

مجموعه سؤالات ارتقا دندانپزشکی

DPQ جراحی دهان، فک و صورت ۱۴۰۴

گردآوری و تألیف:

دکتر علیرضا ابراهیم پور

(دستیار تخصصی جراحی دهان فک و صورت دانشگاه علوم پزشکی مشهد، کمیته تحقیقات دانشجویی)

دکتر سید مهدی تقیان

(استادیار جراحی دهان فک و صورت دانشگاه علوم پزشکی مازندران)

مقدمه

بنده همان به که زتقصیر خویش عذر بدرگاه خدای آورد
ورنه سزاوار خداوندیش کس نتواند که بجای آورد

دستهایم را به سمت آسمان تو بلند می کنم، می خواهم بدانی که دستانم خالیست! اما شکر گزار تمام نعماتی هستم که به من اعطا نمودی حتی اگر اهلش نبودم.
اللَّهُمَّ مَوْلَايَ كَمْ مِنْ ثَنَاءٍ جَمِيلٍ لَسْتُ أَهْلًا لَهُ تَشْرُتُهُ
همه ساله آزمون ارتقا و بورڈ دستیاران یکی از مهمترین آزمونهایی ست که به ارزیابی سطح علمی دستیاران میپردازد. کتاب حاضر شامل مجموعه سوالات ارتقا ۱۴۰۴ می باشد. پاسخ تشریحی سوالات از منابع زیر و طبق کلید اعلامی از طرف سازمان سنجش آموزش پزشکی بدست آمده است. نگارش این کتاب قطعا خالی از اشکال نیست و از حضور تک تک خوانندگان این اثر درخواست میکنم تا در بهبود این کتاب ما را یاری کنند.
کتابها:

Oral and maxillofacial surgery. Fonseca 3 rd ed. 2017

سه جلد به استثناء فصول تروما (جلد دوم فصول ۱ تا ۱۵) و جراحی دنتوآلوئولر و ایمپلنت (جلد اول فصول ۲۰ تا ۲۳ و ۲۶ تا ۴۳) و جراحی ارتوگناتیک و زیبایی (جلد سوم فصول ۱-۲۶)

Peterson's principle of oral & maxillofacial surgery. Ghali 4th ed. 2022 (chapters 5 ,6,7,8 and 40, 41,42,43,44,45)

مباحث دنتوآلوئولر، ایمپلنت، عفونت و بازسازی مجموعا ۱۷ فصل کتاب (از ابتدای فصل ۵ تا انتهای فصل ۱۵) و فصول ۴۴، ۴۳، ۴۲، ۴۱، ۴۰ و ۴۵ و (۵۸-۷۷)

Schwartz's Principles of surgery. 11th ed. 2019

مباحث جراحی عمومی شوارتز سال ۲۰۱۹ فصول ۳، ۴، ۵

Oral maxillofacial surgery trauma. Fonseca, walker 4th ed. 2013

کلیه فصول

ب- ژورنال

International journal of oral and maxillofacial surgery

شماره های سال ۲۰۲۴

Journal of oral and maxillofacial surgery

شماره های سال ۲۰۲۴

با تشکر و امید موفقیت روز افزون

دکتر علیرضا ابراهیم پور

آبان ۱۴۰۴

فهرست مطالب

مجموعه سوالات ارتقا ۱۴۰۴	۶
پاسخنامه ارتقا ۱۴۰۴	۲۲

مجموعه سوالات

۱- در بیمار ترومایی نیازمند لوله گذاری تراشه کدامیک از موارد زیر نشانه **Intubation** راحت تر است؟

الف) باز شدن دهان بیشتر از سه انگشت و مالمپاتی II

ب) **Sunken cheeks** و بی دندان

ج) فاصله هایوید تا چانه کمتر از سه انگشت و مالمپاتی III

د) باز شدن دهان زیر سه انگشت و چاق

۲- کدامیک از داروهای زیر را در بیمار **Head Trauma** برای اینداکشن و بی هوشی عمومی نباید استفاده

کرد؟

الف) Etodimate ب) Ketamine ج) Propofol د) Midazolam

۳- کودک ۴ ساله کاندید جراحی شکاف لب است. کدام سایز لوله بیهوشی برای بیمار مناسب است؟ در چه

اندازه‌ای از طول لوله فیکس می‌شود؟

الف) قطر ۴ و طول ۱۶ سانتی متر ب) قطر ۵ و طول ۱۴ سانتی متر

ج) قطر ۶ و طول ۱۴ سانتی متر د) قطر ۷ و طول ۱۶ سانتی متر

۴- کودک ۴ ساله با ۱۶ کیلوگرم وزن به مدت ۶ ساعت **NPO** می باشد میزان کمبود مایعات این کودک پیش

از عمل براساس قانون ۱-۲-۴ چقدر است؟

الف) ۲۴۰ Cc ب) ۳۱۲ Cc ج) ۳۶۰ Cc د) ۴۱۶ Cc

۵- احتمال بروز آنافیلاکسی در زمان بی‌هوشی با تجویز کدام دارو بیشتر است؟

الف) اتر کوریوم ب) میپیدین ج) پروپوفول د) مورفین

۶- در مسمومیت با دیگوکسین کدامیک از تغییرات **ECG** زیر دیده می‌شود؟

الف) **St Elevation** ب) **St Depression**

ج) **T Wave Inversion** د) **Prolonged Waved**

۷- کدامیک از گزینه های زیر درست است؟

الف) شروع اثر داروهای بی هوشی در کودکان آهسته تر است

ب) داروهای بی‌هوشی محلول در چربی زمان بیشتری در داخل عروق کودکان باقی می‌ماند

ج) برای حصول اثرات مطلوب داروهای محلول در آب نیاز به دوز اولیه کمتری در کودکان می‌باشد

د) نیمه عمر داروی بی‌هوشی در کودکان ۲ ساله تا اوایل نوجوانی طولانی تر می‌باشد

۸- بیماری ۴۵ ساله با ضایعه ای در ناحیه دندان مولر اول پایین با نمای رادیوگرافی Mixed به اندازه ۲×۲ سانتی متر و نمای هیستولوژیک حلقه های Liesegang گزارش شده است. محتمل ترین ضایعه کدام است؟

الف) Orthokeratinized OKC ب) CEOT

ج) SOT د) COC

۹- کدامیک از گزینه های زیر در خصوص Infantile Hemangioma درست است؟

الف) معمولا در هنگام تولد دیده می شود.

ب) در ۵۰ درصد موارد فاز Involution تا سن ۷ سالگی کامل می شود

ج) در فاز Proliferation احتمال زخم و عفونت وجود دارد

د) در نوع Multifocal کبد و ریه نیز می تواند درگیر شود

۱۰- Koebner Phenomenon در کدامیک از گزینه های زیر دیده می شود؟

الف) Hand-Foot-Mouth Disease

ب) Behcets Syndrom

ج) Mucous Memberane Pemphigoid

د) Lichen planus

۱۱- Melanoma Staging با مشخصات زیر کدام می باشد؟ (ضخامت ۲/۵ میلی متر همراه با زخم و بدون

درگیری لنفاوی و متاستاز)؟

الف) I A ب) I B ج) II B د) II C

۱۲- همه گزینه ها در ارتباط با Microcystic Adnexal Carcinoma صحیح می باشد، بجز:

الف) رشد آهسته دارد ب) تهاجم پری نورال بسیار شایع می باشد

ج) عود در آن شایع می باشد د) رادیوتراپی در درمان آن موثر است

۱۳- کدامیک از گزینه های زیر در مورد استئوسارکوم فکین درست است؟

الف) Elective Neck Dissection توصیه می شود

ب) متاستاز کبدی آن نسبت به ریه بیشتر است

ج) مارجین منفی تا ۷۵ درصد Survival ۵ ساله را افزایش می دهد

د) رادیوتراپی نسبت به شیمی درمانی پس از عمل از اهمیت بیشتری برخوردار است

۱۴- شایع ترین محل درگیری کندروسارکوم در ناحیه سر و گردن کدام است؟

الف) symphysis ب) condyle ج) sinonasal tract د) larynx

۱۵- پروگنوز کدامیک از subtypes هیستولوژیک رابدومیوسارکوما بدتر است؟

الف) Botryoid ب) Spindle cell ج) Embryonic د) Alveolar

۱۶- تمام گزینه های زیر در مورد فیبروسارکوم صحیح است، بجز:

الف) پروگنوز در ناحیه سر و صورت نسبت به ارگان های دیگر نسبتا بهتر است.

ب) شایع ترین محل متاستاز دور دست ریه است.

ج) نوع high grade تومور پروگنوز ضعیف دارد.

د) رادیوتراپی قبل ناحیه سر و صورت در میزان بروز نقش ندارد.

۱۷- تمام جملات زیر در مورد oral cancer risk factor صحیح است، بجز:

الف) تنباکو و سیگار ۶-۸ را ریسک را افزایش می دهد.

ب) استعمال تنباکو و سیگار در مردان و زنان به یک اندازه ریسک را افزایش می دهد.

ج) بیش از ۳۰۰ مورد مواد کارسینوژن در دود سیگار وجود دارد.

د) در معرض دود سیگار بودن در افراد غیرسیگاری هم باعث افزایش ریسک می شود.

۱۸- در SCC ناحیه رترومولار احتمال درگیری لنفاوی کدام zone بیشتر است؟

الف) I ب) II ج) III د) IV

۱۹- کدامیک از گزینه های زیر در مورد آملوبلاستیک فیبروما درست است؟

الف) در دهه دوم زندگی دیده میشود ب) در زنان بیشتر از مردان است

ج) در فک بالا بیشتر دیده می شود د) نمای رادیوگرافیک یونی لوکولار دارد

۲۰- همه گزینه های زیر دلیل نامگذاری OKC به عنوان یک تومور است، بجز:

الف) احتمال برگشت (عود) بالا ب) نمای هیستوپاتولوژیک

ج) داشتن Tumor marker د) وجود کیست های اقماری

۲۱- همه گزینه ها در مورد Adenomatoid odontogenic tumor درست است به جز:

الف) تومور خوش خیم است ب) ماهیت Non-aggressive دارد

ج) می تواند نوعی hamartoma شمرده شود د) گونه ای از Ameloblastoma می باشد.

۲۲- در ارزیابی توده ناحیه لترال گردن در خانم ۵۴ ساله کدامیک به عنوان اولین تشخیص افتراقی مطرح می‌باشد؟

- (الف) برانشیال کلفت سیست
(ب) لنفانژیوما
(ج) لنفوما
(د) درموئید سیست

۲۳- برای افتراق همانژیوم شریانی وریدی و لنفانژیک کدام روش gold standard است؟

- (الف) انژیوگرافی
(ب) MRI با ماده حاجب
(ج) داپلر رنگی
(د) اولتراسونوگرافی

۲۴- درمان Aneurysmal bone cyst با رشد سریع کدام گزینه است؟

- (الف) انوکلیشن و کورتاژ
(ب) انوکلیشن و کورتاژ همراه با کرایوتراپی
(ج) اغلب رزکشن مورد نیاز است
(د) رزکشن همراه با رادیوتراپی

۲۵- کدام گزینه در ارتباط با (Polymorphous low – grade Adenocarcinoma (PLGA صحیح نیست؟

- (الف) از نظر میکروسکوپی مشابه پلئومورفیک آدنوما میباشد
(ب) نیاز به فالوآپ طولانی دارد
(ج) در صورت تهاجم به عصب روگنوز آن ضعیف تر میشود
(د) در این ضایعه متاستاز لنفاوی نادر است

۲۶- بیمار خانم ۴۸ ساله با سابقه ۵ ساله درد دو طرف مفصل و Stiffnes صبحگاهی بیش از یک ساعت و Open Bite قدامی پیشرونده و Cripitus و افزایش IgG در آزمایش خون را نشان می‌دهد. کدام گزینه زیر از تشخیص‌های محتمل می‌باشد؟

- (الف) استئو آرتریت
(ب) آرتریت پسوریاتیک
(ج) روماتوئید آرتریت
(د) نقرس

۲۷- همه گزینه‌های زیر سبب کاهش موفقیت آرتروسنتز می‌شود، بجز:

- (الف) درد شدید بیش از ۶ ماه
(ب) سن زیر ۲۵ سال
(ج) دفورمیت کندیل
(د) کاهش میزان باز شدن دهان پس از یک هفته

۲۸- کدامیک از لیزرهای زیر در جراحی‌های آرتروسکوپی مفصل فک کاربرد دارد؟

- (الف) Diod
(ب) Co2
(ج) Nd:YAG
(د) Erbium- YAG

۲۹- شایعترین نشانه رادیوگرافیک زودرس استئوآرتریت دژنراتیو و TMJ کدام است؟

- الف) کاهش فضای مفصل
ب) اسکروز استخوان ساب کندرال
ج) تشکیل کیست های استخوانی
د) صاف شدن سر کندیل

۳۰- همه گزینه ها در ارتباط با اسپلینت تراپی در مفصل TMJ صحیح است، بجز:

- الف) شایعترین اسپلینت برای درد عضلانی اسپلینت stabilization هست
ب) در اسپلینت bite plane هیچ تماسی برای دندان های خلف وجود ندارد
ج) اسپلینت repositioning در درمان کلیک موفقیت طولانی مدت دارد
د) اسپلینت pivot برای unloading مفصل حتما نیاز به چین کپ دارد

۳۱- در درمان کلیه بیماری های زیر می توان از کندیلوتومی استفاده کرد، بجز:

- الف) جابه جایی دیسک با ریداکشن
ب) درد مفصل بدون محدودیت حرکت
ج) Dislocation عود کننده مفصل
د) درد مفصل با کریپیتوس و محدودیت حرکت

۳۲- عارضه Hour Glass Deformity در کدام مرحله از درمان DO ممکن است ایجاد شود؟

- الف) Latency
ب) Consolidation
ج) Activation
د) At Surgery

۳۳- همه گزینه های زیر در خصوص Residual Palatal Fistula در ترمیم شکاف کام درست است، بجز:

- الف) میزان وقوع آن بستگی به عرض شکاف دارد
ب) در روش Forlow-Z Plasty کمتر دیده می شود
ج) وقوع آن بیشتر در محل اتصال کام سخت و نرم است
د) رعایت ملاحظات پس از عمل در کاهش آن از فاکتورهای کلیدی است

۳۴- در بستن شکاف کام سخت از راست به چپ کدام گزینه قابل انعطاف ترین و کدام گزینه موجب

وسکولاریتی بهتر بافت های پالاتال می گردد؟

- الف) V-Y PUSH BACK-VONLONGENBECK
ب) VONLONGENBECK-BARDACH
ج) BARDACH-VONLONGENBECK
د) BARDACH-V-Y PUSH BACK

۳۵- همه سندروم های زیر جز سندروم های شایع همراه با شکاف ایزوله کام می باشد، بجز:

- الف) سندروم دی جورج
ب) سندروم Vander woude
ج) سندروم داون
د) سندروم stickler

۳۶- کدام گزینه در ارتباط با درمان شکاف آلوئول ماگزایلا صحیح می باشد؟

- الف) استفاده از BMP در اطفال توصیه شده است
 ب) استفاده از ADM در ترمیم شکاف آلوئول توصیه شده است
 ج) اسپیلنت اکلوزال در موارد شکاف دو طرفه به مدت ۲-۴ هفته استفاده میشود
 د) احتمال شکستن اپلیاک در بزرگسالان بیشتر از کودکان است

۳۷- نوزاد شش ماهه با کرانیو سینوستوزیس یک طرفه کروئال تشخیص داده شده است. کدامیک از طرح**درمان های زیر برای بیمار مناسب تر است؟**

- الف) کرانیوتومی نواحی ساده و سوچور کروئال جوش خورده
 ب) بازسازی سقف خلفی جمجمه برای تسهیل رشد جمجمه و کاهش فشار مغزی
 ج) سوچورکتومی به کمک آندوسکوپ و بدنبال آن ۹ تا ۱۲ ماه درمان با کلاه ایمنی
 د) کرانیوتومی بای فرونتال با پیشروی فرونتو اربیتال و بازسازی نوار اربیتال همان سمت

۳۸- همه گزینه ها در ارتباط با تریگونوسفالی صحیح می باشد، بجز:

- الف) سابقه فامیلی در آن نقش دارد
 ب) باعث ایجاد triangle skull می شود
 ج) به دلیل افزایش ICP بیماران نیاز به جراحی دارند
 د) سبب ایجاد هیپوتلوریسم میشود

۳۹- در بیماران با سندرم تریچرکولین همه گزینه های زیر درست است، بجز:

- الف) در این بیماران پلاژوسفالی وجود ندارد
 ب) شایعترین اختلال چشم در این بیماران استرابیسموس می باشد
 ج) آنتی مونگولویید اسلنت در این سندرم مشاهده می شود
 د) آترزی کوان در این بیماران سبب مشکلات راه هوایی می شود

۴۰- در جلوگیری از Dry Socket کدام گزینه ارزش درمانی کمتری دارد؟

- الف) Copius Irrigation
 ب) Perioperative Systemic Antibiotics
 ج) Local Antibiotics
 د) Perioperative Rinse With CHX

۴۱- رایج ترین علت بیرون آوردن دندان عقل فک پایین پس از ۲۰ سالگی کدام است؟

- الف) پوسیدگی دیستال مولر دوم
 ب) پری کرونیث
 ج) Crowding دندان های جلو فک پایین
 د) پیشگیری از ضایعات پاتولوژیک

۴۲- در طبقه بندی **Howeii & Cawood** رنج **Knife Edge** با ارتفاع کافی در کدام کلاس قرار می گیرد؟
 الف) II (ب) III (ج) IV (د) V

۴۳- در مورد کاشت ایمپلنت در کودکان در حال رشد کدام گزینه نادرست است؟
 الف) با رشد کودک جابجایی اپیکال و پالاتالی رخ می دهد
 ب) شبیه دندان انکیلوز رفتار می کند
 ج) در کودکان دچار بیماری **Ectodermal Dysplasia** توصیه می شود
 د) در نواحی بازسازی شده توسط پیوند استخوان باعث تحلیل میشود

۴۴- استخوان هایبویید حد تحتانی کدام فضای عمقی سر و گردن می باشد؟
 الف) Sublingual (ب) Lateral Pharyngeal
 ج) Pterygomandibular (د) Pretracheal

۴۵- در ارتباط با استئومیلیت فک پایین کدام گزینه درست است؟
 الف) التهاب و عفونت مغز استخوان و کورتکس بدون درگیری پریوست است
 ب) درد آن بصورت عمیق و **Boring Pain** توصیف می شود
 ج) در نوع مزمن لکوسیتوز با شیفیت به چپ وجود دارد
 د) افزایش **ESR** و **CRP** از علایم اختصاص میباشد

۴۶- بیمار ۶۵ ساله با مصرف آلدرونیت خوراکی برای پوکی استخوان و سابقه همزمان استفاده از استروئید برای کشیدن دندان مولر فک پایین آمده است. مناسبترین استراتژی برای به کمترین رساندن خطر **MRONJ** چیست؟

الف) کشیدن دندان در همان روز
 ب) توصیه به درمان ریشه بجای کشیدن دندان
 ج) توصیه به قطع دارو دست کم دو ماه پیش از کشیدن دندان
 د) تجویز یک دوره ۲۰ جلسه ای اکسیژن هایپرباریک پیش از کشیدن دندان

۴۷- همه گزینه ها از عوارض **HBO Therapy** می باشد، بجز:
 الف) **Riversible Myopia** (ب) **Pneumothorax**
 ج) **Epistaxis** (د) **Otitis**

۴۸- جراحی پس از عمل میکروواسکولار با احتقان وریدی فلپ روبرو شده است. فلپ گرم و ادماتوز و بنفش رنگ است با سوزن زدن به فلپ خون گرم وریدی بیرون می آید. کدامیک از مداخلات زیر باید انجام شود؟

- الف) تجویز هپارین و دی پیرامیدول
 ب) استفاده از اکسیژن هیپر باریک
 ج) استفاده از زالو
 د) اکسیپلوریشن دوباره برای بررسی آناستاموزها

۴۹- همه گزینه های زیر از شریان های تغذیه کننده فلپ نازولیبیال می باشند، بجز:

- الف) Angular
 ب) Infraorbital
 ج) Infratrouchlear
 د) Superior Labial

۵۰- چند ماه پس از استئوتوم فک پایین حرکات فک به محدوده نرمال بر می گردد؟

- الف) ۱۲ (ب)
 ب) ۱۸ (ج)
 ج) ۲۴ (د)

۵۱- در تغییرات بافت نرم به دنبال جراحی ارتوگناتیک فک پایین همه گزینه ها درست است، بجز:

- الف) تغییرات لب بالا در بیماران CLII DIV I بدنبال جلو آوردن فک پایین هم دیده می شود
 ب) در جراحی جلو آوردن فک پایین لب پایین Everted و کوتاه میشود
 ج) در جلو آوردن فک پایین تغییرات بافت نرم و سخت چانه ۸ : ۰/۱ می باشد
 د) در عقب بردن فک پایین تغییرات بافت نرم در دراز مدت قابل پیش بینی نمیشد

۵۲- بیمار ۱۵ ساله دچار Hemifacial Microsomia دارای گلنویید فوسا و کندیل و هیپوپلازی خفیف فک

است. چرخش TMJ طبیعی ولی حرکات انتقالی محدود است. براساس طبقه بندی Modified Prozenski درمان مناسب برای بیمار کدام است؟

- الف) بازسازی کمپلکس کندیل و راموس با پیوند Chostochondral Graft
 ب) استئو دیستراکشن برای طویل کردن سمت درگیر
 ج) جراح ارتوگناتیک دو فک
 د) درمان ارتودنسی به تنهایی

۵۳- پس از ده روز از جراحی لفورت یک، یک فرد ۴۵ ساله سیگاری با خونریزی نبض دار از هر دو سوراخ

بینی آمده اند. بهترین راه کنترل خونریزی بیمار چیست؟

- الف) اکسیپلور فوری و بستن شریان کاروتید خارج
 ب) تجویز داروهای ضد فیبرنولیتیک سیستمیک
 ج) انجام سی تی آنژیو و Intervensional Radiography
 د) انجام IMF بین فک و کنترل فشار خون در بخش ICU

پاسخنامه

(۱) گزینه الف - فونسکا تروما صفحه ۵۵

TABLE 4-2 LEMON Chart		
Physical Signs	Less Difficult Airway	More Difficult Airway
Look externally	Normal face and neck No face or neck pathology	Abnormal face shape Sunken cheeks Edentulous Buck teeth Receding mandible Narrow mouth Obesity Face or neck pathology
Evaluate 3-3-2 rule	Mouth opening > 3F Hyoid-chin distance > 3F Thyroid cartilage to mouth floor distance > 2F	Mouth opening < 3F Hyoid-chin distance < 3F Thyroid cartilage to mouth floor distance < 2F
Mallampati scale	Class I and II (can see the soft palate, uvula, fauces, ± facial pillars)	Class III and IV (can only see the hard palate ± soft palate ± base of uvula)
Obstruction	None	Pathology within or surrounding the upper airway (e.g., peritonsillar abscess, epiglottitis, retropharyngeal abscess)
Neck mobility	Can flex and extend the neck normally	Limited range of motion of the neck

(۲) گزینه ب - فونسکا تروما صفحه ۸۹

Ketamine: علت منحصر به فرد بودن این داروی بیهوشی dissociative برخورداری بودن از اثر فراموشی در کنار ویژگی آرامبخشی و ضد درد است، کتامین دستگاه قلبی عروقی را تحریک کرده و عضلات صاف را به استراحت در میآورد و بنابراین در بیمارانی که دچار هایپوتنشن یا برونکواسپاسم هستند بسیار مفید است دوزاژ مناسب این دارو mg/kg بصورت IV یا mg/kg بصورت IM می باشد مهمترین ایراد کتامین افزایش ICP است؛ بنابراین نباید در بیمارانی که دچار آسیب تروماتیک مغزی شده اند استفاده شود.

(۳) گزینه ب - فونسکا ۲۰۱۷ جلد ۱ صفحه ۲۴۷

$$4 + (\text{age} / 4) = \text{tube diameter (in mm)}$$

$$12 + (\text{age} / 2) = \text{length of tube (in cm)}$$

(۴) گزینه ب - فونسکا ۲۰۱۷ جلد ۱ صفحه ۲۴۸

مدیریت مایعات بسته به شرایط شامل سه نوع می باشد نگهداری مایعات (maintenance)، جایگزینی مایعات (replacement) و کمبود مایعات (deficit). نگهداری مایعات با پیروی از قانون ۴:۲:۱ انجام می شود mL/kg برای ۴ کیلوگرم اول ۲ mL/kg برای ۱۰ کیلوگرم دوم و ۱ mL/kg/hr برای هر کیلوگرم بیشتر. مثلاً برای یک کودک ۳۰ کیلوگرمی، رژیم نگهداری مایعات به این شکل محاسبه می شود

$$mL\ 40 = mL\ 4 \times kg\ 10$$

$$mL\ 20 = mL\ 2 \times kg\ 10$$

$$mL\ 10 = mL\ 1 \times kg\ 10$$

$$mL/hr\ 70 = kg\ 30$$

جایگزینی مایعات به این روش محاسبه می شود: تعداد ساعات NPO بودن بیمار ضرب در حجم مایع نگهداری به علاوه حجم مایع نگهداری در هر ساعت، خون از دست رفته در طول ، جراحی خروجی ادرار و حجمه‌ای از دست رفته نامحسوس که در اکثر جراحیهای داخل دهانی معادل $1-3\ mL/kg/hr$ می باشد.

(۵) گزینه الف - فونسکا ۲۰۱۷ جلد ۱ صفحه ۲۵۲

**TABLE
19-7**

Drugs Involved in Perioperative Anaphylaxis

Substance	Incidence of Perioperative Anaphylaxis (%)	Most Commonly Associated With Perioperative Anaphylaxis
Muscle relaxants	69.2	Succinylcholine, rocuronium, atracurium
Natural rubber latex	12.1	Latex gloves, tourniquets, Foley catheters
Antibiotics	8	Penicillin and other β -lactams
Hypnotics	3.7	Propofol, thiopental
Colloids	2.7	Dextran, gelatin
Opioids	1.4	Morphine, meperidine
Other substances	2.9	Propacetamol, aprotinin, chymopapain, protamine, bupivacaine

From Hepner DL, Castells, MC: Anaphylaxis during the perioperative period, *Anesth Analg* 97:1381-1395, 2003.

(۶) گزینه ج - فونسکا ۲۰۱۷ جلد ۱ صفحه ۱۶۷

همان طور که پیشتر نیز مطرح گردید ECG وسیله ای بسیار ارزشمند جهت تشخیص ایسکمی های میوکارد است. بالا رفتن ST segment یا پایین آمدن بیش از ۱ میلیمتری آن از خط پایه یکی از تغییراتی است که نشان دهنده ایسکمی می باشد. تغییر مشابه دیگر در ECG که نشان دهند ایسکمی است معکوس شدن موج T می باشد. معکوس شدن موج T در هایپرتروفی بطنی، برخی از bundle branch blocks و درمان با digoxin نیز دیده می شود. بالا رفتن و پایین رفتن ST، اگر در چند لید وجود داشته باشد می تواند نشان دهنده یک ایسکمی در یک رگ یا منطقه خاص از قلب باشد.

(۷) گزینه ب - فونسکا ۲۰۱۷ جلد ۱ صفحه ۲۴۲

بیماران کودک در مقایسه با بزرگسالان پاسخ بسیار متفاوتی به داروها نشان می دهند این پاسخ تحت تأثیر ترکیب بدن توزیع برون ده قلبی اتصال به پروتئینها و بلوغ عملکردی کبد و کلیه ها قرار میگیرد در نتیجه داروهایی که پاسخی بسیار قابل پیش بینی در بزرگسالان دارند ممکن است در کودکان پاسخی بسیار غیر قابل پیش بینی نشان دهند. ترکیب بدن یک فرد با افزایش سن دچار تغییر می شود کل آب بدن در یک نوزاد با زمان زایمان طبیعی، ۷۳ درصد از وزن بدن و در یک فرد بزرگسال ۶۰ درصد از وزن بدن را تشکیل میدهد با رشد کودک کل آب بدن کاهش یافته و محتوای چربی و عضله آن افزایش پیدا می کند ترکیب بسیار متفاوت بدن یک نوزاد نسبت به یک بزرگسال از دو جنبه حایز اهمیت می باشد. اولاً، داروهای محلول در آب حجم آب بسیار بیشتری جهت توزیع دارند که این مسأله موجب نیاز به دوزهای اولیه بیشتر برای دستیابی به اثر مطلوب می گردد. ثانیاً، با وجود محتوای چربی و عضله، کمتر داروهایی که وابسته به توزیع در چربی یا عضله هستند مدت زمان بیشتری در داخل عروق باقی میمانند و بنابراین اثر بالینی طولانی تری نشان می دهند توزیع برون ده قلبی در بیماران کودک متفاوت است و این مسأله به ر به رفتار غیر قابل پیش بینی داروها می انجامد. جریان برون ده قلبی به سمت گروه های غنی از عروق (مغز) در بیماران کودک بیشتر بوده که نتیجه آن شروع اثر سریع تر داروها خواهد بود. همچنین بیماران کودک سطوح کمتری از آلبومین پلاسمایی دارند که موجب اتصال پروتئینی کمتر داروها و متعاقباً سطوح بیشتری از داروی آزاد فعال در سرم می شود. در آخر باید خاطر نشان کرد که عدم بلوغ عملکرد کبدی و کلیوی به نیمه عمر طولانیتر داروها و دفع کمتر آنها می انجامد. با رشد کودک ترکیب بدن، توزیع برون ده قلبی اتصال پروتئینی و بلوغ عملکردی کبد و کلیه همگی دچار تغییر شده و این موضوع تأثیر بیشتری بر رفتار داروها میگذارد. ترکیب بدن یک کودک بعد از ۲ سالگی مشابه یک بزرگسال می گردد، مقادیر پروتئین همانند مقادیر نرمال بزرگسالان می شود و کبد و کلیه ها به بلوغ عملکردی میرسند آنچه که اهمیت ویژه ای دارد این است که نسبت بیشتری از جریان برون ده قلبی به طرف کبد و کلیه هایی که به بلوغ عملکردی رسیده اند هدایت می گردد و این مسأله منجر به کوتاه شدن نیمه عمر بسیاری از داروها می شود با رسیدن کودک به دوران بلوغ نیمه عمر بسیاری از داروها افزایش یافته و به مقادیر نیمه عمر آنها در یک بزرگسال خواهد رسید. بطول کلی اکثر داروها در کودکان (infants) نیمه عمری طولانی تر در کودکان ۲ ساله تا اوایل نوجوانی نیمه عمری کوتاه تر و در نزدیکی بلوغ نیمه عمری طولانی تر نشان می دهند.

(۸) گزینه ب - فونسکا ۲۰۱۷ جلد ۲ صفحه ۳۹۹

CEOT در نمای هیستولوژیک خود دارای ترابکولها و و یا ورقه هایی از سلولهای اپیتلیالی بزرگ، ائوزینوفیلیک squamoid-shaped است که اغلب پلهای بین سلولی مشخصی دارند به رغم وجود سلولهای bizarre look، ing، تظاهر کلی ضایعه با یک بدخیمی تفاوت دارد کلسیفیکاسیونهای پراکنده با اشکال متحدالمرکز کنگره دار حلقه های (Liesegang) ممکن است در نواحی آمیلوئید یافت شوند که مطابق با رادیوپاسیتیهای مشاهده شده در رادیوگرافی هستند. مهمترین الگوی هیستولوژیک CEOT حاوی اجزای clear cell است. وجود این سلولهای شفاف با رفتار تهاجمی CEOT ارتباط دارد.

۹ سوال توسط سازمان سنجش حذف شده است

۱۰ گزینه د - فونسکا ۲۰۱۷ جلد ۲ صفحه ۵۵۸

ضایعات پوستی مشاهده شده در لیکن پلان بصورت پاپولها یا پلاکهای چند ضلعی بنفش رنگ هستند. در معاینه نزدیکتر، یک الگوی مشبک ظریف از white scale به نام Wickam striae به چشم میخورد ضایعات کلاسیک لیکن پلان در پوست بصورت پاپولها و پلاکهای بنفش خارش دار چندضلعی و مسطح planar یا flat (tapped) توصیف می شوند. محل شایع درگیری سطوح flexor اندامها بوده و تغییرات دیستروفیک در بستر ناخنها نیز گاهی اوقات مشاهده می گردد. احتمال پیدایش ضایعات در سطوح ترومادیده نیز وجود دارد که به آن پدیده Koebner گفته می شود این پاسخ بافتی به تروما در لیکن پلان دهانی نیز دیده می شود.

۱۱ گزینه ج - فونسکا ۲۰۱۷ جلد ۲ صفحه ۶۹۹

TABLE 29-6 T Classification of Melanoma

Tumor Thickness	Tumor Ulceration Status/ Mitoses
T1 ≤1.0mm	a: Without ulceration and mitosis <1/mm ² b: With ulceration or mitoses ≥1/mm ²
T2 1.01-2.0mm	a: Without ulceration b: With ulceration
T3 2.01-4.0mm	a: Without ulceration b: With ulceration
T4 >4.0mm	a: Without ulceration b: With ulceration

TABLE 29-8 M Classification of Melanoma

Metastasis Site	Serum LDH
M0 0 sites	N/A
M1a Distant skin, subcutaneous tissue or node metastasis	Normal
M1b Lung metastases	Normal
M1c Any other visceral metastases Any distant metastasis	Normal Elevated

TABLE 29-7 N Classification of Melanoma

Nodal Metastases	Nodal Mass
N0 0 nodes	a, micrometastasis*; b, macrometastasis*; c, in-transit/satellite(s) with (-) nodes n/a
N1 1 node	a, b
N2 2-3 nodes	a, b
N3 ≥4 nodes, matted nodes, in-transit or satellite(s) with (+) nodes	a, b, c

*Micrometastasis diagnosed after sentinel node biopsy or elective lymphadenectomy.
†Macrometastasis with clinically detectable nodes, confirmed with therapeutic lymphadenectomy or with gross extracapsular spread.

TABLE 29-9 Clinical Staging Groups for Melanoma*

Clinical Stage	T Classification	N Classification	M Classification
0	T in situ	N0	M0
IA	T1a	N0	M0
IB	T1b	N0	M0
	T2a	N0	M0
IIA	T2b	N0	M0
	T3a	N0	M0
IIB	T3b	N0	M0
	T4a	N0	M0
IIC	T4b	N0	M0
III	Any T	Any N	M0
IV	Any T	Any N	Any M

*Includes microstaging of primary melanoma and metastasis evaluation; after completed primary excision and clinical evaluation for metastasis.

۱۲) گزینه د - فونسکا ۲۰۱۷ جلد ۲ صفحه ۷۱۹

Microcystic Adnexal Carcinoma

این کارسینوما از مجاری عرق منشأ میگیرد و اکثراً پوست ناحیه سر و گردن را درگیر میکند. بیش از نیمی از موارد این کارسینوما بر روی لب بالا یا پایین ایجاد می شوند تمایل جنسیتی دیده نمی شود نداشتن علایم و رشد آهسته از علل تشخیص دیر هنگام هستند. perineural invasion (۸۰ درصد) شایع بوده و بیماران علامتدار غالباً از کرختی یا درد شکایت دارند متاستاز تا ۶۰ درصد شیوع دارد نفوذ عمقی و گسترش تا فراتر از مارجینهای بالینی میتواند اتفاق بیفتد که نتیجه آن افزایش احتمال عود موضعی تا ۷۰ درصد به دنبال excision خواهد بود از این رو در صورت امکان لازم است Mohs micrographic excision در دستور کار قرار بگیرد. استفاده از آنالیز frozen section در حین excision نیز میتواند کمک کننده باشد پرتودرمانی نقش ناچیزی در درمان اولیه دارد چون این تومورها تا حدودی نسبت به اشعه مقاوم هستند. معمولاً پرتودرمانی برای تسکین کنار گذاشته می شود. تومورهای خوش خیم ضمایم پوستی از لحاظ بالینی از تومورهای بدخیم غیر قابل افتراق میباشند

۱۳) گزینه ج - فونسکا ۲۰۱۷ جلد ۲ صفحه ۶۴۷

استئوسارکوماهای به رغم مناقشه برانگیز بودن پروتکل درمانی ایده آل سر و گردن تنها روش مشترک در بین تمامی تکنیکها رزکشن کامل تومور با حاشیههای منفی توسط جراحی است. تنها و مهمترین جنبه درمان استئوسارکوما رزکشن تا دستیابی به مارجینهای منفی بوده و مطالعات زیادی کاهش قابل توجه در کنترل موضعی بیماری و میزان بقا را در روشهای درمانی غیر جراحی نشان داده اند به دلیل شیوع بسیار پایین گسترش منطقه ای استئوسارکوما به گره های لنفی گردن elective neck dissection برای درمان استئوسارکوما غیر ضروری می باشد با این حال در صورتی که علایم بالینی یا رادیو گرافیک واضحی از درگیری گره های لنفاوی وجود داشته یا تومور اولیه مستقیماً به بافتهای نرم گردن گسترش پیدا کرده باشد selective neck dissection الزامی است.

هم شیمی درمانی و هم پرتو درمانی بعنوان روشهای درمانی کمکی یا تکمیلی به همراه رزکشن تومور مورد استفاده قرار گرفته اند. کاربرد شیمی درمانی کمکی دارای مزیت قابلیت پیش بینی و ارزیابی پاسخ به داروهای مختلف شیمی درمانی بوده و در انتخاب نهایی رژیم تکمیلی ایده آل کمک کننده خواهد بود. داروهای شیمی درمانی که در حال حاضر در درمان استئوسارکوما مورد استفاده قرار میگیرند عبارتند از high-dose methotrexate به همراه cisplatin ifosfamide ، adriamycin leucovorin rescue و cychlophamide منطق کاربرد شیمی درمانی عمدتاً در راد راستای ریشه کن کردن میکرومتاستازهای ریوی است که در ۸۰ درصد از استئوسارکوماهای اندامها در زمان تشخیص دیده می شود با این حال تنها ۷ تا ۱۷ درصد از بیماران دچار استئوسارکوماهای سر و گردن متاستازهای دوردست که شایع ترین آنها به ریه ها و مغز است را نشان می دهند و بنابراین استفاده از شیمی درمانی در این گروه از بیماران احتمالاً منفعت کمتری دارد در هر صورت شیمی درمانی کمکی سیستمیک با افزایش در بقای فاقد بیماری و نیز میزان بقای کلی بیماران مبتلا به استئوسارکوماهای سر و گردن مرتبط شناخته شده است.