



حقیقت نگار وجود و عدم  
نخستین سرآغاز آغازهاست

به نام خداوند لوح و قلم  
خدایی که داننده رازهاست



# به IQ+ خوش آمدید

مؤلف:

دکتر آدینه طاهرخانی



نوآوران دانش اِمَاهان

۰۲۱ - ۴۲۸۸۱۲۰۰

[www.noavaranedanesh.ir](http://www.noavaranedanesh.ir)

اولویت بندی مباحث بر مبنای اهمیت امتحانی از نظر مؤلفین:

خونریزی‌های گوارشی	مباحث بسیار مهم
زخم پپتیک	
بیماری‌های مری بویژه دیسفاژی در GERD	
سلیاک و سوء جذب	مباحث مهم
بیماری‌های التهابی روده	
سندرم روده تحریک پذیر و درد شکم	
هپاتیت حاد ویروسی	
ارزیابی بیمار مبتلا به بیماری کبدی	
بیماری‌های پانکراس	مباحث نسبتاً مهم:
بیماری‌های کیسه صفرا و مجاری صفراوی	
زردی	
نارسایی حاد کبد	
سیروز و عوارض آن	

## فهرست:

۹.....	فصل اول: درد شکم و سوء جذب
۲۳.....	فصل دوم: اسهال و یبوست
۳۱.....	فصل سوم: خونریزی‌های گوارشی
۴۵.....	فصل چهارم: بیماری‌های مری
۵۷.....	فصل پنجم: زخم پپتیک
۶۷.....	فصل هفتم: بیماری‌های التهابی روده
۷۹.....	فصل هشتم: بیماری‌های پانکراس
۹۱.....	فصل نهم: بیماری‌های کیسه صفرا و مجاری صفراوی
۹۹.....	فصل دهم: نحوه ارزیابی بیمار مبتلا به بیماری کبدی
۱۰۵.....	فصل دوازدهم: هیپر بیلی روبینمی
۱۰۹.....	فصل سیزدهم: هپاتیت حاد و بروسی
۱۱۹.....	فصل چهاردهم: نارسایی حاد کبد
۱۳۵.....	نمونه سوالات دستیاری ۱۴۰۱

## فصل اول: درد شکم و سوء جذب



جذب مواد غذایی در تمام طول روده کوچک ← استثناء: ویتامین B12 و کلسترول فقط در (Terminal ileum) TI

### هضم و جذب چربی

- ۹۵ درصد چربی رژیم غذایی ← تری گلیسرید با اسید چربی زنجیره طولانی
- چربی غذا ← پروگزیمال روده باریک ← نمک های صفراوی
- آنزیم های پانکراس ← (co-lipase) اسید چرب، مونوگلیسرید
- لیپید و ویتامین های محلول در چربی (A/D/E/K) ← عمدتاً در ژژنوم جذب می شوند.

### هضم و جذب کربوهیدرات

نشاسته ← آمیلاز براق ← الیگوساکارید ← در حاشیه مسواکی (brush border) ← ساکاراز ← مونوساکارید  
 آمیلاز پانکراس ← لاکتاز

جذب:

گلوکز و گالاکتوز ← انتقال فعال به همراه سدیم  
 فروکتوز ← انتشار تسهیل شده

### علائم بالینی سوء جذب:

اسهال، استئاتوره، کاهش وزن، نفخ، ادم، اتساع شکم

### شک به سوء جذب:

شرح حال، معاینه، تست های آزمایشگاهی:

• بیماری مخاطی ← بیوبسی دنودنوم ← مطالعه باریوم دستگاه گوارش فوقانی

• بیماری پانکراس:

سونوگرافی ± ERCP ± CT Scan } پاسخ به مکمل آنزیمی  
 سطح سرمی، مدفوعی آنزیم های پانکراس }

درمان تجربی

• BOS ← تست تنفسی هیدروژن، گزیلوز باکربن ۱۴

• سرخ تشخیص نداریم ← اندازه گیری کمی چربی مدفوع:

غیرطبیعی ← تست D - گزیلوز }  
 NL ← پانکراس  
 AbNL ← بیماری مخاطی

نرمال ← ارزیابی برای اسهال مزمن

## نحوه ارزیابی بیمار سوء جذب:

اولویت ← بررسی سوء جذب چربی، قدم بعدی ← کربوهیدرات

### سوء جذب چربی:

- ساده‌ترین: (۱) رنگ‌آمیزی مدفوع با سودان (حساسیت کمتر نسبت به اندازه‌گیری کمی) (۲) اندازه‌گیری کاروتن سرم
- دقیق‌ترین: اندازه‌گیری کمی چربی مدفوع ۷۲ ساعته < ۷ گرم در روز = سوء جذب چربی ← قدم بعدی: تست D گزیلوز:
  - طبیعی ← نارسایی پانکراس
  - غیرطبیعی ← سوء جذب مخاطی ← تست هیدروژن بازدمی:
    - ◀ منفی: بیوپسی مخاط روده باریک
    - ◀ مثبت: BOS

### تست‌ها:

- (۱) عملکرد برون‌ریز پانکراس ← آسپیراسیون محتویات دئونوم ← اشکال: روش ته‌اجمی
- (۲) نارسایی پانکراس: الاستار مدفوع، کلسیفیکاسیون پانکراس در عکس ساده یا CT Scan
- (۳) سوء جذب مخاطی:
  - > تست D گزیلوز ← مثبت کاذب ← گاستروپارزی، آسیت، BOS، ادم محیطی شدید، اختلال در عملکرد دفعی کلیه‌ها، داروهای: نئومایسین، ASA، گلیپزاید، ایندومتاسین
  - ← بیوپسی مخاط روده باریک ← تشخیصی ← ویپل، آمیلوئیدوز، آنژییت ائوزینوفیلیک، لنفاژکتازی، لنفوم اولیه روده، ژیلارو یا آنتایپروئتینمی، آنتی‌کالوموسیمی، مانتوتینوز
  - ← غیرطبیعی، غیر تشخیصی ← سلیاک، اسکروز سیستمیک، آنتریت ناشی از رادیاسیون، BOS، اسپیریوی تروپیکال، کرون

### سوء جذب B12:

- (۱) پرکردن ذخایر کبدی با  $1000 \mu\text{g}$  ویتامین B12 غیر نشان دار
- (۲) تست شیلینگ:  $0.5 \mu\text{g}$  B12 نشان دار ← اندازه‌گیری B12 ادرار ← کاهش = سوء جذب Vit B12
- (۳) اصلاح تست شیلینگ بدن‌بال تجویز فاکتور داخلی: + ← آنمی پرنشیوز
- (۴) اصلاح با تجویز کوتاه مدت آنتی‌بیوتیک خوراکی + BOS ←
- (۵) اصلاح با تجویز آنزیم خوراکی پانکراس + ← نارسایی پانکراس
- (۶) اصلاح نشد: بیماری ایلئوم یا فقدان پروتئین ترنس کوبالامین

### سوء جذب کربوهیدرات:

- شایع‌ترین ← عدم تحمل لاکتوز
- علائم: نفخ، کرامپ، اسهال
- تست هیدروژن هوای بازدمی ↑ ← هیدروژن هوای بازدمی بدن‌بال مصرف کربوهیدرات

← DDX :

(۱) کمبود دی ساکاریداز

(۲) BOS

عدم تحمل لاکتوز:

(۱) هیدروژن هوای بازدمی ← حساس تر و اختصاصی تر است.

(۲) تست تحمل خوراکی لاکتوز

سایر تست‌ها:

(۱) کربن ۱۴ رادیواکتیو در CO<sub>2</sub> هوای بازدمی در سوء جذب چربی‌ها، اسیدهای صفاوی، Bos، افزایش می‌یابد.

(۲) شکاف اسموتیک مدفوع: اسمولاریته پلاسما - [۲ × (سدیم مدفوع + پتاسیم مدفوع)]

در صورت وجود اسیدهای چرب با زنجیره کوتاه یا کربوهیدرات هضم نشده در مدفوع افزایش می‌یابد.

اسپروی سلیاک (اسپروی غیر گرمسیری)

- ارتباط با HLA-DQ2 و HLA-DQ8

- بیماری‌های همراه ← درماتیت هرپتی فرم، DM1، کمبود انتخابی IgA، بیماری‌های اتوایمیون، بیماری‌های تیروئید (هاشیموتو، گریوز)

- علائم: نفخ، اسهال مزمن، استئاتوره، ↑ دفع گاز، عدم تحمل لاکتوز، آرتراژی، افسردگی، خستگی، استئوپروز، استئومالاسی

- کاهش وزن، اتساع شکم، شواهد آنمی فقر آهن، بثورات پاپولوویکولر پوستی در صورت همراهی با درماتیت هرپتی فرم

- تشخیص: سرولوژی + بیوپسی + پاسخ به رژیم فاقد گلوتن

- سرولوژی: ← برای تشخیص: Anti TTG

← غربالگری بیماران با علائم آتیپیک یا بستگان بدون علامت بیماران: آنتی گلیادین، آنتی اندومیزیال، آنتی رتیکولین

بیوپسی ← قطعی‌ترین روش تشخیص

← یافته‌ها: افزایش ارتشاح پلاسماسل‌ها و لنفوسیت‌های مخاطی و آتروفی پرزهای روده

درمان: رژیم غذایی بدون گلوتن برای تمام عمر + تجویز مکمل در صورت نیاز (آهن، کلسیم، ویتامین‌ها)

غذاهای حاوی گلوتن ← گندم، جو، بلغور، چاودار، جوی دوسر

پاسخ به رژیم فاقد گلوتن Dx را قطعی می‌کند. نیاز به بیوپسی مجدد نیست.

Imaging: مطالعات باریوم: قوس‌های روده با دیواره نازک و متسع

کپسول اندوسکوپی ← پرزهای روده پهن و صاف

عدم پاسخ به درمان پس از ۱۲ ماه رژیم فاقد گلوتن = سلیاک مقاوم به درمان (RCD)

انواع RCD:

- تیپ I ↑ ← لنفوسیت‌های T طبیعی پلی کلونال در اپی‌تلیوم

- تیپ II ↑ ← T غیرطبیعی مونوکلونال ← همراهی با ژنوتیپ اولسراتیو و لنفوم سلول T مرتبط با آنروپاتی

## خودآزمایی:

۱- بیماری به علت جراحی توتال گاسترکتومی به شما ارجاع داده شده است. کدام اقدام به منظور پیشگیری از کم‌خونی ضروری است؟ (دستیاری ۹۹)

الف) تجویز کوبالا آمین

ب) تجویز فولیک اسید

ج) تجویز محلول آهن خوراکی

د) اندازه‌گیری متیل مالونیک سالانه

جذب آهن و فولیک اسید در روده باریک صورت می‌گیرد. B12 منحصر در ترمینال ایلئوم جذب می‌شود. (ولی برای جذب به فاکتور داخلی نیاز دارد که در معده تولید می‌شود).

پاسخ: گزینه «الف» صحیح است.

۲- در کدام یک از بیماری‌های زیر نمونه‌برداری روده باریک در زمینه بررسی سوء جذب تشخیصی نمی‌باشد؟ (دستیاری ۹۶)

ب) آمیلوئیدوز

الف) کرون

د) ژیلاردیوز

ج) ویپل

نمای پاتولوژی روده در کرون غیرطبیعی است ولی اختصاصی نیست. در سه بیمار دیگر اختصاصی است.

پاسخ: گزینه «الف» صحیح است.

نوآوران دانش  
(ماهان)

## فصل هشتم بیماری‌های پانکراس



### پانکراتیت حاد

اتیولوژی ← سنگ‌های صفراوی (شایع‌ترین) ← افزایش گذرای آنزیم‌های کبدی بویژه ALT > 150 IU/mL به نفع پانکراتیت صفراوی است.

الکل (دومین علت شایع)

سیگار ← ریسک فاکتور برای پانکراتیت حاد ، پانکراتیت مزمن و کنسر پانکراس

سایر علل:

← انسداد: تومورهای آمپولر و پانکراس

پارازیت‌ها: آسکاریس

← داروها: داروهایی که ارتباط قطعی با بروز پانکراتیت دارند:

آزاتیوپرین، مرکاپتوپورین، والپروئیک اسید، استروژن ، تتراسیکلین، مترونیدازول ، نیتروفورانتوئین، پنتامیدین، فوروزاماید، سولفونامیدها، متیل دوپا، سیتارابین، سایمتیدین ، رانی تیدین ، سولینداک

← متابولیک: هیپرتری گلسیریدمی، هایپرکلسمی، ESRD

← عفونت‌ها:

- پارازیت: آسکاریس، کولونورکیس

- ویرال: mumps، هپاتیت‌های A ، B ، C

### پانکراتیت اتوایمیون :

- مردان، دهه‌ی شش و هفت

- شایع‌ترین تظاهر: ایکتر انسدادی ، توده سر پانکراس

- پاتولوژی : انفیلتراسیون لنفوپلاسماسل + رسوب IgG4

- درمان: کورتیکواستروئید

تشخیص پانکراتیت حاد: ۲ مورد از ۳ مورد:

- درد شکم compatible: درد مداوم که با دراز کشیدن بدتر و در وضعیت خم شده به جلو بهتر می‌شود).

- افزایش آمیلاز یا لیباز سرم بیش‌تر از ۳ برابر نرمال

- یافته‌های کاراکتریستیک پانکراتیت حاد در CT اسکن.

### عوارض پانکراتیت شدید (نکروزان):

شوک، AKI ، نارسایی تنفسی

هیپوکلسمی، هیپرگلسیمی، اسیدوز

- Cullen's sign (اکیموز دورناف) Grey Turner's sign (اکیموز پهلوها)

عوارض تاخیری پانکراتیت : ۴w بعداز ← پانکراتیت بینابینی ، کیست کاذب ← بی علامت (اغلب)



### ← در صورت :

- درد شکم
- سیری زودرس
- تهوع و استفراغ
- بزرگی پیشرونده
- شک به عفونت
- درناژ با گاید CT Scan

### پانکراتیت نکروزان (Severe):

← Walled off necrosis در صورت عدم بهبودی با اقدامات Conservative ۴-۶ هفته بعد نکروز کتومی انجام می‌شود. در پانکراتیت حاد نکروزان اگر بعد از ۷۲-۴۸ ساعت از بستری تب قطع نشود، یا شواهد SIRS وجود داشته باشد، با شک به عفونی شدن نکروز آنتی‌بیوتیک امپایریک شروع و FNA تحت گاید CT انجام می‌شود.

### درمان:

(۱) هیدراسیون شدید وریدی (بوژه در ۴۸ ساعت اول) ← کاهش موربیدیتی و مورتالیتی  
← انتخابی: کریستالوئیدها به ویژه رینگر لاکتات

(۲) GI Rest ، NPO

(۳) مسکن تزریقی

(۴) اکسیژن کمکی ← در تمام بیماران

(۵) ← NG Tube به شرط وجود تهوع و استفراغ و یا لئوس تعبیه می‌شود.

### شروع تغذیه خوراکی:

- با رفع درد شکم و بی‌اشتهایی به محض امکان شروع می‌شود.
- در فرم شدید در صورتی که بیمار قادر به خوردن نیست تغذیه از طریق NG Tube و اگر امکان تعبیه NGT نبود از تغذیه وریدی استفاده می‌شود.

### پانکراتیت صفراوی:

- خفیف ← کله سیستکتومی قبل از ترخیص
- شدید ← در صورت وجود سنگ در مجاری صفراوی ERCP ← برای خروج سنگ، کله ستیکتومی به تعویق انداخته می‌شود.

### پانکراتیت مزمن:

#### اتیولوژی:

- شایع ترین: الکل
- سایر ← غیرانسدادی: ایدیوپاتیک، تروپیکال، ژنتیک، تروماتیک، اتوایمیون، ایسکمی عروقی، متابولیک

- انسدادی:

- اختلال عملکرد اسفنکتر ادی
- Pancreatic Divisum
- تروماتیک
- تومورهای آمپول واتر
- تومورهای سیستم صفراوی

- متابولیک: هیپرکلسمی، هیپرتری‌گلسیریدمی

\*سنگ‌های صفراوی در پانکراتیت مزمن نقشی ندارند.

**علائم:** درد شکم، تهوع، استفراغ، اسهال، استئاتوره، سوء جذب ویتامین‌های محلول در چربی (A,D,E,K , Vit B12)، عدم تحمل گلوکز یا دیابت  
آمیلاز و لیپاز ← طبیعی هستند.

**تشخیص:**

میزان پایین تریپسین سرم برای پانکراتیت مزمن پیشرفته اختصاصی است.

(۱) عدم‌مول: عکس ساده شکم یا CTScan شکم و لگن ← وجود کلسیفیکاسیون پانکراس پاتوگنوسرنیک، پانکراتیت مزمن است و نیاز به اقدام تشخیصی بیش‌تر، نیست.

(۲) اندوسونوگرافی ← - یا مشکوک

(۳) تست تحریکی سکرترین

**درمان:**

مکمل آنزیمی لیپاز، آمیلاز، تریپسین و کموتریپسین

تداوم اسهال: استئاتوره علی‌رغم دریافت مکمل آنزیمی ← دریافت چربی کمتر از ۵۰ گرم در روز و استفاده از تری‌گلیسریدهای با زنجیره متوسط

**کنترل درد شکم ←**

- قطع سیگار و الکل
- وعده‌های غذایی کم حجم با چربی کم (به ویژه استفاده از MCT)
- هیدراتاسیون
- استفاده از مسکن‌ها
- مکمل آنزیمی پانکراس
- پره‌گابالین ، TCA ، SSRI ، SNRI
- مصرف آنتی‌کسیدان‌ها: (سلنیوم، ویتامین C و E، متیونین) (دکامپرشن اندوسکوپیک (ERCP))
- جراحی

### سوالات پانکراس:

۱- کدام یک از معیارهای زیر در تعیین پروگنوز بیماران مبتلا به پانکراتیت حاد، کاربرد ندارد؟

- الف) هماتوکریت  
 ب) BUN  
 ج) میزان اسیداوریک سرم  
 د) میزان کلسیم سرم

معیارهای رانسون جهت تعیین شدت پانکراتیت:

هنگام پذیرش: سن < ۵۵ سال ، لکوسیتوز <  $16000/mm^3$  ، گلوکز <  $200mg/dL$  ، LDH <  $350IU/L$  ، AST <  $250IU/L$ .

معیارهای طی ۴۸ ساعت از بستری:

کاهش هماتوکریت < ۱۰٪ ، افزایش BUN <  $5mg/d$  ،  $base\ deficit < 4\ mEq/L$  ، کلسیم سرم <  $8mg/dL$  ،  $PaO_2 > mmHg$  ، ۶۰ ، کمبود مایع بیش‌تر از ۶ لیتر

سیستم امتیازدهی دیگر: BISAP

BUN >  $25mg/d$ : B

I : impaired mental status

SIRS + :S

age > 80yr: A

Plural effusion :P

پاسخ: گزینه «ج» صحیح است.

۲- بیمار خانم ۶۰ ساله که ۵ هفته قبل دچار پانکراتیت حاد شده است. با شکایت احساس توده شکمی مراجعه کرده است. در CTScan کیست با حاشیه صاف و محتویات مایع یک دست به قطر ۷cm در پانکراس گزارش شده است. درد شکم، بی‌اشتهایی، تهوع، استفراغ ندارد، اقدام بعدی کدام است؟

- الف) FNA با گاید سونوگرافی  
 ب) درناژ جراحی کیست  
 ج) پیگیری بیمار  
 د) درناژ اندوسکوپیکی کیست

سودوسیت که ۴w بعد از پانکراتیت بینابینی ایجاد می‌شود، در صورتی که علامت نداشته باشد، نیاز به درناژ ندارد. پاسخ: گزینه «ج» صحیح است.

۳- خانم ۴۵ ساله با شکایت درد مداوم اپی‌گاستر از شب گذشته به اورژانس مراجعه کرده است. درد با خم شدن به جلو بهتر می‌شود. تهوع دارد ولی استفراغ نداشته است. در آزمایشات (NI up to)  $Amylase: 400IU$  و  $Lipase: 950$  (up to 70) دارد. علائم حیاتی پایدار است و سایر آزمایشات طبیعی است. در قدم بعدی کدام اقدام را انجام نمی‌دهید؟

الف) CT Scan شکم با پروتکل پانکراس

ب) بستری و هیدراسیون شدید

ج) سونوگرافی کیسه صفرا و مجاری صفراوی

د) اکسیژن مکمل

بیمار ۲ معیار از ۳ معیار تشخیصی پانکراتیت حاد را دارد. بنابراین تشخیص پانکراتیت حاد مسجل است. و نیاز به انجام CTScan برای تشخیص پانکراتیت نیست. شایع ترین علت پانکراتیت حاد سنگ‌های صفراوی است. بنابراین سونوگرافی کیسه صفرا و مجاری صفراوی برای تعیین اتیولوژی لازم است. مهمترین اقدام در درمان پانکراتیت حاد هیدراسیون کافی و overt است. اکسیژن مکمل در تمامی موارد پانکراتیت حاد تجویز می‌شود.  
پاسخ: گزینه «الف» صحیح است.

۴- خانم ۶۷ ساله‌ای با شکایت زردی از یک ماه پیش مراجعه کرده است. در بررسی هایپر بیلی روبینمی مستقیم دارد. در سی تی اسکن شکم توده در پانکراس بدون شواهدی از متاستاز دیده می‌شود. کدام را توصیه می‌کنید؟

الف) جراحی

ب) ERCP و تعبیه Stant

ج) بیوپسی از توده تحت هدایت CT Scan

د) اندوسونوگرافی

شایع ترین علامت کنسر سر پانکراس ایکتر بدون علامت است. قدم اول تشخیصی CTScan است. و در صورتی که شواهد متاستاز نداشته باشد قدم بعدی اندوسونوگرافی برای Staging لوکال است.  
پاسخ: گزینه «د» صحیح است.

۵- شایع ترین علت پانکراتیت حاد کدام است؟

الف) مصرف الکل

ج) عارضه دارویی

ب) سنگ صفراوی

د) هیپرتری گلیسریدمی

در پانکراتیت حاد شایع ترین علت سنگ صفراوی و سپس الکل است. الکل شایع ترین علت پانکراتیت مزمن است.  
پاسخ: گزینه «ب» صحیح است.

۶- مرد ۵۴ ساله با شکایت درد متناوب شکم از یک سال قبل و اسهال چرب، از یک ماه قبل، مراجعه می‌کند. در بررسی آزمایشگاهی FBS:140 دارد. سایر آزمایشات شامل LFT، آمیلاز و لیپاز نرمال است. کدام بررسی اولویت دارد؟

الف) تست تحریک سکرترین

ج) عکس ساده شکم

ب) بررسی میزان چربی مدفوع

د) بررسی مجدد سطح سرمی آمیلاز