



۱۳۹۸

سبز آزمون

جداول مهم امتحانی دروس ماژور (۱) (دروس داخلی)

ویژه آزمون های دستیاری و پیش کارورزی

WWW.SABZAZMOON.COM

فهرست

۵	..... مقدمه
۶	..... قلب و عروق
۶	..... اثرات مداخلات فیزیولوژیک و فارماکولوژی بر روی شدت سופل ها و صداهای قلبی
۷	..... کرایتریای جونز برای تشخیص تب روماتیسمی
۷	..... داروهای رایج مورد استفاده در درمان طبی مبتلایان به UA/NSTEMI
۸	..... طبقه بندی انجمن قلب نیویورک (کلاس عملکردی)
۸	..... بتابلوکرهای موثر و غیر موثر در درمان نارسایی قلبی با کاهش EF
۹	..... یافته هایی که VT را از SVT همراه با Aberrancy افتراق می دهند
۹	..... ریسک فاکتورهای مرگ قلبی ناگهانی بعد از انفارکتوس میوکارد
۱۰	..... علائم High risk که حاکی از ضرورت بستری یا بررسی کامل سنکوپ می باشند
۱۱	..... افتراق کاردیومیوپاتی رستریکتیو از پریکاردیت کانستریکتیو
۱۲	..... تست های آزمایشگاهی پایه در ارزیابی اولیه هیپرتانسیون
۱۲	..... درمان های ارجح برای بیماران انتخابی مبتلا به فشارخون بالای اورژانسی
۱۳	..... سایر علل افزایش تروپونین های قلب به جزء انفارکتوس میوکارد
۱۳	..... هیپرتانسیون سیستولیک همراه با فشار نبض پهن
۱۴	..... زمان انجام استراتژی تهاجمی زودرس در بیماران مبتلا به NSTEMI-ACS
۱۴	..... تقسیم بندی فشارخون
۱۵	..... گوارش
۱۵	..... موارد استفاده از بیوپسی روده کوچک در سوءجذب
۱۵	..... علل آسیت
۱۶	..... علائم بالینی همراه با اسهال حاد براساس پاتوژن عامل اسهال
۱۷	..... ریسک فاکتورهای مربوط به ایجاد زخم کاسترودئودنال در اثر مصرف NSAIDs
۱۷	..... اختلالات مرتبط با زخم پپتیک
۱۸	..... علل زخم هایی که ناشی از هلیوباکتریلوری یا NSAID نمی باشند
۱۹	..... توصیه های لازم برای درمان صدمات مخاطی ناشی از مصرف NSAIDs
۱۹	..... راهنمای درمان با NSAID

- کرایتریاهای تشخیصی سندرم روده تحریک پذیر^۱ ۲۰
- داروهایی که جهت رفع علامت غالب در IBS استفاده می شوند ۲۰
- عوامل زمینه ساز آنسفالوپاتی کبدی ۲۲
- الگوی سرولوژیک مختلف هیپاتیت B ۲۳
- دسته بندی Child-Pugh جهت سیروز ۲۳
- کلیه ۲۴
- Management هیپرناترمی ۲۴
- علل اسیدوز متابولیک همراه با آنیون گپ (AG) بالا ۲۴
- بیماری گلومرولی با هیپوکمپلمانی (کاهش C3) ۲۵
- طبقه بندی نفریت لوپوسی ۲۵
- داروهایی که می توانند سبب سنگ کلیه شوند ۲۶
- یافته های سنگ کلیه در آزمایش ادرار و تصویربرداری ۲۶
- ریسک فاکتورهای ایجاد سنگ های کلیوی ۲۷
- یافته های بالینی مطرح کننده بیماری رنواسکولر اترواسکلروتیک ۲۷
- ریسک فاکتورهای بیماری مزمن کلیوی (CKD) ۲۷
- ریسک فاکتورهای بیماری های عروقی در مبتلایان به CKD ۲۸
- ریه ۲۹
- قوانین تصمیم گیری بالینی برای DVT, PTE ۲۹
- پیشگیری از ترومبوآمبولی وریدی در بیماران بستری در بیمارستان ۳۰
- عوامل موثر بر کلیرانس تنوفیلین ۳۱
- معیارهای Gold جهت ارزیابی شدت COPD ۳۱
- کرایتریای Curb-65 ۳۱
- آنتی بیوتیک درمانی تجربی (Empirical) در پنومونی اکتسابی از جامعه (CAP) ۳۲
- افتراق پلورال افیوژن اگزودایی و ترانسودایی ۳۳
- علل پلورال افیوژن ۳۳
- ریسک فاکتورهای سندرم آپنه انسدادی خواب ۳۴

- ۳۴ ریسک فاکتورهای بدتر شدن زود هنگام در پنومونی اکتسابی از جامعه (CAP)
- ۳۴ مقایسه دلیریوم و دمانس
- ۳۵ **روماتولوژی**
- ۳۵ طبقه بندی افیوژن های سینوویال براساس تعداد WBC
- ۳۵ رادیکولوپاتی لومبوساکرال
- ۳۶ ریسک فاکتورهای وجود علت ساختمانی مهم برای کمردرد حاد
- ۳۷ رادیکولوپاتی گردنی
- ۳۸ مقایسه اسپوندیلوآرتیت ها
- ۳۹ معیار طبقه بندی لوپوس کالج روماتولوژی آمریکا، ۱۹۹۷
- ۴۰ کرایتریاهای تشخیصی سندرم آنتی بادی ضد فسفولیپید
- ۴۰ سندرم های مشابه اسکرودرمی
- ۴۱ علل هیپراوریسمی
- ۴۱ داروهای تأیید شده توسط FDA جهت پیشگیری و درمان استئوپروز
- ۴۲ میوپاتی ایدیوپاتیک التهابی
- ۴۳ **غدد**
- ۴۳ یافته های آزمایشگاهی علل پلی اوری
- ۴۳ کرایتریاهای تشخیصی دیابت
- ۴۴ ریسک فاکتورهای دیابت شیرین نوع II
- ۴۴ اهداف درمانی برای بالغین مبتلا به دیابت
- ۴۵ درمان DKA
- ۴۶ میزان مقادیر فاکتورهای آزمایشگاهی در DKA و وضعیت هیپراسمولار هیپرگلیسمیک (HHS)
- ۴۶ علل افزایش TBG و کاهش TBG
- ۴۷ وضعیت های همراه با هیپرتیروکسینمی یوتیروئید
- ۴۷ یافته های حاکی از بدخیمی یک ندول تیروئیدی در سونوگرافی
- ۴۸ توصیه های انجام غربالگری هایپرلیپیدمی
- ۴۸ نحوه درمان با توجه به سطوح کلسترول LDL

- داروهایی که به طور شایع در درمان هیپرلیپیدمی به کار می روند ۴۹
- علل ثانویه هیپرلیپیدمی ۵۰
- کرایتریاهای تشخیصی سندرم متابولیک براساس NCEP; ATP HI و کرایتریاهای IDF ۵۰
- خون و آنکولوژی** ۵۱
- مراحل آزمایشگاهی ایجاد فقر آهن ۵۱
- تشخیص آنمی های میکروسیتیک ۵۱
- تشخیص های افتراقی آنمی هیپوپرولیفراتیو ۵۲
- داروهایی که خطر همولیز را در افراد دچار کمبود G6PD افزایش می دهند ۵۲
- ویژگی های هموگلوبینوپاتی های سیکل سل ۵۳
- نتایج غربالگری آزمایشگاهی در اختلالات فاکتورهای انعقادی ۵۳
- INR هدف در وضعیت های مختلف ۵۴
- طول مدت درمان در ترومبوآمبولی وریدی ۵۴
- داروهایی که مقدار وارفارین را تحت تاثیر قرار می دهند ۵۵
- سندرم های پرائئوپلاستیک مرتبط با کارسینوم برونکوژنیک ۵۵

مقدمه

موفقیت در آزمون دستیاری پزشکی به عنوان یکی از اهداف و آمال بزرگ فارغ التحصیلان پزشکی عمومی در جهت ارتقا به سطح علمی بالاتر و امید به آینده بهتر شغلی می باشد که در این راستا هر ساله شاهد رقابت سخت و تنگاتنگ تعداد قابل توجهی از همکاران می باشیم. متأسفانه حجم زیاد مطالب مورد آزمون و کمبود وقت کافی جهت مرور بیشتر و تسلط کامل بر مطالب از یک طرف و از طرفی دیگر پراکندگی مطالب مهم در دروس و کتب مختلف خود یکی از معضلات پر استرس اکثر داوطلبان علی الخصوص در ماهها و روزهای نزدیک به آزمون می باشد.

تجربه نشان داده شده است که در این آزمون رقابتی داوطلبانی موفق خواهند بود که بتوانند زمان را به نحو شایسته و هوشمندانه ای مدیریت کرده باشند که مسلماً انتخاب حجم مطالب مناسب و دسته بندی شده در این زمینه بسیار کمک کننده است.

سبز آزمون نیز با تجربه چندین ساله در زمینه برگزاری آزمون های اینترنتی هوشمند و با شناخت کامل و تخصصی از آزمون های پزشکی و در جهت رفع نیاز داوطلبان اقدام به تهیه یکسری مطالب دسته بندی شده از کتب مختلف مورد آزمون نموده است.

فایل PDF جداول مهم و امتحانی دروس ماژور دومین محصول سبز آزمون بعد از موفقیت و استقبال خوب همکاران از فایل PDF الگوریتم های مهم و امتحانی دروس ماژور در این راستا می باشد که امید است با استقبال و رضایت همکاران محترم واقع گردد.

با توجه به اینکه در آزمون های دستیاری و پیش کاروزی به کرات و بطور مستقیم از این جداول مهم توسط طراحان سوال طرح گردیده است و در روزهای نزدیک به آزمون پراکندگی این موارد مهم در کتب مختلف و دسترسی به آن ها زمانبر می باشد و از طرفی احتمال از قلم افتادن آن ها در مرور و خواندنشان نیز می باشد که خود استرس مضاعفی بر داوطلبان می باشد، مطالعه این مجموعه جامع و دسته بندی شده در جهت موفقیت همکاران بسیار کمک کننده می باشد.

مدیریت سبز آزمون

قلب و عروق

اثرات مداخلات فیزیولوژیک و فارماکولوژی بر روی شدت سوفل ها و صداهای قلبی

- تنفس
- دم: سوفل ها و صداهای سمت راست قلب به استثنای Ejection sound ناشی از تنگی پولمونر (PES) با عمل دم افزایش پیدا می کنند.
- بازدم: معمولاً باعث بلندتر شدن سوفل ها و صداهای طرف چپ قلب می گردد.
- مانور والسالوا: باعث کاهش شدت و مدت زمان بیشتر سوفل ها می گردد.
- موارد استثناء:
 ۱. سوفل های سیستولی HOCM با مانور والسالوا معمولاً بلندتر می شود.
 ۲. سوفل های ناشی از MVP با مانور والسالوا طولانی تر و اغلب بلندتر می شود.
- توجه: شدت سوفل های طرف راست قلب با قطع شدن مانور والسالوا زودتر از سوفل های طرف چپ به وضعیت قبلی برمی گردد.
- بعد از VPB یا AF: سوفل هایی که از دریچه های هلالی (Semilinar) طبیعی یا تنگی منشا می گیرند بعد از VPB یا بعد از یک چرخه طولانی AF، افزایش می یابند. برعکس سوفل های ناشی از نارسایی دریچه های دهلیزی-بطنی یا تغییر نمی کنند یا به علت دیس فانکشن عضله پاپیلری کاهش یافته یا در مواردی مثل MVP کوتاهتر می شوند.
- تغییرات وضعیتی
 - ایستادن: باعث کاهش یافتن بیشتر سوفل می شود.
 - استثناء:
 ۱. سوفل HOCM با ایستادن بلندتر می گردد.
 ۲. سوفل MVP با ایستادن طولانی تر گردیده و اغلب بلندتر می شود.
 - چمباتمه زدن (Squatting): باعث بلندتر شدن بیشتر سوفل می گردد.
 - استثناء: سوفل های HOCM و MVP با چمباتمه زدن به طور معمول ملایم تر گردیده و حتی ممکن محو گردد. بالا بردن پاهای بیمار توسط پزشک (پاسیو) هم نتایج مشابهی مثل چمباتمه زدن می دهد.
- ورزش: سوفل های ناشی از عبور جریان خون از خلال دریچه های طبیعی یا مسدود شده (مثل MS و PS) با هر دو نوع ورزش ایزوتونیک و ایزومتریک (البته نه با بیشترین شدت) مثل مشتم کردن دست بلندتر می شوند. سوفل های ناشی از MR، VSD و AR هم با مشتم کردن دست افزایش پیدا می کنند. با این وجود سوفل ناشی از HOCM اغلب با ورزشی مثل مشتم کردن دست (با شدتی نزدیک به حداکثر) کاهش پیدا می کند.
- S₃ و S₄ مربوط به طرف چپ قلب بویژه وقتی که ناشی از بیماری ایسکمیک قلبی باشند با ورزش تشدید می شوند.

فیبریلاسیون دهلیزی=AF	نارسایی دریچه آئورت=AR
نارسایی دریچه ریوی=PR	ضربان زودرس بطنی=VPB
کاردیومیوپاتی هیپرتروفیک=HOCM	تنگی دریچه ریوی=PS
نارسایی تنگی دریچه تریکوسپید=TR	نقص دیواره بین بطنی=VSD
نارسایی دریچه میترال=MR	تنگی دریچه تریکوسپید=TS
پرولاپس دریچه میترال=MVP	تنگی دریچه میترال=MS

کرایتریای جونز برای تشخیص تب روماتیسمی

<ul style="list-style-type: none"> ▪ کرایتریای ماژور <ul style="list-style-type: none"> ۱. کاردیت (درد قفسه سینه پلورتیک، فریکشن راب، نارسایی قلبی) ۲. پلی آرتريت ۳. کره ۴. اريتم مارژیناتوم ۵. ندول های زیر جلدی ▪ کرایتریای مینور <ul style="list-style-type: none"> ۱. تب ۲. آترالژی ۳. سابقه تب روماتیسمی قبلی یا بیماری قلبی روماتیسمی شناخته شده
--

داروهای رایج مورد استفاده در درمان طبی مبتلایان به UA/NSTEMI

گروه دارویی	وضعیت بالینی	موارد اجتناب ^۱
نیترات ها	به مبتلایان به سندرم حاد کرونری که ناراحتی قفسه سینه یا علائم معادل آنژین صدری دارند تجویز می شود. به شکل زیرزبانی تجویز می گردند و اگر علائم پایدار باقی بماند به صورت IV تجویز می شوند.	هیپوتانسیون بیمارانی که سیلدنافیل یا سایر مهارکننده های PDE-5 را دریافت می کنند.
بتا-بلوکرها	به تمام مبتلایان به سندرم حاد کرونری تجویز می شود.	۱-فاصله PR بیشتر از 0/24 ثانیه ۲-بلوک AV درجه ۲ و ۳ ۳-ضربان قلب کمتر از ۶۰ ۴-فشارخون کمتر از 90 mmHg ۵-شوک ۶-نارسایی بطن چپ ۷-بیماری شدید واکنشی راه های هوایی
کلسیم بلوکرها	در بیمارانی که علائم آنها با دوزهای کافی نیترات ها و بتابلوکرها رفع نشده است، یا در بیمارانی که نمی توانند دوزهای کافی یک یا هر دوی این داروها را تحمل کنند و یا در مبتلایان به آنژین واریانت	۱-ادم ریوی ۲-اختلال عملکرد بطن چپ (برای وراپامیل و دیلتیازم)
سولفات مورفین	بیمارانی که علائم آنها با ۳ قرص زیر زبانی نیتروگلسیرین برطرف نگردیده است یا علائم آنها ضمن درمان ضدایسکمیک عود کند.	۱-هیپوتانسیون ۲-سرکوب تنفسی ۳-گیجی (کنفوزیون) ۴-خواب آلودگی

طبقه بندی انجمن قلب نیویورک (کلاس عملکردی)

<p>مبتلایان به بیماری قلبی که در فعالیت های فیزیکی محدودیتی ندارند. فعالیت های فیزیکی معمولی، موجب خستگی بیش از حد، تپش قلب، تنگی نفس یا درد آنژیینی نمی گردد.</p>	<p>کلاس I</p>
<p>مبتلایان به بیماری قلبی که محدودیت مختصری در فعالیت های فیزیکی دارند. در حالت استراحت، بدون علامت می باشند. فعالیت های فیزیکی معمولی موجب خستگی، تنگی نفس، یا درد آنژیینی می گردد.</p>	<p>کلاس II</p>
<p>مبتلایان به بیماری قلبی که دچار محدودیت قابل ملاحظه ای در فعالیت های فیزیکی می باشند. در هنگام استراحت، بدون علامت می باشند. فعالیت های کمتر از حد معمول، موجب خستگی، تپش قلب، تنگی نفس یا درد آنژیینی می گردد.</p>	<p>کلاس III</p>
<p>مبتلایان به بیماری قلبی که قادر به انجام هر فعالیت فیزیکی بدون ناراحتی نمی باشند. علائم نارسایی قلبی یا سندرم آنژیینی، حتی در هنگام استراحت هم وجود دارند و با انجام هرگونه فعالیت فیزیکی، ناراحتی افزایش می یابد.</p>	<p>کلاس IV</p>

بتابلوکرهاى موثر و غير موثر در درمان نارسايى قلبى با کاهش EF

<p>بتابلوکرهاى موثر</p> <ul style="list-style-type: none"> • کاردویلول (Carvedilol) • بیستوپرولول (Bisoprolol) • متوپرولول (Metoprolol)
<p>بتابلوکرهاى غير موثر</p> <ul style="list-style-type: none"> • بوسیندولول (Bucindolol) • زاموترول (Xamoterol)