی وزارتخانه، در آزمون دستیاری تمرکز بر تدابیر دندانپزشکی می‌باشد، در این کتاب جهت رفاه حال دانشجویان و سهولت کار، سوالات تدابیر دندانپزشکی هر فصل به تفکیک ارائه شده اند.

ضمناً بر خود لازم دانستیم از مدیر محترم و کلیه‌ی دست‌اندرکاران انتشارات شایان نمودار که ما را در این مهم یاری نموده اند، تشکر و قدر دانی کنیم. قطع به یقین در این کتاب با کاستی‌ها و ایراداتی رو به رو خواهید شد، لذا از شما خوانندگان عزیز تقاضا نمودیم نظرات ارزشمند خود را به ما منتقل نمایید. به امید کامیابی و موفقیت همه دانشجویان و دستیاران عزیز.

دکتر کوثر رضائی فر

دکتر گلاره فروزانی

Kosar.rezaeifar@gmail.com

فهرست مندرجات

پاسخنامه

۱۳۹.....	فصل اول.....
۱۴۳.....	فصل دوم.....
۱۴۹.....	فصل سوم.....
۱۵۵.....	فصل چهارم.....
۱۶۰.....	فصل پنجم.....
۱۶۶.....	فصل ششم.....
۱۷۰.....	فصل هفتم.....
۱۷۴.....	فصل هشتم.....
۱۷۷.....	فصل نهم.....
۱۸۰.....	فصل دهم.....
۱۸۶.....	فصل یازدهم.....
۱۹۲.....	فصل دوازدهم.....
۱۹۸.....	فصل سیزدهم.....
۲۰۴.....	فصل چهاردهم.....
۲۱۷.....	فصل پانزدهم.....
۲۲۰.....	فصل شانزدهم.....
۲۳۲.....	فصل هفدهم.....
۲۴۱.....	فصل هجدهم.....
۲۴۹.....	فصل نوزدهم.....
۲۵۷.....	فصل بیستم.....
۲۷۱.....	فصل بیست و یکم.....
۲۷۷.....	فصل بیست و دوم.....
۲۸۲.....	فصل بیست و سوم.....
۲۹۱.....	فصل بیست و چهارم.....
۳۰۱.....	فصل بیست و پنجم.....
۳۰۹.....	فصل بیست و ششم.....
۳۲۱.....	فصل بیست و هفتم.....
۳۳۳.....	فصل بیست و هشتم.....
۳۳۹.....	فصل بیست و نهم.....
۳۴۶.....	فصل سیام.....

سوالات

۵.....	فصل اول (۲۰ سوال).....
۸.....	فصل دوم (۲۵ سوال).....
۱۲.....	فصل سوم (۲۲ سوال).....
۱۶.....	فصل چهارم (۲۹ سوال).....
۲۰.....	فصل پنجم (۲۴ سوال).....
۲۴.....	فصل ششم (۱۶ سوال).....
۲۷.....	فصل هفتم (۲۷ سوال).....
۳۱.....	فصل هشتم (۱۴ سوال).....
۳۳.....	فصل نهم (۲۴ سوال).....
۳۷.....	فصل دهم (۴۲ سوال).....
۴۳.....	فصل یازدهم (۵۴ سوال).....
۵۰.....	فصل دوازدهم (۲۷ سوال).....
۵۴.....	فصل سیزدهم (۲۹ سوال).....
۵۸.....	فصل چهاردهم (۳۴ سوال).....
۶۳.....	فصل پانزدهم (۱۵ سوال).....
۶۶.....	فصل شانزدهم (۴۱ سوال).....
۷۲.....	فصل هفدهم (۲۸ سوال).....
۷۶.....	فصل هجدهم (۲۲ سوال).....
۷۹.....	فصل نوزدهم (۲۴ سوال).....
۸۲.....	فصل بیستم (۵۲ سوال).....
۹۰.....	فصل بیست و یکم (۲۱ سوال).....
۹۳.....	فصل بیست و دوم (۲۰ سوال).....
۹۶.....	فصل بیست و سوم (۵۰ سوال).....
۱۰۳.....	فصل بیست و چهارم (۳۱ سوال).....
۱۰۸.....	فصل بیست و پنجم (۲۶ سوال).....
۱۱۲.....	فصل بیست و ششم (۳۸ سوال).....
۱۱۸.....	فصل بیست و هفتم (۴۸ سوال).....
۱۲۵.....	فصل بیست و هشتم (۱۷ سوال).....
۱۲۸.....	فصل بیست و نهم (۳۸ سوال).....
۱۳۴.....	فصل سیام (۳۳ سوال).....

فصل اول: ارزیابی بیمار و بر آورد خطر

۱- کدام مورد در پروتکل کاهش استرس عمومی صحیح می باشد؟

- (الف) ملاقات کوتاه ترجیحا هنگام عصر
(ب) بنزوکائین کوتاه اثر دو ساعت قبل از ملاقات
(ج) استفاده از بی حسی توپیکال قبل از تزریق
(د) تماس با بیمار فردای روز انجام پروسه دندانپزشکی

۲- در کدام بیماری باید به خونریزی خود به خود از بینی، سردرد، تغییرات بینایی توجه کرد؟

- (الف) تب رماتیسمی
(ب) بیماری مادرزادی
(ج) هایپرنتشن
(د) پرولاپس دریچه میترال

۳- برای کدام بیماری نیاز به پروفیلاکسی آنتی بیوتیک برای اعمال دندانپزشکی می باشد؟

- (الف) پرولاپس دریچه میترال با برگشت خون
(ب) تب رماتیسمی
(ج) همه بیماری های مادرزادی قلب
(د) بیماری سیانوتیک پیچیده مادرزادی

۴- تمام موارد زیر از عوامل مستعد کننده آریتمی هستند به جز:

- (الف) استرس
(ب) فعالیت ذهنی
(ج) فعالیت جسمی
(د) هیپوکسی

۵- کدام گزینه عارضه جانبی داروی دی فنیل هیدانتوئین (Dilantin) است؟

- (الف) رشد بیش از حد لثه
(ب) کاهش بزاق
(ج) خشکی دهان
(د) سوزش دهان

۶- در تمام موارد امکان مشاهده ترمیم زخم تاخیر یافته وجود دارد به جز:

- (الف) آنمی
(ب) لوسمی
(ج) لنفوما
(د) هموفیلی

۷- کدام یک از علائم زیر معمولا تنها به علت آلرژی نیست و بیشتر نمای عدم تحمل دارویی یا واکنش های

روانی است؟

- (الف) تپش قلب
(ب) آنژیوادم
(ج) خس خس کردن
(د) راش

۸- کدام بیماری ممکن است در معرض ریسک افزایش یافته برای ابتلا به لنفوما قرار بگیرد؟

الف استئوآرتریت (ب) سندرم شوگرن (ج) روماتوئید آرتریت (د) هیپوتیروئیدیسم

۹- استفاده همزمان تنگ کننده‌های عروقی با کدام دارو فرد را مستعد آریتمی می‌کند؟

الف (اریترومایسین (ب) کلاریترومایسین (ج) دیگوکسین (د) دیلانناتین

۱۰- کدام گزینه در مورد (METs) «ظرفیت فانکشنال» صحیح است؟

الف) MET نشان دهنده نصف میزان اکسیژن مصرفی بدن است.

ب) توانایی بیمار برای انجام فعالیت هفتگی با سطح ظرفیت متابولیکی تعیین می‌شود.

ج) در افراد با MET کمتر از ۴ خطر بروز وقایع قلبی عروقی افزایش می‌یابد.

د) فعالیت‌هایی مثل شنا و تنیس نیاز به MET ۴ دارند.

۱۱- کدام یک از علائم حیاتی زمانی که به عفونت یا درگیری سیستمیک مشکوک می‌شوند، ثبت می‌شود؟

الف) فشار خون (ب) نبض (ج) سرعت تنفس (د) درجه حرارت

۱۲- تمام موارد در مورد لمس شریان کاروتید به عنوان روش استاندارد برای بررسی تعداد نبض صحیح است

به جز:

الف) شریان بزرگ و مرکزی است.

ب) نبض کاروتید را می‌توان در امتداد خلفی لبه عضله استرنوکلیدو ماستوئید لمس کرد.

ج) خونرسانی مغز را تأمین می‌کند.

د) با اندکی جا به جایی خلفی عضله SCM می‌توان نبض را با انگشت اول و میانی لمس نمود.

۱۳- کدام گزینه می‌تواند نشان دهنده شوک در بیمار باشد؟

الف) اگر تعداد نبض بیش از ۱۰۰ ضربان در دقیقه باشد.

ب) اگر تعداد تنفس بیشتر از ۱۶ تنفس در دقیقه باشد.

ج) در بیمار غیر هوشیار که فشارش از ۱۱۰/۶۵ به ۹۰/۵۰ میلی متر جیوه برسد.

د) در بیمار غیر هوشیار که فشارش از ۱۸۰/۱۱۰ در حالت عادی به ۹۰/۵۰ میلی متر جیوه برسد.

۱۴- کدام علامت در بیمار دچار هایپرونتیلیسیون صحیح نمی‌باشد؟

الف) بی‌حسی اطراف دهان (ب) تهوع (ج) تنفس کوتاه (د) اسپاسم در پا

۱۵- در کدام مورد نیازی به ثبت درجه حرارت بدن نیست؟

- الف) ضایعات روتین دندانپزشکی
 ب) عفونت مخاطی
 ج) آبرسه دندانی
 د) تب

۱۶- افزایش وزن می تواند نشان دهنده تمام موارد زیر باشد به جز:

- الف) هیپوتیروئیدیسم
 ب) سل
 ج) نئوپلاسم
 د) نارسایی قلب

۱۷- بیمار با فشار دیاستولیک ۸۵ در کدام طبقه بندی فشار خون قرار می گیرد؟

- الف) stage 2 hypertension
 ب) stage 1 hypertension
 ج) prehypertension
 د) Normal

۱۸- بیمار سیگاری با آسم خفیف در کدام طبقه بندی ASA قرار می گیرد؟

- الف) ASA II
 ب) ASA I
 ج) ASA III
 د) ASA IV

۱۹- تمام موارد زیر جزو ASA III محسوب می شوند به جز:

- الف) دیابت با کنترل ضعیف
 ب) بیماری کلیوی با انجام منظم همودیالیز
 ج) ضربان ساز کاشتنی
 د) MI حاد

۲۰- کدام گزینه در مورد پروتکل کاهش استرس صحیح است؟

- الف) ملاقات های دیر هنگام بهتر از ملاقات های کوتاه صبحگاهی تحمل می شود.
 ب) علاوه بر مصرف داروهای خوراکی ضد اضطراب، استفاده از نیتروز اکساید- اکسیژن استنشاقی برای آرام بخشی بیشتر ممکن است در نظر گرفته شود.
 ج) برای اثر بخشی بیشتر ضد دردها را می توان بلافاصله بعد از عمل شروع نمود.
 د) در بیماران تحت آرام بخشی با داروهای خوراکی نیازی به مونیتورینگ حین عمل با پالپ اکسیمتری نیست.

فصل دوم: اندوکاردیت عفونی

۱- تمام موارد زیر اساس طبقه بندی امروزه ی اندوکاردیت عفونی است به جز:

- (الف) نوع دریچه عفونی شده
(ب) دوره علایم قبل از تشخیص
(ج) منبع عفونت
(د) میکروارگانسیم‌های عامل

۲- کدام گزینه در مورد شیوع و علت اندوکاردیت عفونی صحیح است؟

- (الف) در افراد مسن و زنان شایع تر است.
(ب) بیشتر موارد IE ناشی از قارچ است.
(ج) در مردان جوان شایع تر است.
(د) منشا چند میکروبی در IE صادق است.

۳- در حال حاضر شایع ترین شرایط زمینه ای در بین بیمارانی که IE می‌گیرند کدام است؟

- (الف) پرولاپس دریچه میترال (MVP)
(ب) بیماری روماتیسم قلبی (RHD)
(ج) بیماری دریچه آئورت
(د) بیماری مادرزادی قلب

۴- شایع ترین پاتوژن در IE مرتبط با استفاده از داروی داخل وریدی (IVDUs) چیست؟

- (الف) استرپتوکوک ویریدنس
(ب) انتروکوک
(ج) استافیلوکوک اورئوس
(د) سودوموناس آئروژینوزا

۵- در IE دریچه طبیعی (NVE) کدام شایع ترین ارگانسیم عامل است؟

- (الف) استافیلوکوک اورئوس
(ب) انتروکوک
(ج) استرپتوکوک
(د) هموفیلوس

۶- در تمام موارد زیر استافیلوکوک اورئوس شایع ترین پاتوژن است به جز:

- (الف) اندوکاردیت عفونی حاد
(ب) IE مرتبط با کاتترهای جایگذاری شده
(ج) IE مرتبط با استفاده از داروی داخل وریدی (IVDUs)
(د) مراحل آخر اندوکاردیت دریچه مصنوعی (PVE)

۷- کدام میکروارگانیزم جزو اصلی فلور نرمال دهان و مجرای گوارشی است؟

- الف) انتروکوک
 ب) استرپتوکوک ویریدنس
 ج) استافیلوکوک اورئوس
 د) سودوموناس آئروژینوزا

۸- در مکانیسم ایجاد IE چه شرایطی موجب کاهش اثر بخشی آنتی بیوتیک‌ها می‌شود؟

- الف) افزایش تعداد باکتری‌ها در روند تکثیر
 ب) افزایش فعالیت متابولیک باکتری‌ها
 ج) تشبیت روند تکثیر باکتری‌ها
 د) رسوب پلاکت و فیبرین

۹- نارسایی قلبی ناشی از نقص شدید در عملکرد دریچه ای به دنبال IE به طور شایع تر موجب درگیری تمام دریچه‌های زیر می‌شود به جز:

- الف) دریچه دو لتی
 ب) دریچه سه لتی
 ج) دریچه آئورت
 د) دریچه میترال

۱۰- در مورد آمبولی ایجاد شده متعاقب اندوکاردیت عفونی کدام مورد صحیح است؟

- الف) آمبولی ریه معمولا دارای ماهیت غیر عفونی است.
 ب) آنتی بیوتیک تراپی در کاهش بروز حوادث آمبولیک تاثیری ندارد.
 ج) آسبه‌های متاستاتیک مرکزی به دنبال آمبولیسم شریان‌های کرونری اتفاق می‌افتد.
 د) به دنبال باکتری می‌مداوم و شکستن قطعات وژتان آمبولی ایجاد میشود.

۱۱- در تمام موارد زیر تب به دنبال IE ممکن است ظاهر نشود به جز:

- الف) سالخوردگان
 ب) بیماران با مشکلات تنفسی
 ج) بیماران با نارسایی قلبی
 د) بیماران با نارسایی کلیوی

۱۲- کدام مورد در خصوص تظاهرات محیطی اندوکاردیت صحیح بیان شده است؟

- الف) هموراژی‌های spinder در شبکیه با مرکز روشن و بیضی شکل هستند.
 ب) ضایعات Janeway نواحی اریتماتوز و خونریزی دهنده بزرگ به صورت ماکولهای حساس در کف دست و پا هستند.
 ج) ندول‌های osler، حساس و کوچک، و زیر مخاطی در نرمة انگشتان هستند.
 د) Roth spots هموراژی‌های در بستر ناخن‌ها هستند.

۱۳- تظاهرات محیطی اندوکاردیت عفونی در دهان کدام ناحیه را درگیر می‌کند؟

- الف) مخاط باکال
 ب) مخاط لب
 ج) کام نرم
 د) کام سخت

۱۴- کدام مورد جزو معیار مازور دوک برای تشخیص IE است؟

- الف) پدیده ایمونولوژیک
ب) رگور تاسیون در یچه ای جدید
ج) حوادث آمبولیک
د) تب

۱۵- کدام تست آزمایشگاهی برای تشخیص و درمان IE پایه ای و اختصاصی است؟

- الف) پنل الکترولیت‌ها
ب) کشت خون
ج) رادیوگرافی قفسه سینه
د) شمارش کامل خونی با افتراق (CBC diff)

۱۶- تمام موارد زیر جزو پیش آگهی ضعیف IE است به جز:

- الف) وژتاسیون قابل رویت
ب) غلظت آلبومین سرم
ج) شمارش غیر طبیعی RBC
د) وجود دو معیار بزرگ (ماژور) دوک

۱۷- در بیماریانی با اندوکاردیت که تحمل دریافت سفتریاکسون را ندارند موثرترین جایگزین کدام است؟

- الف) پنی سیلین
ب) آموکسی سیلین
ج) ونکومایسین
د) کلیندامایسین

۱۸- تمام آنتی بیوتیک‌های زیر در بیمار دچار اندوکاردیت همراه با مشکل کلیوی، نیاز به دوز ادجاستمنت ندارند به جز:

- الف) نفیسیلین
ب) ریفامایسین
ج) سفتریاکسون
د) جنتامایسین

۱۹- به دنبال کدام یک از اعمال دندانپزشکی زیر احتمال باکتری می بیشتر از بقیه موارد است؟

- الف) جراحی پرپودنتال
ب) پروسه‌های اندودنتیک
ج) جرم گیری
د) بستن رابردم

تدابیر دندانپزشکی

۲۰- کدام یک از اعمال دندانپزشکی زیر در بیماران دچار اندوکاردیت نیازمند پروفیلاکسی آنتی بیوتیک است؟

- الف) خونریزی ناشی از تروما به لب
ب) تزریق بی‌حسی در بافت غیر عفونی
ج) اندوکاردیت عفونی قلبی
د) قرار دادن دستگاه‌های متحرک پروتز

۲۱- در بیمار اندوکاردیت که نیازمند درمان‌های روتین دندانپزشکی است، کدام گزینه در مورد پروفیلاکسی با آنتی بیوتیک صحیح است؟

- الف) یک دوز منفرد ۳۰ تا ۶۰ دقیقه قبل از پروسه، تجویز شود.
ب) اگر قبل از کار آنتی بیوتیک تجویز نشود، تا ۶ ساعت پس از کار می‌توان دوز را تجویز نمود.

ج) اگر جراحی بیشتر از ۲ ساعت طول کشید یک دوز ۲ گرمی اضافه آموکسی سیلین باید تجویز شود.
 د) یک پیک غلظت پلاسمایی حدود ۲ ساعت بعد از تجویز خوراکی یک دوز ۵۰۰ mg آموکسی سیلین پدید می‌آید.

۲۲- احتمال ریسک عفونت در کدام یک از دستگاه‌های قلبی عروقی غیر دریچه ای بیشتر است؟

الف) Pacemaker ب) Defibrillators

ج) left ventricular assist devices د) patches

۲۳- از بین میکروارگانیزم‌های مسبب عفونت کاتترهای داخل وریدی یا کاتترهای داخل شریانی کدام یک ساکن طبیعی حفره دهان است؟

الف) استافیلوکوک اورئوس ب) کلبسیلاپنومونیا

ج) استافیلوکوک کوآگولاز منفی د) کاندیدا

۲۴- پروفیلاکسی آنتی بیوتیک برای اندوکاردیت عفونی در کدام یک از بیماران زیر شاید منطقی باشد؟

الف) پیوند bypass شریان کرونری ب) بیماران دارای قلب پیوندی

ج) پرولاپس دریچه میترال د) روماتیسم قلبی

۲۵- کدام یک از موارد زیر در مورد باکتری می و اعمال دندانپزشکی صحیح است؟

الف) باکتری می ناشی از اعمال دندانپزشکی بیشتر و یا مشابه با باکتری می حاصل از اعمال روزمره معمول است.

ب) خونریزی مشهود در حین یک عمل دندانپزشکی پیشگویی کننده قابل اطمینانی در مورد باکتری می است.

ج) در بیماران با بهداشت ضعیف دهانی تکرار کشت‌های مثبت خون بلافاصله قبل از کشیدن دندان، مشابه بعد از کشیدن دندان است.

د) درمان با آموکسی سیلین در کاهش بروز و مدت باکتری می موثر نیست.

۲۵- گزینه الف / (صفحه ۴۷۸)

لنف نودها بزرگ شده، در لمس غیر دردناکند و قوام firm (سفت دارند) هم چنین در لمس لنف نودها قوام لاستیکی احساس می‌شود.

۲۶- گزینه ج / (صفحه ۴۷۸)

PET (توموگرافی با انتشار پوزیترون) در مقایسه با CT یا اسکن گالیوم هم برای Staging و هم برای ارزیابی توده‌های باقیمانده پس از درمان حساس تر و اختصاصی تر است ولی بهبودی نتایج برای staging اثبات نشده است پس کاربرد اصلی PET ارزیابی توده‌های باقیمانده پس از درمان می‌باشد.

۲۷- گزینه ب / (صفحه ۴۷۸)

میزان بقای ضعیف تر مرتبط است با: سلولاریته مختلط، انواع تپی از لنفوسیت، جنس مذکر، حضور علائم B، تعداد زیاد گره‌های درگیر و بیماری توام با Bulky disease

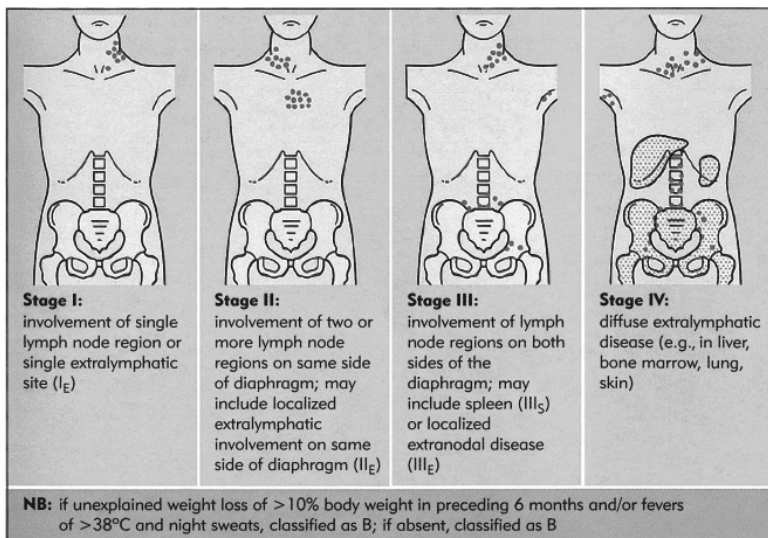
۲۸- گزینه ج / (صفحه ۴۷۹)

بیماری قلبی دریچه‌ای و بیماری شریان کرونری به عنوان عوارض دیررس رادیوتراپی به قفسه سینه گزارش شده اند.

۲۹- گزینه الف / (صفحه ۴۷۹)

لوسمی حاد از عوارض درمان HL می‌باشد.

۳۰- گزینه ج / (شکل ۷-۲۳)



۳۱- گزینه ب / (صفحه ۴۸۰)

التهاب دائم ناشی از عفونت هلیکوباکتریلوری در معده با لنفوم گاستریک ارتباط دارد.

۳۲- گزینه ج / (صفحه ۴۸۰)

B.symptom نشانگر دوره کلینیکی تهاجمی تر است.

۳۳- گزینه ج / (جدول ۶-۲۳)

TABLE 23.6 Comparison of Hodgkin and Non-Hodgkin Lymphomas

Parameter	Hodgkin Lymphoma	Non-Hodgkin Lymphoma
Cellular derivation site	B cell	>80% B cell, 10%-19% T cell or NK cell
Localized	Common	Uncommon
Waldeyer ring	Rarely involved	Commonly involved
Extranodal	Uncommon	Common
Abdominal (mesenteric nodes)	Uncommon	Common
Mediastinal	Common	Uncommon
Bone marrow	Uncommon	Common
"B" symptoms (fever, night sweats, weight loss)	Common	Uncommon
Curability	>75%	<25%

NK, Natural killer.

Data from Armitage JO, Longo DL: Malignancies of lymphoid cells. In Kasper DL, et al, editors: *Harrison's principles of internal medicine*, ed 16, New York, 2005, McGraw-Hill.

۳۴- گزینه ج / (صفحه ۴۸۱)

یافته‌های ناشی از زخم‌های دهانی عمیق آتش فشانی و تب می‌باشد. حضور این اینورمالیتهای صورتی-دهانی به ارزیابی سریع توسط بیوپسی با استفاده از نیدل و تکنیک‌های اینسیژنال یا اکیژنال نیاز دارد. دوز رادیاسیون مورد نیاز برای استئونکروز ۵۰ Gy می‌باشد. در مبتلایان به لنفوم به ندرت تابش رادیاسیون سبب استئونکروز می‌شود اما ممکن است آن‌ها را مستعد زروستومیا کند بیمارانی که بیش از ۲۵ Gy اشعه می‌گیرند مستعد زروستومیا هستند.

۳۵- گزینه د / (صفحه ۴۸۲)

لنفوم بورکیت نوع اندمیک در کودکان ۷ ساله شیوع دارد و نوع اسپورادیک در کودکان بزرگتر تا بالغین ۳۰ ساله رخ می‌دهد. لنفوم بورکیت در مردان شایع تر می‌باشد.

۳۶- گزینه ب / (صفحه ۴۸۲)

ضایعات فکی استئولیتیک با مارجین‌های نامشخص و جا به جایی دندانی (دندان شناور) در پشت آخرین مولر مندیبل نمای رادیوگرافی معمولاً لنفوم بورکیت اندمیک می‌باشد.

۳۷- گزینه الف / (صفحه ۴۸۴)

عفونت علت اولیه مرگ در MM و نارسایی کلیه دومین علت شایع مرگ در این بیماران است.

۳۸- گزینه ج / (صفحه ۴۸۳)

پنومونی و پیلونفریت به دلیل کاهش گاماگلوبولین در خون رخ می‌دهد. سردرد و نوورپاتی محیطی مرتبط با هایپرکلسمی می‌باشد. برجسته ترین ویژگی نمای MM را می‌توان در رادیوگرافی مشاهده کرد که ضایعات متعدد punched out یا نواحی بید خورده (mottled area) را ایجاد می‌کند. شایع ترین نواحی درگیر در طول ستون مهره ها، دنده‌ها و جناغ می‌باشد.

۳۹- گزینه د / (صفحه ۴۸۴)

یافته‌های آزمایشگاهی مرتبط با MM عبارتند از: افزایش کلسیم سرم، افزایش ایمونوگلوبین‌های خون، وجود زنجیره سبک ایمونوگلوبولین غیر طبیعی در ادرار، آنمی نرموسیتیک-نوموکروم، نوتروپنی و ترومبوسیتوپنی. شایع ترین ایمونوگلوبولین یافت شده IgG و بعد از آن IgA و IgM است.

۴۰- گزینه ج / (صفحه ۴۸۴)

سطح پایین آلبومین سرم و سطح افزایش یافته B_۲ میکروگلوبولین نشانگر پروگنوز ضعیف تر هستند.

۴۱- گزینه د / (صفحه ۴۸۵)

رادیوتراپی به عنوان درمان تسکینی به کار می‌رود.

۴۲- گزینه ب / (صفحه ۴۸۶)

تومورهای اکسترامدولاری پلاسماسل ممکن است در ناحیه اوروفارنکس دیده شوند. در نتیجه گاهی اوقات MM در بافت نرم دهان مثل زبان به صورت متورم و دردناک دیده می‌شود. که به علت پروتئین‌های شبه آمیلوئید می‌باشد. برای تشخیص می‌توان از بیوپسی و رنگ آمیزی‌های اختصاصی آمیلوئید استفاده کرد.

۴۳- گزینه ب / (صفحه ۴۸۷ و باکس ۲-۲۳)

در صورت بیشتر بودن عمق پاکت پیرودنتال از ۵ میلی متر، وجود التهاب پری اپیکال دندان بدون فانکشن و یا نیمه روییده و یا عدم رعایت روش‌های بهداشت دهان توسط بیمار، کشیدن دندان باید مد نظر قرار گیرد.

کشیدن دندان باید حداقل ۱۴-۱۰ روز (ترجیحاً ۳ هفته) قبل از شروع شیمی درمانی و رادیوتراپی انجام گیرد. در صورت کمتر بودن پلاکت از ۵۰۰۰۰ از انجام کارهای تهاجمی بایستی اجتناب شود. دندانپزشک باید در خصوص پروفیلاکسی آنتی بیوتیک، رژیم و دوز ضد میکروبی مناسب در بیماران با ANC مساوی یا بیشتر از ۱۰۰۰ مشورت کند.

BOX 23.2 Dental Management of Patients With Leukemia and Lymphoma																											
<p>P Patient Evaluation and Risk Assessment (see Box 1.1)</p> <ul style="list-style-type: none"> Evaluate and determine whether leukemia or lymphoma exists. Obtain medical consultation if undiagnosed, poorly controlled, or if uncertain. <p>Potential Issues and Factors of Concern</p> <p style="text-align: center;">A</p> <table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;">Analgesics</td> <td>No issues For MM patients with renal dysfunction: (1) use caution with acetaminophen, aspirin, and narcotics and (2) avoid NSAIDs.</td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">Antimicrobials</td> <td>Antibiotic sensitivity testing should be done for oral infections; infections should be treated in a conservative manner with heat, the indicated antibiotic, and strong analgesics for pain. Chlorhexidine rinse may be helpful to promote healing of mucositis. Provide antifungal medications for oral candidiasis. Consult physician regarding need for antibiotics when invasive procedures are planned for patients who have an ANC of <1000 μL.</td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">Anesthesia</td> <td>Mucositis is painful and requires management with bland mouth rinses, antihistamine solutions, and topical anesthetic gel such as Orabase.</td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">Anxiety</td> <td>No issues</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">B</p> <table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;">Bleeding</td> <td>If the platelet count is less than 50,000/μL, platelet transfusion may be needed before certain invasive and surgical procedures. Confirm by medical consultation.</td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">Breathing</td> <td>For patients with MM, assess for macroglossia and risk of airway obstruction.</td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">Blood pressure</td> <td>No issues</td> </tr> </table>	Analgesics	No issues For MM patients with renal dysfunction: (1) use caution with acetaminophen, aspirin, and narcotics and (2) avoid NSAIDs.	Antimicrobials	Antibiotic sensitivity testing should be done for oral infections; infections should be treated in a conservative manner with heat, the indicated antibiotic, and strong analgesics for pain. Chlorhexidine rinse may be helpful to promote healing of mucositis. Provide antifungal medications for oral candidiasis. Consult physician regarding need for antibiotics when invasive procedures are planned for patients who have an ANC of <1000 μ L.	Anesthesia	Mucositis is painful and requires management with bland mouth rinses, antihistamine solutions, and topical anesthetic gel such as Orabase.	Anxiety	No issues	Bleeding	If the platelet count is less than 50,000/ μ L, platelet transfusion may be needed before certain invasive and surgical procedures. Confirm by medical consultation.	Breathing	For patients with MM, assess for macroglossia and risk of airway obstruction.	Blood pressure	No issues	<p style="text-align: center;">C</p> <table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;">Chair position</td> <td>For patients with MM who have macroglossia, avoid supine positioning to minimize risk of airway obstruction.</td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">Cardiovascular</td> <td>Radiation and chemotherapeutic agents can cause cardiac damage to the myocardium, valves, and coronary arteries. They also can be associated with serious cardiac arrhythmias. Consult with patient's physician to determine if there is cardiac damage and take appropriate action to avoid complications.</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">D</p> <table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;">Drugs</td> <td>A few patients on chemotherapy may complain of paresthesias; those receiving cyclosporine (for bone marrow transplantation) may develop gingival hyperplasia. Patients may develop oral pigmentation secondary to drugs used to manage systemic condition.</td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">Devices</td> <td>No issues</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">E</p> <table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;">Emergencies</td> <td>For patients with MM, possible airway obstruction secondary to macroglossia may occur.</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">F</p> <table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;">Follow-up</td> <td>Follow-up evaluation during hospitalization to ensure oral health and minimize the discomfort of mucositis is recommended. After hospitalization, routine follow-up is recommended pending determination of medical stability in consultation with patient's physician.</td> </tr> </table>	Chair position	For patients with MM who have macroglossia, avoid supine positioning to minimize risk of airway obstruction.	Cardiovascular	Radiation and chemotherapeutic agents can cause cardiac damage to the myocardium, valves, and coronary arteries. They also can be associated with serious cardiac arrhythmias. Consult with patient's physician to determine if there is cardiac damage and take appropriate action to avoid complications.	Drugs	A few patients on chemotherapy may complain of paresthesias; those receiving cyclosporine (for bone marrow transplantation) may develop gingival hyperplasia. Patients may develop oral pigmentation secondary to drugs used to manage systemic condition.	Devices	No issues	Emergencies	For patients with MM, possible airway obstruction secondary to macroglossia may occur.	Follow-up	Follow-up evaluation during hospitalization to ensure oral health and minimize the discomfort of mucositis is recommended. After hospitalization, routine follow-up is recommended pending determination of medical stability in consultation with patient's physician.
Analgesics	No issues For MM patients with renal dysfunction: (1) use caution with acetaminophen, aspirin, and narcotics and (2) avoid NSAIDs.																										
Antimicrobials	Antibiotic sensitivity testing should be done for oral infections; infections should be treated in a conservative manner with heat, the indicated antibiotic, and strong analgesics for pain. Chlorhexidine rinse may be helpful to promote healing of mucositis. Provide antifungal medications for oral candidiasis. Consult physician regarding need for antibiotics when invasive procedures are planned for patients who have an ANC of <1000 μ L.																										
Anesthesia	Mucositis is painful and requires management with bland mouth rinses, antihistamine solutions, and topical anesthetic gel such as Orabase.																										
Anxiety	No issues																										
Bleeding	If the platelet count is less than 50,000/ μ L, platelet transfusion may be needed before certain invasive and surgical procedures. Confirm by medical consultation.																										
Breathing	For patients with MM, assess for macroglossia and risk of airway obstruction.																										
Blood pressure	No issues																										
Chair position	For patients with MM who have macroglossia, avoid supine positioning to minimize risk of airway obstruction.																										
Cardiovascular	Radiation and chemotherapeutic agents can cause cardiac damage to the myocardium, valves, and coronary arteries. They also can be associated with serious cardiac arrhythmias. Consult with patient's physician to determine if there is cardiac damage and take appropriate action to avoid complications.																										
Drugs	A few patients on chemotherapy may complain of paresthesias; those receiving cyclosporine (for bone marrow transplantation) may develop gingival hyperplasia. Patients may develop oral pigmentation secondary to drugs used to manage systemic condition.																										
Devices	No issues																										
Emergencies	For patients with MM, possible airway obstruction secondary to macroglossia may occur.																										
Follow-up	Follow-up evaluation during hospitalization to ensure oral health and minimize the discomfort of mucositis is recommended. After hospitalization, routine follow-up is recommended pending determination of medical stability in consultation with patient's physician.																										

ANC, Absolute neutrophil count; MM, multiple myeloma; NSAID, nonsteroidal antiinflammatory drug.

۴۴- گزینه الف / (صفحه ۴۸۸)

موکوزیت معمولاً ۱۰-۷ روز پس از آغاز شیمی درمانی شروع شده و پس از اتمام شیمی درمانی بر طرف می‌شود.

۴۵- گزینه د / (صفحه ۴۸۹)

اگر دندانپزشک به عفونت باکتریال شک کند برای بیماران غیر نوتروپنیک «کوآموکسی کلاو» توصیه می‌شود. آموکسی سیلین برای بیماران نوتروپنیک ترجیح داده می‌شود چون طیف وسیع تری از فعالیت ضد میکروبی دارد.

۴۶- گزینه ب / (صفحه ۴۸۸)

عفونت دهان در بیماران مبتلا به لوسمی مزمن نسبت به لوسمی حاد مشکل کمتری ایجاد می‌کند زیرا در لوسمی مزمن سلول‌ها بلوغ بیشتری داشته و دارای عملکرد هستند.

۴۷- گزینه ج / (صفحه ۴۹۰)

علایم GVHD حاد: راش، زخم‌های مخاطی، افزایش آنزیم‌های کبدی و اسهال می‌باشد.
علایم GVHD مزمن: مشابه سندرم شوگرن و اسکرودرما است و شامل ضخیم شدن پوست، تغییرات لیکنوئید در پوست و مخاط، آرتریت، خشکی دهان، خشکی چشم، موکوزیت و مشکل در بلع می‌باشد.

۴۸- گزینه ب / (صفحه ۴۹۰)

تعداد کمی از بیماران مبتلا به لوسمی دچار پاراستزی می‌شود که در نتیجه ی ارتشاح انفیلتراسیون سلول‌های لوسمی به اعصاب محیطی و یا تاثیرات مضر شیمی درمانی با وین کریستین می‌باشد.
پیگمانتاسیون کام سخت با داروی ایماتینیب در CML ارتباط دارد.
افزایش حجم لته لوسمیک در AML به علت انفیلتراسیون لوسمیک در بافت‌های لته‌ای رخ می‌دهد.

۴۹- گزینه ب / (باکس ۲-۲۳)

۵۰- گزینه ب / (صفحه ۴۹۱)

بیشترین خطر عفونت در طی ۶ ماه اول بعد از خارج کردن طحال وجود دارد و پیشنهاد شده است که پروفیلاکسی آنتی بیوتیک برای کارهای دندانپزشکی تهاجمی طی ۶ ماه اول بعد از اسپلنکتومی باید صورت گیرد نیاز به پروفیلاکسی بعد از ۶ ماه معین نشده است.

پاسخنامه فصل بیست و چهارم

۱- گزینه ج / (باکس ۱-۲۴)

BOX 24.1 Classification of Acquired Bleeding and Thrombotic Disorders

Nonthrombocytopenic Purpuras

Vascular Wall Alteration

Scurvy

Infections

Chemicals

Allergy

Disorders of Platelet Function

Drugs

Aspirin, other NSAIDs

Other antiplatelet drugs

Dipyridamole and aspirin (Aggrenox)

Ticlopidine (Ticlid)

Clopidogrel (Plavix)

Abciximab (ReoPro)

Eptifibatid (Integrilin)

Tirofiban (Aggrastat)

Alcohol

β -Lactam antibiotics

Cephalothins

Herbal medications

Vitamin E allergy

Autoimmune disease

Uremia

Thrombocytopenic Purpuras

Primary

Idiopathic

Secondary

Chemicals

Physical agents (radiation)

Systemic disease (leukemia and others)

Metastatic cancer to bone

Splenomegaly

Drugs

Alcohol

Thiazide diuretics

Estrogens

Gold salts

Vasculitis

Mechanical prosthetic heart valves

Viral or bacterial infections

Disorders of Coagulation

Liver disease

Vitamin K deficiency

Biliary tract obstruction

Malabsorption

Excessive use of broad-spectrum antibiotics

Anticoagulation drugs

Heparin

Low-molecular-weight heparins

• Enoxaparin (Lovenox)

• Ardeparin (Normiflo)

• Dalteparin (Fragmin)

• Nadroparin (Fraxiparine)

• Reviparin (Clivarine)

• Tinzaparin (Innohep)

Synthetic heparin

Fondaparinux (Arixtra)

Idraparinux

Coumarin (warfarin), oral

Direct thrombin inhibitors

Lepirudin (Reflucan)

Desirudin (Revasc)

Argatroban (Acova)

Bivalirudin (Angiox)

Dabigatran (Pradaxa), oral

Disseminated intravascular coagulation

Primary fibrinogenolysis

Hypercoagulable States

Old age

Immobilization

Obesity

Infection

Hospitalization

Major surgery

Hormonal therapy

Atherosclerosis

Malignancy

Hyperhomocysteinemia

Antiphospholipid antibody syndromes

Lupus erythematosus

Rheumatoid arthritis

Sjögren syndrome

NSAID, Nonsteroidal antiinflammatory drug.

۲- گزینه ب / (صفحه ۴۹۶)

هر شرایطی که فلور نرمال روده را دگرگون کند و باعث شود که ویتامین K به اندازه کافی تولید نگردد می تواند منجر به کاهش سطوح پلاسمایی فاکتورهای انعقادی وابسته به ویتامین K شود، ویتامین K برای ساخت پروترومبین (فاکتور ۲) و هم چنین فاکتورهای ۱۰، ۹ و ۷ در کبد، نیاز است. انسداد مجاری صفراوی، سندرم سوء جذب و مصرف بیش از حد آنتی بیوتیک های وسیع الطیف می تواند باعث کاهش سطح پروترومبین و فاکتورهای ۱۰، ۹ و ۷ گردد.

۳- گزینه الف / (صفحه ۴۹۶)

هپارین و مشتقات کومارینی بر مراحل انعقادی اثر می‌گذارند.
 ب) آسپرین و NSAIDs، پنی سیلین، سفالوسپورین‌ها و الکل با عملکرد پلاکت‌ها تداخل دارند.

۳- گزینه د / (صفحه ۴۹۶)

سلول‌های اندوتلیال ۳ فاکتور موثر ضد پلاکتی شامل: پروستاگلین، نیتریک اکسید و آدنین نوکلئوتیدهای خاص را ساخته و ترشح می‌کنند. هم چنین گلیکوز آمینو گلیکان‌های شبه هپارینی، ترومبومودولین، پروتئین S و فعال کننده بافتی پلاسمینوژن (TPA) از سلول‌های اندوتلیال آزاد می‌شوند.

۵- گزینه الف / (باکس ۳-۲۴)

BOX 24.3 Platelet Functions and Activation

1. Plasma membrane receptors
 - a. Glycoprotein Ib reacts with von Willebrand factor, which attaches to subendothelial tissue.
 - b. Glycoprotein Ia/IIa binds to collagen in the injured vessel wall.
 - c. Glycoprotein VI binds to collagen in the injured vessel wall.
 - d. Glycoproteins IIb and IIIa attach to fibrinogen or fibronectin.
2. Platelets contain three types of secretory granules:
 - a. Lysosomes
 - b. Alpha granules—contain platelet factor 4; β -thromboglobulin; and several growth factors, including platelet-derived growth factor (PDGF), endothelial cell growth factor (PD-ECGF), and transforming growth factor- β (TGF- β); also several hemostatic proteins: fibrinogen, factor V, and von Willebrand factor
 - c. Dense bodies (electron-dense organelles)—contain ATP, ADP, calcium, and serotonin
3. Platelets provide a surface for activation of soluble coagulation factors:
 - a. Activated platelets expose specific receptors that bind factors Xa and Va, thus increasing their local concentration, thereby accelerating prothrombin activation.
 - b. Factor X also is activated by factors IXa and VIII on the surface of the platelet.
4. Platelets contain a membrane phospholipase C:
 - a. When activated, it forms diglyceride.
 - b. Diglyceride is converted to arachidonic acid by diglyceride lipase.
 - c. Arachidonic acid is a substrate for prostaglandin synthetase (COX).
 - d. COX formation is inhibited by aspirin and NSAIDs.
 - e. The prostaglandin endoperoxide PGG₂ is required for ADP-induced aggregation and release, as is thromboxane A₂. The formation of both of these agents is dependent on COX.
5. The functions of platelets include:
 - a. Nurturing endothelial cells
 - b. Endothelial and smooth muscle regeneration
 - c. Formation of a platelet plug for initial control of bleeding
 - d. Stabilization of the platelet plug

ADP, Adenosine diphosphate; ATP, adenosine triphosphate; COX, cyclooxygenase; NSAID, nonsteroidal antiinflammatory drug.
 Data from McMillan R: Hemorrhagic disorders: abnormalities of platelet and vascular function. In Goldman L, Ausiello D, editors: *Cecil medicine*, ed 23, Philadelphia, 2008, Saunders and Baz R, Mekhail T: Disorders of platelet function and number. In Carey WD, et al, editors: *Current clinical medicine 2009—Cleveland Clinic*, Philadelphia, 2009, Saunders.

۶- گزینه د / (جدول ۱-۲۴)

TABLE 24.1 Blood Coagulation Components

Factor	Deficiency	Function
Factor II (prothrombin)	Acquired—common	Protease zymogen
Factor X	Acquired—common	Protease zymogen
Factor IX	Acquired—common	Protease zymogen
Factor VII	Acquired—common	Protease zymogen
Factor VIII	Acquired—rare	Cofactor
Factor V	Acquired—rare	Cofactor
Factor XI	Acquired—common	Protease zymogen
Factor I (fibrinogen)	Acquired—common	Structural
von Willebrand Factor	Acquired—rare	Adhesion

From McVey JH: Coagulation factors. In Young NS, Gerson SL, High KA, editors: *Clinical hematology*, St. Louis, 2006, Elsevier.

۷- گزینه ب / (باکس ۴-۲۴)

BOX 24.4 Fibrin-Lysing (Fibrinolytic) System

1. Activation of coagulation also activates fibrinolysis.
2. Active enzyme: plasmin
3. Plasminogen activated to plasmin
 - a. Tissue-type plasminogen activator (t-PA)
 - b. Prourokinase (scu-PA)
 - c. Urokinase (u-PA), streptokinase
4. t-PA
 - a. t-PA is produced by endothelial cells.
 - b. It is released by injury.
 - c. It activates plasminogen bound to fibrin.
 - d. Circulating plasminogen is not activated.
 - e. t-PA will dissolve clot, not cause systemic fibrinolysis.
5. Action of plasmin:
 - a. Plasmin splits large pieces of alpha and beta polypeptides from fibrin.
 - b. It splits small pieces of gamma chains.
 - c. First product is X monomer.
 - d. Each X monomer splits into one E fragment and two D fragments.
 - e. Split products are called fibrin split products (FSPs) and fibrin degradation products (FDPs).
6. Action of fibrin degradation products:
 - a. Increase vascular permeability
 - b. Interfere with thrombin-induced fibrin formation

Data from Lijnen HR, Collen D: Molecular and cellular basis of fibrinolysis. In Hoffman R, et al, editors: *Hematology: basic principles and practice*, Philadelphia, 2009, Churchill Livingstone and Kessler CM: Hemorrhagic disorders: coagulation factor deficiencies. In Goldman L, Ausiello D, editors: *Cecil textbook of medicine*, ed 23, Philadelphia, 2008, Saunders.

۸- گزینه الف / (صفحه ۵۰۱)

شایع ترین علامت دیده شده در بیماران با پلاکت‌های غیر طبیعی یا ترومبوسیتوپنی، پتشی و اکیموز می‌باشد.

زرده، آنژیومای عنكبوتی و اکیموز در بیماران کبدی ممکن است مشاهده شود. لرزش خفیف دست‌ها در صورت مستقیم نگه داشتن دست‌ها در این بیماران مشاهده می‌گردد.

۹- گزینه الف / (صفحه ۵۰۲)

تست TT نرمال بین ۹-۱۳ ثانیه بوده و نتایج بیشتر از ۱۸-۱۶ ثانیه غیر طبیعی یا طولانی در نظر گرفته می‌شود. نتایج غیر طبیعی آزمایش به علت پلاسمین بیش از اندازه یا محصولات شکستن فیبرین است.

۱۰- گزینه ج / (صفحه ۵۰۳)

مهار کننده لوپوس، آنتی بادی علیه فاکتور ۸ و درمان با هپارین منجر به افزایش PTT با PT نرمال می‌گردند. بیماری ون ویلبراند، برنارد سولیر، گلانزمن، اورمی یا نقایص پلاکتی ناشی از دارو منجر به اختلال در عملکرد پلاکت‌ها می‌شوند.

۱۱- گزینه ج / (صفحه ۵۰۳)

بررسی آزمایشگاهی به ترتیب انجام عبارتند از:
۱- ارزیابی PT و PTT در صورت افزایش زمان:

۲- رد یا تعیین اختلال در فیبرینوژن شامل اندازه گیری سطح فیبرینوژن پلاسما و انجام آزمایشات D-dimer در FDP می‌باشد.

۳- وقتی مشکل مربوط به فیبرینوژن رد شد؛ قدم بعدی آزمایشات mixing برای رد فعالیت مهار کننده است.

۴- اکثر آزمایشات فوق منفی بودند، سپس ارزیابی اختصاصی برای نقص فاکتورهای ۵ و یا ۱۰ یا پروترومبین انجام می‌شود.

۱۲- گزینه ج / (جدول ۲-۲۴)

TABLE 24.2 Medical Treatment of Acquired Bleeding Disorders

Condition	Defect	Medical Treatment
Primary thrombocytopenia (idiopathic thrombocytopenia)	Platelets destroyed by autoimmune processes	Prednisone Intravenous gamma globulin Platelet transfusion
Secondary thrombocytopenia	Deficiency of platelets due to accelerated destruction or consumption, deficient production, or abnormal pooling	Platelet transfusion
Liver disease	Multiple coagulation factor defects Patients with portal hypertension may be thrombocytopenic.	Vitamin K Replacement therapy only for serious bleeding or before surgical procedures Desmopressin provides some benefit.
Disseminated intravascular coagulation	Multiple coagulation factor defects caused by triggered consumption Formation of fibrin and fibrinogen degradation products due to fibrinolysis Thrombocytopenia	Treatment of primary disorder Heparin Cryoprecipitate or fresh-frozen plasma for replacement of fibrinogen Platelet transfusion Other blood product replacements lead to mixed results.

۱۳- گزینه ج / (صفحه ۵۰۴)

پورپورا در بیماری سرم (serum sickness) به دلیل ایجاد رسوبات ایمنونوکمپلکس در دیواره‌های عروق ایجاد می‌گردد.

۱۴- گزینه د / (صفحه ۵۰۵)

آنتی‌بیوتیک‌های بتالاکتام مانند پنی‌سیلین و سفالوتین‌ها اگرچه می‌توانند موجب نقص عملکرد پلاکتی شوند اما معمولاً نیاز به درمان ندارند.

۱۵- گزینه ج / (صفحه ۵۰۶)

پلاکت‌ها با تهیه جز اصلی فاکتور ۱۰ و کمپلکس‌های تبدیل‌کننده پروترومبین، از طریق رها سازی فاکتور ۳ پلاکتی به طور مستقیم در آبشار انعقادی مداخله می‌کنند. گاهی پلاکت‌ها ممکن است در تکمیل رها سازی فاکتور ۳ پلاکتی ناتوان می‌شوند که می‌تواند به علت تولید ناقص ترومبوکسان یا به علت کاهش تولید گرانول‌های متراکم آدنوزین دی فسفات (ADP) باشد.

۱۶- گزینه ب / (صفحه ۵۰۶)

DIC مرتبط با اختلالات از جمله عفونت، مشکلات زایمانی، سرطان و نیش مار می‌باشد که نیش مار در واقع شایع‌ترین علت DIC در تمام دنیا می‌باشد. مشکل کلینیکی ماژور در DIC خونریزی است. DIC حاد ممکن است در اثر عوارض زایمان (قطع جفت، سقط جنین و آمبولی مایع آمنیوتیک)، عفونت، جراحی، سوختگی، کمپلکس‌های آنتی‌ژن-آنتی‌بادی، شوک سپتیک و اسیدوز ایجاد گردد در DIC مزمن، ترومبوز شایع تر از خونریزی است.

۱۷- گزینه ج / (صفحه ۵۰۶)

طولانی شدن PTT, PT و TT و ترومبوسیتوپنی و افزایش FDP در DIC رخ می‌دهد. FDP افزایش یافته و PT طولانی شده حساسیت بیشتری در اندازه‌گیری نسبت به نقایص PTT و شمارش پلاکتی دارند.

۱۸- گزینه الف / (صفحه ۵۰۶)

بیشترین مشکل در تشخیص افتراقی DIC در بیمارانی است که همزمان بیماری کبدی دارند، کوآگولوپاتی اختلال کبدی اغلب غیر قابل افتراق از DIC است، تا حدودی به علت اختلال پیشرفته سلول کبدی است که همراه با یک وضعیت از DIC می‌باشد.

۱۹- گزینه ج / (صفحه ۵۰۶)

تزریق طولانی مدت هپارین برای پیشگیری از موارد مزمن DIC به کار می‌رود زیرا DIC مزمن مرتبط با ترومبوز می‌باشد.

کرایوپرسی پیتیت و FFP در صورتی که خونریزی مشکل اصلی باشد استفاده می‌شوند.

۲۰- گزینه ب / (صفحه ۵۰۷)

علت‌های شایع ترومبوز وریدی و شریانی عبارتند از: بدخیمی، درمان هورمونی و DIC
 علت شایع ترومبوز شریانی، آترواسکلروزیس می‌باشد.

۲۱- گزینه د / (جدول ۴-۲۴)

TABLE 24.4 Current Antithrombotic Agents: Anticoagulants				
Agent	Indications	Dosage	Monitoring	Complications
HEPARINS				
Standard high-dose heparin	Treatment of DVT and PE Prevention of DVT	IV bolus: 5000–10,000 units; IV infusion at rate of 1300 U/hr over 5–10 days	aPTT 1.5–2.5 times the mean laboratory control value	Bleeding Thrombocytopenia
Standard low-dose heparin	Prevention of DVT	SC: 5000 units 2 hr before surgery and every 8–12 hr until ambulatory	None	Bleeding Thrombocytopenia
Warfarin (Coumadin)	Treatment of DVT and PE Prevention of DVT or thrombosis in AF: MPHV Prevention of recurrent MI	PO: 5–7 mg/day for 3–6 mo PO: 7–10 mg/day, long term	INR: 2.0–3.0 INR: 2.5–3.5	Bleeding Intolerance Alopecia GI discomfort Rash, skin necrosis
LOW-MOLECULAR-WEIGHT HEPARINS				
Enoxaparin (Lovenox)	Prevention of DVT and PE Treatment of DVT	Enoxaparin: 30 mg SC every 12 hr for up to 14 days (knee or hip) 40 mg SC once daily, with first dose 2 hr before abdominal surgery 1 mg/kg SC every 12 hr up to 5 days	None Oral warfarin started within 72 hr	Bleeding Thrombocytopenia Anemia Fever Peripheral edema
Dalteparin (Fragmin)				
SYNTHETIC HEPARINS				
Fondaparinux (Arixtra)	Prevention and treatment of DVT	SC: 2.5–10 mg/day	None	Bleeding
Idraparinux: Because of complications, it was taken off the market. Direct factor Xa inhibitors				
Rivaroxaban (Xarelto)	Rivaroxaban gained FDA approval in July 2011 for prevention of DVT in orthopedic patients; approval for apixaban occurred at the end of 2011	Rivaroxaban given PO, 10 mg/day for 13 days for knee replacement surgery and for 35 days for hip replacements	None	Bleeding Nausea and vomiting Anemia Xerostomia Increase in liver transaminases
Apixaban (Eliquis)				

AF, Atrial fibrillation; DVT, deep venous thrombosis; FDA, Federal Drug Administration; GI, gastrointestinal; HIT, heparin-induced thrombocytopenia; IV, intravenously; MI, myocardial infarction; MPHV, mechanical prosthetic heart valve; PE, pulmonary embolus; PO, oral; SC, subcutaneously; TIA, transient ischemic attack.

۲۲- گزینه ج / (جدول ۵-۲۴)

TABLE 24.5 Antidotes for Antithrombotic Agents

Agent	Antidote	No Antidote
Standard heparin	Protamine sulfate	
High dose		
Low dose		
Warfarin (Coumadin)	Vitamin K	
LMWHs	Protamine sulfate with limited effectiveness	Limited effectiveness for antidote
Fondaparinux		No antidote
Idraparinux		No antidote
Dabigatran (Pradaxa)*		Idarucizumab
Rivaroxaban (Xarelto) ¹		Prothrombin complex concentrate with limited success
Apixaban (Eliquis)		No antidote

*Idarucizumab: The first novel antidote against dabigatran was approved by the Food and Drug Administration in October 2015.

¹Andexanet alfa, a specific reversal agent against factor Xa inhibitors, has shown promise and is in phase IV studies.

۲۲- گزینه ب / (پاکس ۶-۲۴)

BOX 24.6 Clinical Recognition of the Patient Who Is a "Bleeder"

1. History
 - a. Bleeding problems in relatives
 - b. Bleeding problems after operations and tooth extractions
 - c. Bleeding problems after trauma (e.g., cuts, scrapes)
 - d. Medications that may cause bleeding problems
 - (1) Aspirin
 - (2) Anticoagulants
 - (3) Long-term antibiotic therapy
 - (4) Certain herbal preparations
 - e. Presence of illnesses that may be associated with bleeding problems
 - (1) Leukemia
 - (2) Liver disease
 - (3) Hemophilia
 - (4) Congenital heart disease
 - (5) Renal disease—uremia
 - f. Spontaneous bleeding from nose, mouth, ears
2. Examination findings
 - a. Jaundice, pallor
 - b. Spider angiomas
 - c. Ecchymoses
 - d. Petechiae
 - e. Oral ulcers
 - f. Hyperplastic gingival tissues
 - g. Hemarthrosis
3. Screening laboratory tests
 - a. PT
 - b. aPTT
 - c. TT
 - d. Platelet count
4. Surgical procedure—excessive bleeding after surgery may be first clue to underlying bleeding problem

aPTT, Activated partial thromboplastin time; PT, prothrombin time; TT, thrombin time.

۲۴- گزینه ب / (صفحه ۶۵۵)

اوردوز با یک TCA ممکن است موجب مرگ در اثر آریتمی قلبی یا نارسایی تنفسی گردد.

۲۵- گزینه ج / (صفحه ۶۵۵)

MAOIها از تجزیه نوروترانسمیترهای مونوآمینی جلوگیری می‌کنند. این داروها اثرات سرکوب‌گری مخدرها را تشدید می‌کند و هم‌چنین در صورت ترکیب با آمین‌های مقلد سمپاتیک خاص می‌توانند باعث بحران افزایش فشار شود.

۲۶- گزینه ب / (صفحه ۶۵۵)

در حضور داروی MAOI، تیرامین خوراکی به سرعت جذب گردش خون می‌شود و ممکن است بحران افزایش فشار رخ دهد. بنابراین بیمارانی که این داروها را مصرف می‌کنند باید از غذاهایی که حاوی مقادیر بالای تیرامین هستند مانند پنیر، موز، شکلات، شراب قرمز و ترشی ماهی اجتناب شود.

۲۷- گزینه ب / (صفحه ۶۵۵)

SSRIها شامل فلوکستین، سرتالین و ... در حال حاضر خط اول درمان افسردگی محسوب می‌شوند. گروه اصلی داروهای مورد استفاده برای درمان افسردگی، TCAها هستند.

۲۸- گزینه د / (صفحه ۶۵۷)

داروهای ضدسایکوز مانند کلرپرومازین، تیوریدازین، فلوفنازین و ... دارای عوارضی نظیر: خشکی دهان، هایپوتنشن وضعیتی، احتباس ادرار، پیگمانتاسیون شبکیه و ... می‌باشد. در هنگام ۵ روز اول درمان با یک داروی ضد سایکوز واکنش‌های دیستونیک عضلانی حاد یا علائم شبه پارکینسون ممکن است روی دهد. Akathisia یا بی‌قراری حرکتی شدید، نیز ممکن است در اول درمان روی دهد. تظاهرات بالینی شامل حرکات تکرار شونده بدون اختیار لب (lip smacking)، زبان (tongue thrusting) اندام تحتانی و تنه می‌باشد.

۲۹- گزینه ب / (صفحه ۶۵۷)

دیسکنزی تاخیری شایع‌ترین عارضه دیررس اکستراپیرامیدال مرتبط با مصرف داروهای ضد سایکوز است. معمولاً پس از سال‌ها استفاده از دارو رخ می‌دهد. علامت اصلی آن حرکت غیر ارادی لب‌ها، زبان، دهان، فکین، اندام فوقانی و تحتانی یا تنه است. دیسکنزی تاخیری کلاسیک عضلات باکال، لینگوال و ماضغه را درگیر می‌کند و منجر به bon-bon sign, flycatcher's tongue شکلک در آوردن یا حرکات جویدن می‌شود. از علائم اولیه دیسکنزی تاخیری حرکت کرمی شکل زبان در داخل دهان است.

۳۰- گزینه ب / (صفحه ۶۵۸)

این دارو ریسک ایجاد دیسکنزی تاخیری ندارد.

۳۱- گزینه الف / (صفحه ۶۵۹ و باکس ۲-۲۹)

مقدار بسیار کمی اپی نفرین در بی حسی موضعی باید استفاده شود زیرا مقادیر زیاد اپی نفرین ممکن است در بیمارانی که تحت درمان با ضد افسردگی‌ها هستند ایجاد هایپوتنشن کند.

BOX 29.2 Dental Management Considerations in Patients With Depression, Bipolar Disorder, and Schizophrenia	
<p>P Patient Evaluation and Risk Assessment (see Box 1.1)</p> <ul style="list-style-type: none"> Evaluate and determine whether psychiatric disorder exists. Obtain medical consultation if patient's condition is poorly controlled, if signs and symptoms point to undiagnosed condition, or if diagnosis is uncertain. 	
<p>Potential Issues and Factors of Concern</p>	
A	
Analgesics	Avoid sedative agents or use in reduced dosage (see drugs) in patients taking antidepressant or antipsychotic drugs.
Anesthesia	Use of epinephrine should be limited in patients taking antidepressants or antipsychotic drugs because hypertensive reaction (with antidepressants) or hypotensive reaction (with antipsychotics) can occur. Limit to two cartridges of 1:100,000 epinephrine (also avoid more concentrated forms of epinephrine in retraction cord or used to control bleeding).
Antibiotics	Not indicated unless acute infection is present
Anxiety	No issues
B	
Bleeding	Thrombocytopenia and leukopenia may occur as side effects of medications used to treat these patients. Examine for signs of these conditions.
Breathing	No issues
Blood pressure	Check blood pressure because hypotension may occur as result of some medications (antidepressant and antipsychotic drugs).
C	
Cardiovascular	No issues
Chair position	Patients taking TCAs or MAO inhibitors may be prone to postural hypotension with sudden changes in chair position. Support patient getting out of the dental chair.
Consultation	Patient's physician should be consulted to confirm medications and the status of control of the illness. Elective dental treatment may have to be deferred for patients with severe symptoms of mania, depression, or schizophrenia until the condition is better controlled. Confirm the need to reduce the dosage of drugs required in management of the patient's dental problems. If severe xerostomia is found, request the physician to change medication if possible. Refer patients found to have chronic extramedullary movement complications related to antipsychotic medications.
D	
Devices	No issues
Drugs	Avoid or use in reduced dosage sedatives, hypnotics, and narcotic agents in patients taking antidepressants or antipsychotic drugs. Avoid NSAIDs, tetracycline, and metronidazole in patients taking lithium because lithium toxicity may occur. Also, diazepam should be avoided because hypothermia may occur. Some psychiatric drugs may cause xerostomia.
E	
Emergencies	With patients who are depressed and have shared thoughts of suicide, a relative and the patient's physician should be contacted immediately.
Equipment	No issues
F	
Follow-up	Ensure that patient is seeking routine follow-up for the condition.

MAO, Monoamine oxidase; NSAID, nonsteroidal antiinflammatory drug; TCA, tricyclic antidepressant.

۳۲- گزینه د / (صفحه ۶۵۹ و باکس ۲-۲۹)

استفاده همزمان لیتیوم با NSAIDs و اریترومايسين باعث سمیت لیتیوم می‌شوند.

۳۳- گزینه ج / (صفحه ۶۵۹)

داروهای فنوتیازین اثر آرام بخشی داروهای آرام بخش را تقویت می‌کنند و سرکوب شدید تنفسی ممکن است با استفاده از دوزهای نرمال این دارو روی دهد. بنابراین اگر استفاده از این داروها ضروری باشد، دوز آن باید کاهش پیدا کند.

۳۴- گزینه ب / (صفحه ۶۶۰)

علایم زمان خیلی زیادی حضور دارند به طوری که اگر مرتبط با پروسه بیماری بودند، ضایعه ای نمایان می‌شد.

۳۵- گزینه ب / (صفحه ۶۶۱)

- درمان دندانپزشکی روتین برای بیمار نباید انجام شود مگر به این شرط که بیمار تحت مدیریت پزشکی باشد.
- بیماران در بازه‌های ۳ ماهه باید برای معاینه، پروفیلاکسی و استفاده از ژل فلوراید و وارنیش فرا خوانده شوند.
- از مقابله و لحن تحکم آمیز از طرف دندانپزشک باید اجتناب شود.

۳۶- گزینه ج / (صفحه ۶۶۳)

ضد تشنج‌ها مثل فنوباریتال اثر ضد سایکوزها را کاهش می‌دهند.

۳۷- گزینه د / (صفحه ۶۶۳)

داروهای ضد سایکوز باعث آکرنولوسیتوز، لکوپنی و ترومبوسیتوپنی می‌شوند (افزایش ریسک عفونت، خونریزی و ضایعات دهانی)، هم چنین سبب مشکلات عضلانی (دیستونی، دیسکنزی یا دیسکنزی تاخیری) در دهان و ناحیه صورت می‌شوند.

۳۸- گزینه د / (صفحه ۶۶۴)

خشکی دهان، ضایعات مخاطی، پوسیدگی سطوح صاف و هم چنین افزایش شدت پلاک و تشکیل جرم از تظاهرات دهانی در این بیماران هستند.

پاسخنامه فصل سیام

۱- گزینه ج / (صفحه ۶۶۶)

بیمارانی که مشکلات سو مصرف مواد دارند ممکن است مبتلا به ناتوانی عملکردی در محل کار، افزایش ریسک موقعیت‌های خطرناک، افزایش ریسک بیماری‌های کبدی و خونریزی بیش از حد، سرکوب تنفسی، بیماری‌های عفونی، اوردوز، مرگ و افزایش ریسک خودکشی شوند.

۲- گزینه ب / (صفحه ۶۶۶)

بر حسب دستورالعمل تشخیص و آماری اختلالات روانی نسخه چهارم (dsm IV) تشخیص سوء مصرف مواد نیازمند استفاده مکرر مواد در ۱۲ ماه گذشته همراه با بروز عوارض جانبی (مثل شکست در انجام وظایف مهم در کار، مدرسه، یا خانه. مشکلات قانونی و مشکلات مداوم بین فردی) یا قرارگیری فرد مبتلا در موقعیت‌های فیزیکی خطرناک است.

۳- گزینه الف / (صفحه ۶۶۶)

گزینه ب) علیرغم نتایج منفی
گزینه ج) تحمل، وابستگی و محرومیت ممکن است با اعتیاد رخ دهند و برای تشخیص الزامی نیستند.
گزینه د) افراد معتاد در ریسک بالایی برای عود قرار دارند.

۴- گزینه د / (صفحه ۶۶۶)

یک بیماری اولیه مزمن با فاکتورهای ژنتیکی، روانی و محیطی، اغلب پیشرونده و کشنده، شناخته شده با ناتوانی کنترل و نوشیدن، شیفتگی به الکل، استفاده از الکل علیرغم عواقب بعدی و اختلال افکار مخصوص انکار از ویژگی‌های سوء مصرف الکل می‌باشد.

۵- گزینه د / (جدول ۱-۳۰)

TABLE 30.1 Most Common Illicit Drugs of Abuse

Substance of Abuse	Street Names	How Administered	Acute Effects
CANNABINOIDS			
Marijuana	Blunt, dope, ganja, grass, herb, joint, bud, Mary Jane, pot, reefer, green, trees, smoke, sinsemilla, skunk, weed	Smoked, swallowed	Euphoria; relaxation; slowed reaction time; distorted sensory perception; impaired balance and coordination; increased heart rate and appetite; impaired learning, memory; anxiety; panic attacks; psychosis or cough, frequent respiratory infections; possible mental health decline; addiction
OPIOIDS			
Heroin	Smack, horse, brown sugar, dope, H, junk, skag, skunk, white horse, China white; cheese (with OTC cold medicine and antihistamine)	Injected, smoked, snorted	Euphoria; drowsiness; impaired coordination; dizziness; confusion; nausea; sedation; feeling of heaviness in the body; slowed or arrested breathing/constipation; endocarditis; hepatitis; HIV; addiction; fatal overdose
STIMULANTS			
Cocaine	Blow, bump, C, candy, Charlie, coke, crack, flake, rock, snow, toot	Snorted, smoked, injected	Increased heart rate, blood pressure, body temperature, metabolism; feelings of exhilaration; increased energy, mental alertness; tremors; reduced appetite; irritability; anxiety; panic; paranoia; violent behavior; psychosis or weight loss, insomnia; cardiac or cardiovascular complications; stroke; seizures; addiction
Amphetamine	Bennies, black beauties, crosses, hearts, LA turnaround, speed, truck drivers, uppers	Swallowed, snorted, smoked, injected	Cocaine—also nasal damage from snorting
Methamphetamine	Meth, ice, crank, chalk, crystal, fire, glass, go fast, speed	Swallowed, snorted, smoked, injected	Methamphetamine—also severe dental problems
CLUB DRUGS			
MDMA	Ecstasy, Adam, clarity, Eve, lover's speed, peace, uppers	Swallowed, snorted, injected	MDMA—mild hallucinogenic effects; increased tactile sensitivity; empathic feelings; lowered inhibition; anxiety; chills; sweating; teeth clenching; muscle cramping or sleep disturbances; depression; impaired memory; hyperthermia; addiction
Flunitrazepam	Forget-me pill, Mexican Valium, R2, roach, Roche, roofies, roofinol, rope, rophies	Swallowed, snorted	Flunitrazepam—sedation; muscle relaxation; confusion; memory loss; dizziness; impaired coordination/addiction
GHB	G, Georgia home boy, grievous bodily harm, liquid ecstasy, soap, scoop, goop, liquid X	Swallowed	GHB—drowsiness; nausea; headache; disorientation; loss of coordination; memory loss or unconsciousness; seizures; coma
DISSOCIATIVE DRUGS			
Ketamine	Cat, Valium, K, Special K, vitamin K	Injected, snorted, smoked	Feelings of being separate from one's body and environment; impaired motor function or anxiety; tremors; numbness; memory loss; nausea
PCP and analogues	Angel dust, boat, hog, love boat, peace pill	Swallowed, smoked, injected	Ketamine—also analgesia; impaired memory; delirium; respiratory depression and arrest; death PCP and analogues—also analgesia; psychosis; aggression; violence; slurred speech; loss of coordination; hallucinations

۶- گزینہ ب / (جدول ۱-۳۰)

۷- گزینہ ج / (صفحہ ۶۶۸)

اخیراً بعضی ایالت‌ها ماریجوانا را قانونی کردند و سایر ایالت‌ها مصرف پزشکی ماریجوانا را مورد قبول واقع کردند. در سراسر ایالت متحده، ماریجوانا هنوز پر مصرف ترین ماده غیر قانونی است.

TABLE 30.1 Most Common Illicit Drugs of Abuse—cont'd

Substance of Abuse	Street Names	How Administered	Acute Effects
HALLUCINOGENS			
LSD	Acid, blotter, cubes, microdot yellow sunshine, blue heaven	Swallowed, absorbed through oral mucosa	Altered states of perception and feeling; hallucinations; nausea
Mescaline	Buttons, cactus, mesc, peyote	Swallowed, smoked	LSD and mescaline—also increased body temperature, heart rate, blood pressure; loss of appetite; sweating; sleeplessness; numbness, dizziness, weakness, tremors; impulsive behavior; rapid shifts in emotion LSD—also flashbacks, hallucinogen, persisting perception disorder

GHB, γ -Hydroxybutyrate; *LSD*, lysergic acid diethylamide; *PCP*, phencyclidine.

Adapted from the National Institutes of Health, National Institute on Drug Abuse (website), <http://www.drugabuse.gov/DrugPages/DrugsOfAbuse.html>; accessed on March 3, 2011.

۸- گزینه ب / (صفحه ۶۶۹)

الکل چهارمین عامل مرگ و میر قابل پیشگیری در ایالات متحده است. در سال ۲۰۱۴ میزان مرگ و میر تصادفات رانندگی حاصل از الکل ۳۱٪ کل مرگ و میر تصادفات رانندگی بود.

۹- گزینه الف / (صفحه ۶۶۹)

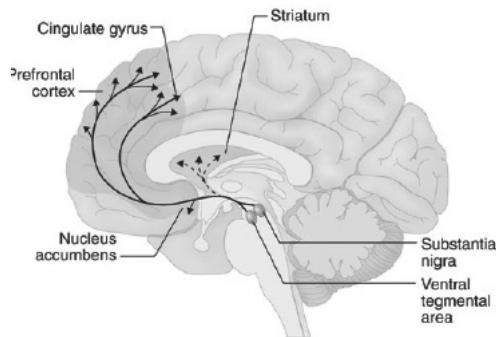
میزان سوء مصرف و وابستگی در مردان ۲ برابر زنان است.

۱۰- گزینه ب / (صفحه ۶۶۹ و تصویر ۱-۳۰)

الف) تغییرات حاد باعث افزایش دوپامین سیناپسی می‌شود.

ج) فاکتورهای روانی بر اعتیاد تاثیر گذارند.

د) افزایش دوپامین سیناپسی برای افراد خوشایند است.



۱۱- گزینه ج / (صفحه ۶۷۱ و جدول ۲-۳۰)

TABLE 30.2 Diagnostic Criteria for Dependence and Drug Abuse

Dependence (Three or More Needed for Diagnosis)	Abuse (One or More for 12 Months Needed for Diagnosis)
<ul style="list-style-type: none"> • Tolerance • Withdrawal • The substance is often taken in larger amounts over a longer period than intended • Any unsuccessful effort or a persistent desire to cut down or control substance use • A great deal of time is spent in activities necessary to obtain the substance or to recover from its effects • Important social, occupational, or recreational activities given up or reduced because of substance use • Continued substance use despite knowledge of having had persistent or recurrent physical or psychological problems that are likely to be caused or exacerbated by the substance 	<ul style="list-style-type: none"> • Recurrent substance use resulting in failure to fulfill major role obligations at work, school, and home • Recurrent substance use in situations in which it is physically hazardous • Recurrent substance-related legal problems • Continued substance use despite having persistent or recurrent social or interpersonal problems caused or exacerbated by the effects of the substance • Never met criteria for dependence

From Samet JH: Drug abuse and dependence. In Goldman L, Ausiello D, editors: *Cecil textbook of medicine*, ed 23, Philadelphia, 2008, Saunders.

۱۲- گزینه د / (صفحه ۶۷۰)

واکنش‌های التهابی ممکن است نیاز به درمان با بنزودیازپین‌ها داشته باشد.

۱۳- گزینه ج / (صفحه ۶۷۱)

الف) اثرات اولیه شامل کاهش درک درد، به وجود آمدن سطح ملایمی از آرامش و ایجاد سرخوشی می‌باشد.

ب) افزودنی‌های موجود در مواد خیابانی منجر به صدمه دائمی به سیستم عصبی، شامل نوروپاتی محیطی و اختلال عملکرد CNS می‌شوند.

د) سرکوب تنفسی در نتیجه پاسخ کاهش یافته ساقه مغز به تنش‌های کربن دی‌اکسید رخ می‌دهد.

۱۴- گزینه ج / (صفحه ۶۷۱)

هپاتیت B و C و اندوکاردیت عفونی و افزایش ریسک عفونت با HIV از عوارض این پاتوژن‌ها می‌باشد.

۱۵- گزینه ج (صفحه ۶۷۱)

عمدتاً سمت راست قلب (دریچه سه لتی) با استافیلوکوک اورئوس که شایع‌ترین ارگانیزم مسبب است، درگیر می‌شود.

۱۶- گزینه الف / (صفحه ۶۷۲)

تنفس آهسته و کم عمق، برادی کاردی، افت درجه حرارت بدن و عدم پاسخ به محرک‌های خارجی از علائم فوری اوردوز IV می‌باشند.

۱۷- گزینه د / (صفحه ۶۷۲)

کوکائین یک محرک و بی‌حسی موضعی با خواص قوی تنگ‌کنندگی عروقی است و به صورت پزشکی در اعمال گوش و حلق و بینی به عنوان یک بی‌حسی موضعی قوی استفاده می‌شود.

۱۸- گزینه الف / (صفحه ۶۷۲)

کوکائین اثرات فارماکولوژیک شدیدی بر نورون‌های دوپامین، نوراپی‌نفرین و سروتونین در CNS دارد. کوکائین نیمه عمر حذف ۳۰ دقیقه تا یک ساعت دارد.

۱۹- گزینه ج / (ص ۶۷۳)

بعضی از معتادان تزریقی کوکائین مبتلا به راش‌های خارش‌دهنده روی سینه می‌شوند. (طی یک واکنش آلرژیک به یک استرینزوئیک اسید) و باید از استفاده از بی‌حسی‌های موضعی استرسی در این بیماران اجتناب شود.

۲۰- گزینه الف (ص ۶۷۳)

تاکی‌کاردی از یافته‌های فیزیکی مرتبط با مستی کوکائین می‌باشد.

۲۱- گزینه ج / (ص ۶۷۳)

آمفتامین‌ها به طور بالینی برای کاهش وزن (درمان افزایش وزن)، درمان اختلال توجهی، نارکولپسی و افسردگی مقاوم به داروها استفاده می‌شود.

۲۲- گزینه ب / (صفحه ۶۷۴)

ماده سایکواکتیو اصلی استفاده شده به عنوان آرام‌بخشی و خواب‌آور، بنزودیازپین‌ها (دiazepam، لورازپام، تمازپام) و به مقدار کمتر شایع باربیتورات‌ها (فنوباریتال، تتوباریتال، مفوباریتال) می‌باشد.

۲۳- گزینه د / (صفحه ۶۷۵)

درمان وابستگی به الکل شامل سه مرحله است: مرحله اول شناسایی و مداخله، مرحله دوم ترک الکل یا کاهش مصرف الکل و مرحله سوم مدیریت سرکوب CNS به دنبال برداشت سریع اتانول است.

۲۴- گزینه الف / (صفحه ۶۷۶)

در بیمار با علائم اوردوز مخدر باید یک دوز اسپری بینی نارکان برای برگرداندن علائم داده شود.

۲۵- گزینه ج / (ص ۶۷۶)

برونشیت مزمن، خشکی دهان، متاپلازی سنگفرشی در استفاده مزمن از ماریجوانا ممکن است دیده شود. ماریجوانا در دوز بالا منجر به افت فشار خون وضعیتی می‌شود.

در بیماران تحت تاثیر کوکائین، تا ۶ ماه پس از آخرین مصرف کوکائین بی‌حسی حاوی اپی نفرین نباید تجویز شود چون کوکائین پاسخ آمین‌های مقلد سمپاتیکی را تقویت می‌کند. نخ آغشته به اپی نفرین و لوودورنفرین نیز منع دارد. خطر MI و آریتمی قلبی نیز نگرانی اولیه در این بیماران است.

۲۶- گزینه ب / (صفحه ۶۷۶)

بیمارانی که تحت تاثیر متامفتامین هستند نباید برای حداقل ۸ ساعت پس از آخرین مصرف ماده تحت درمان دندانپزشکی قرار گیرند، برای حداکثر ایمنی دندانپزشکی نباید برای حداقل ۲۳ ساعت پس از آخرین مصرف درمانی انجام دهد.

۲۷- گزینه د / (صفحه ۶۷۶)

متامفتامین با تقویت پاسخ مقلدهای سمپاتیکی منجر به بحران هایپتوئشن و ... می‌شود.

۲۸- گزینه ب / (باکس ۱-۳۰)

BOX 30.1		Dental Management Considerations in Patients With Drug or Alcohol Abuse or Dependence	
<p>P Patient Evaluation and Risk Assessment (see Box 1.1)</p> <ul style="list-style-type: none"> Evaluate to determine whether drug or alcohol abuse or dependence is present. Obtain medical consultation if clinical signs and symptoms point to an undiagnosed problem or if the diagnosis is uncertain. 		<p>Breathing Blood pressure</p>	<p>No issues For cocaine and methamphetamine abusers, monitor blood pressure and pulse during appointment.</p>
<p>Potential Issues and Factors of Concern</p>		C	
<p style="text-align: center;">A</p>		<p>Chair position Cardiovascular</p>	<p>No issues Cocaine and methamphetamine abusers are at increased risk for cardiac arrhythmias, myocardial infarction, and stroke.</p>
<p>Antibiotics Analgesics</p>		D	
<p>No issues Avoid prescribing narcotic analgesics, if possible. However, if needed, consult with patient's primary care physician who is managing the substance abuse program. Prescribe an adequate-strength medication and only a limited number of doses with specific instructions, with no refills. It may be appropriate to have a third party (such as a "12-step program" sponsor) monitor and dispense the medication.</p>		<p>Drugs Devices</p>	<p>Epinephrine can potentiate the adverse cardiovascular effects of cocaine and amphetamines. No issues</p>
<p>Anesthesia</p>		E	
<p>For cocaine and methamphetamine abusers, avoid the use of epinephrine for 24 hours after the last dose of drug.</p>		<p>Equipment Emergencies</p>	<p>No issues For cocaine and methamphetamine abusers, cardiovascular emergencies are possible, especially with the use of epinephrine within 24 hours of last drug use. Have naloxone (Narcan) available to reverse opioid overdose.</p>
<p>Allergies Anxiety</p>		F	
<p>No issues If the patient requires an anxiolytic for treatment, contact the patient's physician to discuss options. Consider using a short-acting benzodiazepine and prescribe only enough for one appointment. Also consider intraoperative use of nitrous oxide-oxygen.</p>		<p>Follow-up</p>	<p>If narcotic analgesics are prescribed, the patient should be monitored to ensure proper drug use.</p>
<p style="text-align: center;">B</p>			
<p>Bleeding</p>	<p>For patients with alcohol abuse, excessive bleeding secondary to liver disease is possible. Laboratory tests may be needed for confirmation.</p>		

۲۹- گزینه ج / (باکس ۱-۳۰)

۳۰- گزینه د / (صفحه ۶۷۷)

ویژگی‌های پیشنهاد کننده سوء مصرف الکل شامل از دست دادن وقت ملاقات، بزرگی غده پاروتید و آنژیوم عنکبوتی است.

۳۱- گزینه الف / (صفحه ۶۸۰)

سه شکل خاص با اهمیت بالینی در بیماران با بیماری‌های کبد الکلی شناسایی شده شامل تمایل به خونریزی، متابولیسم غیر قابل پیش بینی داروها و ریسک گسترش عفونت می‌باشد.

۳۲- گزینه الف / (صفحه ۶۸۰)

مصرف داخل دهانی کوکائین منجر به پسرقت لثه و اروژن لثه دندان‌های فک بالا به علت مالیدن ماده مخدر به این سطوح می‌شود.

مصرف مزمن متامفتامین منجر به خشکی دهان، پوسیدگی‌های شدید با گزارش‌هایی از طعم بد در دهان، براکسیم (دندان قرچه) و تریسموس عضلانی (قفل شدن فک) می‌شود. تظاهرات دهانی در این گروه را meth mouth می‌نامند.

۳۳- گزینه د / (صفحه ۶۸۰)

خونریزی ناگهانی لثه، اکیموز مخاطی و پتشی به دنبال کمبود ویتامین K ایجاد می‌شود.