جوانه

آکادمی آموزشی جوانه

پرستاری و بیماری‌های داخلی و جراحی

پاسخنامه تشریحی

کارشناسی ارشد ۱۴۰۵

داخلی جراحی؛ سوالات ۱ تا ۲۴

پاسخنامه تشریحی

پرستاری و بیماری‌های داخلی و جراحی

سوال ۱

مراقبت پرستاری برای بیمار دارای تراکشن استخوانی اندام تحتانی کدام است؟

۱) بجز شرایط تهدید حیات، نباید وزنه‌های کشش اسکلتی را جدا کرد.	۲) برای کاهش درد زیاد، می‌توان وزنه را برای مدت ۱۰ دقیقه جدا کرد.
۳) پرستار باید روزانه وزنه‌ها را ۱۵ دقیقه برای افزایش تحمل بیمار جدا کند.	۴) برای کاهش درد و افزایش تحمل بیمار، می‌توان تعداد وزنه‌ها را کم کرد.

پاسخ صحیح گزینه «۱» ✓ بجز شرایط تهدید حیات، نباید وزنه‌های کشش اسکلتی را جدا کرد.

در تراکشن اسکلتی پین یا سیم مستقیم از استخوان عبور می‌کند و نیروی کشش باید مداوم باشد تا استخوان در راستای درست بماند و اسپاسم عضله مهار شود. پرستار هرگز وزنه‌ها را برنمی‌دارد، مگر آن‌که جان بیمار در خطر باشد (مثلاً نیاز به احیا).

چرا بقیه‌ی گزینه‌ها درست نیست؟

۲) برای درد، حتی ۱۰ دقیقه برداشتن وزنه هم درست نیست؛ کشش قطع می‌شود، استخوان جابه‌جا می‌شود و اسپاسم و درد بیشتر می‌شود. برای درد باید مسکن داد.

۳) برداشتن روزانه‌ی وزنه‌ها برای ۱۵ دقیقه یعنی کشش متناوب؛ تراکشن اسکلتی هرگز نباید متناوب باشد.

۴) کم کردن تعداد وزنه‌ها وزن تجویزشده را تغییر می‌دهد و کار پرستار نیست؛ این کار برای راحتی بیمار مجاز نیست.

در جزوه

جزوه داخلی جراحی، فصل شانزدهم: ارتوپدی، بخش «فیکساتور خارجی و تراکشن»

«پرستار هرگز وزنه‌ها را برنمی‌دارد مگر جان بیمار در خطر باشد. ۴۸ ساعت اول پانسمان جاذب استریل و بعد پانسمان شل یا بدون پانسمان؛ بررسی پین (قرمزی، گرمی، ترشح) حداقل هر ۸ ساعت از نظر عفونت و استئومیلیت؛ بدون دستکاری وزنه‌ها؛ جهت کشش ثابت و در راستای محور بلند استخوان.»

نکته مهم تراکشن اسکلتی هرگز نباید متناوب باشد. در کنکور ۱۳۹۴ هم مهم‌ترین اقدام پرستاری در بیمار دارای کشش اسکلتی «کنترل وضعیت عصبی – عروقی» بوده است.

@_javaneh

سوال
۲

اقدام پرستار برای بیماری که پس از قطع عضو، دچار درد اندام خیالی شده، کدام است؟

۱) بیمار را تشویق کند تا به دردش توجه نکند.	۲) بیمار را تشویق نماید تا در صورت درد، بیان کند.
۳) تنها راه کنترل درد، استفاده از مسکن مخدر است.	۴) بیمار را از مشاهده اندام سالم پرهیز دهد.

پاسخ صحیح گزینه «۲» ✓ بیمار را تشویق نماید تا در صورت درد، بیان کند.

درد اندام خیالی (فانتوم) واقعی است و در اثر تغییرات مکانیسم‌های عصبی مرکزی و محیطی ایجاد می‌شود، نه تخیل بیمار.

مهم‌ترین قدم پرستار این است که احساس بیمار را باور کند و او را تشویق کند درد را بیان کند تا به‌موقع درمان شود.

چرا بقیه‌ی گزینه‌ها درست نیست؟

۱) نادیده گرفتن درد یا تشویق بیمار به بی‌توجهی، درد را کم نمی‌کند و اعتماد او را از بین می‌برد.

۳) مسکن مخدر تنها راه نیست؛ بی‌حسی موضعی (مؤثرترین)، تحریک الکتریکی عصب از راه پوست، بتابلوکر، ضدتشنج، ضدافسردگی، ماساژ استامپ و نوتوانی زودهنگام هم به‌کار می‌روند.

۴) پرهیز از دیدن اندام سالم هیچ جایگاهی در کنترل درد فانتوم ندارد؛ بیمار باید فعال نگه داشته شود و نوتوانی را زود شروع کند.

در جزوه

جزوه داخلی جراحی، فصل شانزدهم: ارتوپدی، بخش «درد شبح اندام (فانتوم)»

«در اثر تغییرات مکانیسم‌های عصبی مرکزی و محیطی؛ معمولاً ۲ تا ۳ ماه بعد از عمل و شایع در آمپوتاسیون بالای زانو.»

جزوه داخلی جراحی، فصل شانزدهم: ارتوپدی، بخش «درد شبح اندام (فانتوم)»

«اقدامات: باور کردن احساس بیمار، فعال نگه داشتن، شروع زودهنگام نوتوانی، ماساژ محکم استامپ، تحریک الکتریکی عصب از راه پوست، بی‌حسی موضعی (مؤثرترین)، بتابلوکر (سوزش مبهم)، ضدتشنج (درد خنجری و کرامپی)، ضدافسردگی و تقویت عضلات اکستانسور بازو و تمرین شنا در حالت نشسته؛ پرهیز از فلکسیون و بستن صمیح بانداژ.»

سوال
۳

دلیل تزریق مادام‌العمر ویتامین B12 پس از انجام گاستریکتومی کامل کدام است؟

۱) نمی‌تواند در ایلئوم جذب شود.	۲) فقط در معده ذخیره می‌شود.
۳) جراحی باعث افزایش نیاز می‌شود.	۴) در روده بزرگ جذب می‌شود.

پاسخ صحیح گزینه «۱» ✓ نمی‌تواند در ایلئوم جذب شود.

ویتامین B12 فقط وقتی جذب می‌شود که به «فاکتور داخلی» ترشح‌شده از سلول‌های معده بچسبد و مجموعه در ایلئوم انتهایی جذب شود. در گاستریکتومی کامل معده برداشته می‌شود و فاکتور داخلی از بین می‌رود، پس B12 خوراکی جذب نمی‌شود و بیمار باید تا آخر عمر B12 تزریقی بگیرد.

چرا بقیه‌ی گزینه‌ها درست نیست؟

۲) B12 در کبد ذخیره می‌شود نه در معده؛ از معده فقط فاکتور داخلی ترشح می‌شود.

۳) جراحی نیاز بدن به B12 را زیاد نمی‌کند؛ مشکل در جذب است، نه در نیاز.

۴) جذب B12 در ایلئوم انتهایی انجام می‌شود، نه روده بزرگ.

در جزوه

جزوه داخلی جراحی، فصل ششم: خون، بخش «کمبود B12 (آنمی پرنیشیوز)»

«نبود فاکتور داخلی در ترشحات معده و در نتیجه سوءجذب کوبالامین (B12).»

سوال ۴

بیماری در بخش مراقبت‌های ویژه بستری و قرار است تغذیه غیردهانی درازمدت را بیش از یک‌ماه برای او شروع کنند. با توجه به خطر آسپیراسیون، روش تغذیه مناسب کدام است؟

۱) گاستروستومی	۲) لوله معدی
۳) لوله روده‌ای	۴) تغذیه کامل وریدی

پاسخ صحیح گزینه «۳» ✓ لوله روده‌ای

تغذیه‌ی بیش از یک‌ماه یعنی روده کار می‌کند و باید از راه گوارش تغذیه شود (تغذیه‌ی رودهای بهتر از وریدی است). چون خطر آسپیراسیون زیاد است، محل ورود غذا باید پایین‌تر از پیلور و در روده‌ی کوچک (ژژنوم) باشد تا برگشت غذا به ریه کمتر شود.

چرا بقیه‌ی گزینه‌ها درست نیست؟

۱) گاستروستومی برای تغذیه‌ی طولانی‌مدت خوب است، اما غذا وارد معده می‌شود و خطر برگشت و آسپیراسیون را برطرف نمی‌کند.

۲) لوله‌ی معدی (NG) برای مدت کوتاه است و غذا در معده تخلیه می‌شود؛ خطر آسپیراسیون دارد.

۴) تغذیه‌ی کامل وریدی فقط وقتی است که دستگاه گوارش قابل‌استفاده نباشد؛ عفونت شایع‌ترین عارضه‌ی آن است.

در جزوه

جزوه داخلی جرامی، فصل هشتم: گوارش، بخش «تغذیه وریدی (TPN)»

«شایع‌ترین عارضه: عفونت؛ شایع‌ترین عامل: کاندیدا آلبیکنس. شایع‌ترین عارضه قطع TPN: هیپوگلیسمی ریباند. عارضه افزایش سرعت: هیپرگلیسمی.»

سوال
۵

خانواده‌ای به دنبال تصادف خودرو دچار سانحه شده و یکی از فرزندان خود را از دست می‌دهند. والدین به شدت ناراحت و آشفته هستند و این موضوع را با گذشت یک‌سال نپذیرفته‌اند. نوع سوگ تجربه‌شده کدام است؟

۱) قابل پیش‌بینی (Anticipatory)	۲) حل‌نشده (Unresolved)
۳) محروم از حق (Disenfranchised)	۴) بدون عارضه (Uncomplicated)

پاسخ صحیح گزینه «۲» ✓ حل‌نشده (Unresolved)

سوگ طبیعی با گذشت زمان فروکش می‌کند و معمولاً ظرف حدود یک سال به سمت بهبودی می‌رود. وقتی پس از یک سال والدین هنوز شدیداً ناراحت و آشفته‌اند و فقدان را نپذیرفته‌اند، سوگ حل‌نشده (Unresolved)، یعنی سوگ مختل یا پاتولوژیک، است.

چرا بقیه‌ی گزینه‌ها درست نیست؟

۱) سوگ قابل‌پیش‌بینی (Anticipatory) پیش از مرگ و در بیماری‌های قابل‌پیش‌بینی رخ می‌دهد؛ اینجا مرگ ناگهانی و پس از حادثه بوده است.

۳) سوگ محروم از حق (Disenfranchised) سوگی است که جامعه آن را به رسمیت نمی‌شناسد یا فرد اجازه‌ی عزاداری علنی ندارد؛ در متن چنین چیزی نیامده است.

۴) سوگ بدون عارضه (Uncomplicated) همان سوگ طبیعی است که در مدت معمول به سازگاری می‌رسد؛ ناراحتی شدید پس از یک سال طبیعی نیست.

در جزوه

جزوه روان‌پرستاری، فصل نهم: علامت‌شناسی، بخش «اختلالات خلق»

«سوگ یا داغ‌دیدگی (Grief): غمگینی متناسب با فقدان بزرگ. دوام سوگ بیشتر از شش ماه بیماری‌زاست.»

جزوه روان‌پرستاری، فصل دوازدهم: اختلالات افسردگی، بخش «افسردگی چیست؟»

«سوگ (اندوه عمیق): فرد دنیا را بی‌ارزش می‌داند و از دنیا بیزار است. افکار خودکشی و ناتوانی در کسب لذت ندارد و ظرف یک سال به سمت بهبودی می‌رود.»

سوال ۶

بیمار مبتلا به سیروز طی دو روز اخیر دچار اختلال خواب و کاهش تمرکز شده است.

یافته‌ای که بیشترین ارتباط را با وضعیت فعلی بیمار دارد، کدام است؟

۱) افزایش آمونیاک و اختلال عملکرد عصبی	۲) افزایش هموگلوبین و کاهش حجم پلاسما
۳) کاهش آلبومین و افزایش اشتهای بیمار	۴) افزایش گلوکز و کاهش فعالیت عضلانی

پاسخ صحیح گزینه «۱» ✓ افزایش آمونیاک و اختلال عملکرد عصبی

در سیروز کبد توان سم‌زدایی خود را از دست می‌دهد و آمونیاک خون بالا می‌رود؛ آمونیاک بر مغز اثر می‌گذارد و انسفالوپاتی کبدی ایجاد می‌کند. نشانه‌های اولیه‌ی آن کاهش تمرکز، تغییر خلق و به‌هم‌خوردن الگوی خواب است، همان چیزی که بیمار دارد.

چرا بقیه‌ی گزینه‌ها درست نیست؟

۲) افزایش هموگلوبین و کم‌شدن حجم پلاسما علتی برای اختلال خواب و تمرکز در سیروز نیست.

۳) در سیروز آلبومین کم می‌شود ولی علت اختلال هوشیاری نیست و اشتها هم زیاد نمی‌شود، بلکه بی‌اشتهایی دیده می‌شود.

۴) افزایش قند و ضعف عضلانی بیمار را به اختلال هوشیاری و خواب مرتبط نمی‌کند؛ علت اصلی آمونیاک است.

در جزوه

جزوه داخلی جرامی، فصل نهم: کبد، صفرا و پانکراس، بخش «انسفالوپاتی کبدی و کما»

«علت اصلی: افزایش سطح آمونیاک. پاتوفیزیولوژی: ناتوانی کبد در سم‌زدایی، شانت پورت - سیستمیک، تحریک گیرنده‌های بنزودیازپینی و GABA، افزایش منگنز و تجمع مرکاپتان‌ها.»

جزوه داخلی جرامی، فصل نهم: کبد، صفرا و پانکراس، بخش «انسفالوپاتی کبدی و کما»

«علائم اولیه: کاهش تمرکز، تغییرات خلقی (بی‌قراری، تحریک‌پذیری) و وارونه شدن الگوی خواب (روزخوابی و بی‌خوابی شبانه).»

نکته مهم در کنکور ۱۳۹۸ هم عامل مرتبط با خواب‌آلودگی در بیمار سیروز کبدی با آسیت «افزایش آمونیاک» بوده است.

سوال
۷

بیمار مبتلا به نارسایی قلبی طی سه روز ۲.۵ کیلوگرم افزایش وزن داشته است. اکنون دچار ارتوپنه، کراکل دوطرفه و SpO_2=88% شده است. اولویت اقدام پرستاری کدام است؟

۱) محدودکردن فعالیت و تشویق بیمار به استراحت در تخت	۲) قرار دادن بیمار در وضعیت نشسته و تأمین اکسیژن
۳) اندازه‌گیری وزن روزانه و ثبت آن در پرونده بیمار	۴) آموزش بیمار درباره محدودیت سدیم و مایعات روزانه

پاسخ صحیح گزینه «۲» ✓ قرار دادن بیمار در وضعیت نشسته و تأمین اکسیژن

افزایش وزن سریع، ارتوپنه، کراکل دوطرفه و SpO2=88% یعنی نارسایی قلب با ادم ریه و هیپوکسی. در هیپوکسی اولویت با تنفس است: بیمار را در وضعیت نشسته (در ادم حاد ریه با پاهای آویزان) قرار می‌دهیم تا برگشت وریدی و فشار روی ریه کم شود و اکسیژن می‌دهیم؛ بعد نوبت دیورتیک و بقیه‌ی مراقبت‌هاست.

چرا بقیه‌ی گزینه‌ها درست نیست؟

۱) استراحت لازم است، اما با SpO2 پایین‌تر از ۹۰٪ کار اول رفع هیپوکسی است، نه فقط محدودکردن فعالیت.

۳) وزن روزانه در پیگیری مایعات مهم است، ولی اندازه‌گیری و ثبت آن هیپوکسی بیمار را درمان نمی‌کند.

۴) آموزش درباره‌ی سدیم و مایعات بعد از پایدار شدن بیمار مناسب است، نه هنگام دیسترس تنفسی.

در جزوه

جزوه داخلی جراحی، فصل پنجم: قلب، بخش «نارسایی قلب»

«نارسایی بطن چپ: تنگی نفس فعالیتی، ارتوپنه، سرفه، PND (احساس خفگی ناگهانی و شدید در خواب)، هموپتزی، سیانوز، بی‌قراری، کاهش هوشیاری، تاکی‌کاردی (علامت اولیه) و کاهش برون‌ده ادراری.»

جزوه داخلی جراحی، فصل پنجم: قلب، بخش «نارسایی قلب»

«اقدام در ارتوپنه: چند بالش زیر سر یا بالا آوردن سر تخت یا نشستن روی صندلی.»

جزوه داخلی جراحی، فصل پنجم: قلب، بخش «ادم حاد ریه (APE)»

«رژیم: محدودیت نمک و مایعات. پوزیشن: نشسته با پاهای آویزان؛ اگر هیپرتانسیون دارد FLAT.»

سوال ۸

عملکرد داروی والزارتان (valsartan) که به منظور کنترل پرفشاری خون تجویز می‌شود، کدام است؟

۱) با کاهش دفع پتاسیم، احتمال مسمومیت به پتاسیم را بیشتر می‌کند.	۲) از طریق کاهش مقاومت عروق محیطی باعث کاهش فشارخون می‌گردد.
۳) از طریق جلوگیری از ورود یون کلسیم باعث کاهش فشارخون می‌گردد.	۴) با افزایش بازجذب مایع و سدیم باعث افزایش فشارخون می‌شود.

پاسخ صحیح گزینه «۲» ✓ از طریق کاهش مقاومت عروق محیطی باعث کاهش فشارخون می‌گردد.

والزارتان از گروه ARB است و گیرنده‌ی آنژیوتانسین II را مسدود می‌کند. آنژیوتانسین II عروق را منقبض می‌کند؛ با مسدود شدن آن مقاومت عروق محیطی کم و فشار خون پایین می‌آید.

چرا بقیه‌ی گزینه‌ها درست نیست؟

۱) کاهش دفع پتاسیم (هیپرکالمی) عارضه‌ی ARB است، نه مکانیسم کنترل فشار خون.

۳) جلوگیری از ورود یون کلسیم مکانیسم کلسیم‌بلوکرهاست (مثل دیلتیازم)، نه ARB.

۴) افزایش بازجذب مایع و سدیم فشار خون را بالا می‌برد؛ ARB عکس این اثر را دارد.

در جزوه

جزوه داخلی جرامی، فصل پنجم: قلب، بخش «ACE inhibitor و ARB»

«دو نوع: مهار ساخت آنژیوتانسین II با مهار آنزیم مبدل (کاپتوپریل، انالاپریل، لیزینوپریل)، یا بلوک عملکرد آنژیوتانسین II روی گیرنده‌ها (لوزارتان، والزارتان).»

نکته مهم با ACE inhibitor باید فشار خون، برون‌ده ادراری، Na، Cr و K پایش شود.

سوال ۹

در برنامه مراقبت پرستاری از فرد مبتلا به اختلال شریان اندام تحتانی، اقدام مناسب کدام است؟

۱) قرار دادن اندام‌های تحتانی در سطح پایین‌تر از قلب	۲) بی‌حرکت نگه داشتن پا
۳) استفاده از جوراب‌های واریس برای بهبود گردش خون	۴) جلوگیری از سرد شدن پاها و تشویق به فعالیت و ورزش

پاسخ صحیح احتمالی‌گزینه «۱ و ۴»

در بیماری شریانی اندام تحتانی خون‌رسانی کم است؛ قرار دادن اندام پایین‌تر از سطح قلب با کمک جاذبه جریان خون شریانی به پا را بیشتر می‌کند. بالا بردن پا (مثل نارسایی وریدی) خون‌رسانی را بدتر می‌کند.

گرم نگه داشتن پا و ورزش تدریجی در بیماری شریانی توصیه می‌شود، اما در این سوال اقدامی که مستقیماً خون‌رسانی شریانی را بهتر می‌کند، پایین نگه داشتن اندام است، ولی خب باید منتظر کلید از سمت سنجش بود.

چرا بقیه‌ی گزینه‌ها درست نیست؟

۲) بی‌حرکتی خون‌رسانی را بدتر می‌کند و خطر ترومبوز و زخم فشاری را بالا می‌برد.

۳) جوراب واریس (فشاری) برای نارسایی وریدی است و در بیماری شریانی با فشار روی عروق جریان خون را کمتر می‌کند.

در جزوه

جزوه داخلی جرامی، فصل پنجم: قلب، بخش «پوزیشن‌ها در بیماری‌های قلبی‌عروقی»

«نارسایی شریان‌های محیطی: اندام‌ها پایین‌تر از قلب؛ برای اندام تحتانی سر تخت بالا یا بیمار نشسته با کف پا روی زمین.»

سوال
۱۰

در آزمایش ABG بیماری، پس از سه روز استفراغ مکرر، $PaCO_2$=48 mmHg، HCO_3^-=32 mEq/L، pH=7.51 گزارش شده است. تفسیر پرستار کدام است؟

۱) اسیدوز متابولیک در حال جبران	۲) آلکالوز متابولیک در حال جبران
۳) آلکالوز تنفسی جبران‌شده	۴) اسیدوز تنفسی جبران‌شده

پاسخ صحیح گزینه «۲» ✓ آلکالوز متابولیک در حال جبران

pH=7.51 بالاتر از ۷.۴۵ یعنی آلکالوز. HCO3=32 بالاست و استفراغ مکرر اسید معده را از دست می‌دهد، پس علت متابولیک است. PaCO2=48 هم بالاتر از طبیعی است، یعنی ریه با کم کردن تنفس و نگه داشتن CO2 دارد جبران می‌کند؛ چون pH هنوز به محدوده‌ی طبیعی برنگشته، جبران کامل نیست و «در حال جبران» است.

چرا بقیه‌ی گزینه‌ها درست نیست؟

۱) در اسیدوز متابولیک pH پایین و HCO3 پایین است؛ اینجا هر دو بالاست.

۳) در آلکالوز تنفسی PaCO2 پایین است؛ اینجا PaCO2 بالاست و HCO3 هم بالاست.

۴) در اسیدوز تنفسی pH پایین است؛ اینجا pH بالاست.

در جزوه

جزوه داخلی جرامی، فصل سوم: آب و الکترولیت، بخش «اختلال‌های اسید و باز»

«تنفسی: با احتباس یا دفع CO2. در آلکالوز تعداد و عمق تنفس کم و CO2 زیاد می‌شود. در اسیدوز تعداد و عمق تنفس زیاد و CO2 کم می‌شود.»

جزوه داخلی جرامی، فصل سوم: آب و الکترولیت، بخش «اختلال‌های اسید و باز»

«آلکالوز متابولیک: pH بالا، HCO3 بالا؛ علل شایع: استفراغ یا ساکشن معده، هیپرآلدوسترونیسم، گلوکوکورتیکوئیدها، دیورتیک، هیپوکالمی، بی‌کربنات یا لاکتات زیاد، ترانسفوزیون زیاد.»

سوال
۱۱

بیمار سالمند بستری در بخش داخلی پس از توضیحات پرستار، از لوله‌گذاری معده امتناع می‌کند، اما خانواده اصرار بر انجام آن و ادامه درمان دارند. اولویت اصل اخلاقی که پرستار باید در مواجهه با این وضعیت مورد توجه قرار دهد، کدام است؟

۱) سودرسانی (Beneficence)	۲) عدم آسیب (Nonmaleficence)
۳) خودمختاری (Autonomy)	۴) عدالت (Justice)

پاسخ صحیح گزینه «۳» ✓ خودمختاری (Autonomy)

بیمار سالمند هوشیار و توانا حق دارد درمان یا مداخله‌ای مثل لوله‌گذاری معده را رد کند؛ این اصل خودمختاری (Autonomy) است. تصمیم خانواده جای تصمیم خود بیمار را نمی‌گیرد. پرستار باید دلیل امتناع را بشنود، اطلاعات کافی بدهد و از تصمیم بیمار حمایت کند.

چرا بقیه‌ی گزینه‌ها درست نیست؟

۱) سودرسانی یعنی انجام کار به نفع بیمار؛ اما نباید به قیمت نادیده گرفتن خواست او باشد.

۲) عدم آسیب یعنی پرهیز از ایجاد ضرر؛ مسئله‌ی اصلی اینجا احترام به حق انتخاب بیمار است.

۴) عدالت یعنی توزیع منصفانه‌ی منابع و مراقبت؛ ربطی به تعارض میان تصمیم بیمار و خانواده ندارد.

سوال
۱۲

یافته نشان‌دهنده گذار از مرحله جبرانی شوک به مرحله پیشرونده، کدام است؟

۱) تاکی‌کاردی خفیف و پوست سرد	۲) افت فشارخون سیستولیک کمتر از ۹۰ mmHg
۳) افزایش برون‌ده ادراری ۲۴ ساعته	۴) کاهش لاکتات سرم و سطح هوشیاری

پاسخ صحیح گزینه «۲» ✓ افت فشارخون سیستولیک کمتر از ۹۰ mmHg

در مرحله‌ی جبرانی شوک فشار خون هنوز طبیعی است و بدن با تاکی‌کاردی و انقباض عروق جبران می‌کند. وقتی این مکانیسم‌ها شکست بخورند فشار سیستولیک می‌افتد (کمتر از ۹۰)، ادرار کم می‌شود و شوک وارد مرحله‌ی پیشرونده می‌شود.

چرا بقیه‌ی گزینه‌ها درست نیست؟

۱) تاکی‌کاردی خفیف و پوست سرد از علائم مرحله‌ی جبرانی است.

۳) در شوک پیشرونده ادرار کم می‌شود (کمتر از ۲۰ سی‌سی در ساعت)، نه زیاد.

۴) در شوک متابولیسم بی‌هوازی لاکتات را بالا می‌برد؛ کاهش لاکتات نشانه‌ی بهبود است، نه بدتر شدن.

در جزوه

جزوه داخلی جراحی، فصل دوم: شوک، سرطان و درد، بخش «علائم بالینی در مراحل مختلف شوک»

«مرحله جبران: ضربان قلب ۱۰۰، فشار خون طبیعی، پوست سرد و مرطوب، حجم ادرار کاهش‌یافته، وضعیت هوشیاری گیجی. مرحله پیشرونده: ضربان قلب ۱۵۰، فشار سیستول ۸۰ تا ۹۰، تنفس سریع، سطحی، کراکل، پوست لکه‌لکه و پتشی، حجم ادرار کمتر از ۲۰ سی‌سی در ساعت، خواب‌آلودگی.»

سوال
۱۳

بیماری ۵۸ ساله که به‌تازگی تحت شیمی‌درمانی با دوکسوروبیسین قرار گرفته است، در روز دهم پس از دریافت دارو، با تب و لرز مراجعه می‌کند. فشارخون وی در محدوده طبیعی است. آزمایشات نشان‌دهنده نوتروپنی است. با توجه به یافته‌ها، اقدام فوری کدام است؟

۱) تجویز استامینوفن و استراحت	۲) شروع آنتی‌بیوتیک پس از کشت خون
۳) تجویز فاکتور رشد گرانولوسیت	۴) قطع داروی شیمی‌درمانی

پاسخ صحیح گزینه «۲» ✓ شروع آنتی‌بیوتیک پس از کشت خون

روز دهم پس از دوکسوروبیسین زمان کمترین شمارش گلبول‌های سفید است. تب و لرز همراه با نوتروپنی یعنی نوتروپنی تب‌دار، یک اورژانس است؛ چون بیمار علائم کلاسیک عفونت را نشان نمی‌دهد و علت اصلی مرگ سپتی‌سمی است. نمونه‌ی کشت خون گرفته می‌شود و بلافاصله بعد از آن آنتی‌بیوتیک وسیع‌الطیف شروع می‌شود.

چرا بقیه‌ی گزینه‌ها درست نیست؟

۱) استامینوفن تب را می‌پوشاند و شروع درمان را عقب می‌اندازد؛ تب در نوتروپنی با استراحت و مسکن درمان نمی‌شود.

۳) فاکتور رشد گرانولوسیت فقط به دستور پزشک و برای کمک به بازسازی گلبول سفید است و جای آنتی‌بیوتیک را نمی‌گیرد.

۴) قطع دارو را پزشک تصمیم می‌گیرد؛ اقدام فوری برای خود عفونت درمان آن است.

در جزوه

جزوه داخلی جرامی، فصل ششم: خون، بخش «اختلال‌های گلبول سفید»

«نوتروپنی: کاهش نوتروفیل‌ها به کمتر از ۲۰۰۰ در mm3. علل: کاهش تولید (آنمی آپلاستیک ناشی از داروها و سموم، سرطان‌های متاستاتیک، شیمی‌درمانی و پرتودرمانی) یا افزایش تخریب. بیماران غالباً علائم کلاسیک عفونت را نشان نمی‌دهند. تشخیص: شمارش کامل نوتروفیل‌ها. علت اصلی مرگ: سپتی‌سمی.»

نکته مهم در کنکور ۱۳۹۵ هم مهم‌ترین مراقبت پرستاری از بیمار مبتلا به نوتروپنی «پیشگیری از عفونت ثانویه» بوده است.

سوال
۱۴

بیمار ۸۰ ساله پس از جراحی تعویض مفصل ران، در بخش مراقبت ویژه دچار تغییر حاد و نوسانی سطح هوشیاری، بی‌قراری و توهم شده است. با درنظر گرفتن احتمال دلیریوم، مناسب‌ترین اقدام پرستار کدام است؟

۱) شروع داروهای آنتی‌سایکوتیک خوراکی برای جلوگیری از آسیب	۲) محدودیت فیزیکی برای جلوگیری از آسیب
۳) ارزیابی علل زمینه‌ای مانند عفونت	۴) بررسی انتقال بیمار به بخش روان‌پزشکی

پاسخ صحیح گزینه «۳» ✓ ارزیابی علل زمینه‌ای مانند عفونت

تغییر حاد و نوسانی هوشیاری، بی‌قراری و توهم بعد از جراحی بزرگ در سالمند، نشانه‌ی دلیریوم است و معمولاً علت قابل‌درمان دارد (درد، هیپوکسمی، عفونت، اختلال مایع و الکترولیت، داروها، احتباس ادرار). اولین قدم پرستار پیدا کردن و رفع علل زمینه‌ای است.

چرا بقیه‌ی گزینه‌ها درست نیست؟

۱) آنتی‌سایکوتیک اولین اقدام نیست و پیش از بررسی علت داده نمی‌شود.

۲) مهار فیزیکی بی‌قراری و ترس را بیشتر می‌کند و فقط برای ایمنی در موارد خاص است، نه راه‌حل اول.

۴) دلیریوم بیماری روانی نیست و نیازی به انتقال به بخش روان‌پزشکی ندارد؛ علت پزشکی دارد.

در جزوه

جزوه داخلی جراحی، فصل پانزدهم: مغز و اعصاب، بخش «سطح هوشیاری: گلاسکو»

«کانفیوژن: تغییر فرایند تفکر، کاهش دقت و توجه و مشکل در درک؛ علل: هیپوکسمی، عفونت، کاهش خون‌رسانی و اختلال مایع و الکترولیت.»

جزوه داخلی جراحی، فصل پانزدهم: مغز و اعصاب، بخش «سطح هوشیاری: گلاسکو»

«دلیریوم: اختلال هوشیاری همراه کاهش تمرکز، تغییرات شناختی (حافظه، زبان، عدم تشخیص موقعیت) یا اختلال ادراکی.»

سوال
۱۵

آقای ۷۰ ساله نسبتاً چاق، با تشخیص آپنه خواب انسدادی (OSA) به درمانگاه مراجعه کرده، یافته مرتبط با تشخیص در بررسی علائم و نشانه‌های این بیمار کدام است؟

۱) اختلال حافظه	۲) پلی‌اوری
۳) تحریک‌پذیری	۴) افزایش میل جنسی

پاسخ احتمالی صحیح گزینه «۲ و ۳»

در آپنه‌ی انسدادی خواب بیمار شبانه بارها دچار توقف تنفس می‌شود؛ فشار منفی داخل قفسه‌ی سینه و فشار روی دهلیز ترشح هورمون ANP را زیاد می‌کند و تولید ادرار، به‌ویژه شبانه، بالا می‌رود. پس پرادراری (پلی‌اوری یا نوکتوری) از یافته‌های همراه این تشخیص است.

تحریک‌پذیری هم پیامد عمومی کم‌خوابی و خستگی است و اختصاصی این تشخیص نیست.

چرا بقیه‌ی گزینه‌ها درست نیست؟

۱) ضعف حافظه بیشتر پیامد کم‌خوابی است و در بسیاری از بیماران با علل دیگر هم دیده می‌شود؛ اختصاصی OSA نیست.

۴) در OSA میل جنسی کاهش می‌یابد، نه افزایش.

سوال
۱۶

بیمار ۶۷ ساله مبتلا به پنومونی با تب، تاکی‌کاردی و افت فشارخون بستری شده است. پس از دریافت مایع وریدی، فشارخون سیستولیک همچنان ۸۰ mmHg است. برون‌ده ادراری ۱۵ mL/h و سطح هوشیاری بیمار کاهش یافته است. مهم‌ترین یافته نشان‌دهنده تداوم کاهش پرفیوژن، کدام است؟

۱) افزایش دمای بدن همراه با تاکی‌کاردی پایدار	۲) کاهش برون‌ده ادراری همراه با تغییر سطح هوشیاری
۳) افزایش تعداد تنفس همراه با احساس اضطراب	۴) سردرد همراه با احساس ضعف عمومی

پاسخ صحیح گزینه «۲» ✓ کاهش برون‌ده ادراری همراه با تغییر سطح هوشیاری

پس از دریافت مایع، فشار سیستولیک هنوز ۸۰ و ادرار فقط ۱۵ mL/h است و هوشیاری بیمار کم شده. یعنی کلیه و مغز هنوز خون کافی نمی‌گیرند. کاهش برون‌ده ادراری (از علائم اولیه‌ی شوک و قابل‌اعتمادترین شاخص) همراه با تغییر سطح هوشیاری مهم‌ترین نشانه‌ی ادامه‌ی هیپوپرفیوژن است.

چرا بقیه‌ی گزینه‌ها درست نیست؟

۱) تب و تاکی‌کاردی نشانه‌ی عفونت و پاسخ التهابی‌اند و شاخص مستقیم خون‌رسانی اندام‌ها نیستند.

۳) تنفس سریع و اضطراب غیراختصاصی‌اند و علل دیگری هم دارند.

۴) سردرد و ضعف عمومی علائم غیراختصاصی‌اند و کفایت پرفیوژن را نشان نمی‌دهند.

در جزوه

جزوه داخلی جرامی، فصل دوم: شوک، سرطان و درد، بخش «شوک هیپوولمیک چگونه پیش می‌آید و چه می‌کنیم؟»

«نکته مهم: از علائم اولیه شوک، کاهش حجم ادرار است، چون کلیه‌ها زودتر از بقیه اندام‌ها آسیب می‌بینند. قابل‌اعتمادترین یافته برای ارزیابی مایعات بدن، بررسی برون‌ده ادراری است.»

جزوه داخلی جرامی، فصل دوم: شوک، سرطان و درد، بخش «علائم بالینی در مراحل مختلف شوک»

«مرحله پیشرونده: حجم ادرار کمتر از ۲۰ سی‌سی در ساعت، وضعیت هوشیاری خواب‌آلودگی؛ مرحله جبران: حجم ادرار کاهش‌یافته، وضعیت هوشیاری گیجی.»

سوال
۱۷

بیمار مبتلا به نارسایی کلیه با $K^+=6.9\ mEq/L$ دارد. ECG نشان‌دهنده موج‌های T بلند و نوک‌تیز است. بیمار از ضعف عضلانی شکایت دارد. اقدام در اولویت کدام است؟

۱) محدودکردن پتاسیم غذایی و تکرار آزمایش در چند ساعت آینده	۲) آماده‌سازی بیمار برای درمان فوری هیپرکالمی و پایش نوار قلب
۳) افزایش دریافت مایعات برای تسریع دفع پتاسیم از کلیه	۴) تجویز مکمل کلسیم خوراکی برای پیشگیری از هیپوکلسمی

پاسخ صحیح گزینه «۲» ✓ آماده‌سازی بیمار برای درمان فوری هیپرکالمی و پایش نوار قلب

پتاسیم ۶.۹ mEq/L با موج T بلند و نوک‌تیز یعنی هیپرکالمی شدید که خطر آریتمی و ایست قلبی دارد. اولویت درمان فوری (گلوکونات کلسیم وریدی برای محافظت از قلب، انسولین همراه گلوکز و بی‌کربنات برای وارد کردن پتاسیم به سلول) و پایش مداوم نوار قلب است.

چرا بقیه‌ی گزینه‌ها درست نیست؟

۱) محدودکردن پتاسیم غذایی و تکرار آزمایش در چند ساعت آینده برای وضعیت اورژانسی بسیار کند است.

۳) در نارسایی کلیه، کلیه پتاسیم را دفع نمی‌کند؛ مایعات زیاد خطر اضافه‌بار دارد و دفع فوری ایجاد نمی‌کند.

۴) کلسیم باید وریدی (گلوکونات کلسیم) و فوری داده شود؛ کلسیم خوراکی اثر سریع ندارد.

در جزوه

جزوه داخلی جرامی، فصل سوم: آب و الکترولیت، بخش «هیپرکالمی»

«علائم ECG: کاهش ولتاژ و ناپدید شدن موج P، نوک‌تیز و بلند شدن موج T، پایین آمدن ST، کوتاه شدن QT، طولانی شدن PR، پهن شدن QRS و در نهایت فیبریلاسیون یا ایست قلبی.»

جزوه داخلی جرامی، فصل سوم: آب و الکترولیت، بخش «هیپرکالمی»

«اورژانس: گلوکونات کلسیم وریدی. غلظت پتاسیم را پایین نمی‌آورد، ولی فوراً با ناهنجاری‌های ناشی از هدایت نامطلوب قلبی مقابله می‌کند.»

جزوه داخلی جرامی، فصل سوم: آب و الکترولیت، بخش «هیپرکالمی»

«بی‌کربنات سدیم وریدی: پلاسما را قلیایی و پتاسیم را موقتاً وارد سلول می‌کند. انسولین وریدی همراه دکستروز هیپرتونیک: پتاسیم را موقتاً وارد سلول می‌کند.»

نکته مهم در کنکور ۱۳۹۷ درمان فوری و موقت هیپرکالمی در نارسایی کلیه «دکستروز و انسولین» و در کنکور ۱۴۰۲ پهن شدن QRS و محو شدن موج P در مانیتور «هیپرکالمی شدید» بوده است.

@_jav

سوال
۱۸

مرد ۷۰ ساله‌ای با ضعف ناگهانی نیمه راست بدن و آفازی به اورژانس منتقل شده است. خانواده می‌گویند علائم دقیقاً ۹۰ دقیقه قبل آغاز شده‌اند. قند خون طبیعی است. اقدام پرستاری مهم کدام است؟

۱) کاهش فشارخون بیمار تا محدوده طبیعی	۲) شروع تغذیه خوراکی برای پیشگیری از دهیدراتاسیون
۳) آماده‌سازی بیمار برای ارزیابی سریع درمان بازکننده عروق	۴) انتقال بیمار به بخش داخلی پس از تکمیل ارزیابی اولیه

پاسخ صحیح گزینه «۳» ✓ آماده‌سازی بیمار برای ارزیابی سریع درمان بازکننده عروق

ضعف ناگهانی یک‌طرفه و آفازی با شروع دقیق ۹۰ دقیقه پیش یعنی سکته‌ی ایسکمیک حاد در بازه‌ی طلایی درمان (کمتر از ۳ تا ۴.۵ ساعت). قند خون طبیعی است و هیپوگلیسمی را رد می‌کند. مهم‌ترین اقدام آماده‌کردن سریع بیمار برای ارزیابی (سی‌تی‌اسکن بدون کنتراست، آزمایش‌ها، رگ‌گیری) و درمان بازکننده‌ی عروق است.

چرا بقیه‌ی گزینه‌ها درست نیست؟

۱) در سکته‌ی ایسکمیک حاد فشار خون را به‌سرعت پایین نمی‌آورند، چون خون‌رسانی ناحیه‌ی ایسکمیک کم می‌شود؛ فقط در حد مجاز برای ترومبولیز کنترل می‌شود.

۲) تا بررسی بلع انجام نشود، تغذیه‌ی خوراکی خطر آسپیراسیون دارد.

۴) تأخیر برای انتقال به بخش داخلی بازه‌ی درمان را از دست می‌دهد؛ ارزیابی اولیه باید فوراً و در اورژانس انجام شود.

سوال ۱۹

بیمار پس از آسیب مغزی، دچار فشارخون 180/60، نبض ۴۸ و تنفس نامنظم شده است. تفسیر احتمالی کدام است؟

۱) افزایش فشار داخل جمجمه و نیاز به ارزیابی فوری	۲) کاهش فشار داخل جمجمه و نیاز به مایع درمانی
۳) درد شدید و نیاز به افزایش تحریکات محیطی	۴) هیپوولمی و نیاز به قرار دادن بیمار در ترندلنبرگ

پاسخ صحیح گزینه «۱» ✓ افزایش فشار داخل جمجمه و نیاز به ارزیابی فوری

فشار سیستولیک بالا (۱۸۰) با فشار نبض باز، نبض ۴۸ و تنفس نامنظم همان تریاد کوشینگ است که پس از آسیب مغزی نشانه‌ی افزایش فشار داخل جمجمه است. این وضعیت اورژانس است و بدون درمان به فتق ساقه‌ی مغز می‌رسد؛ پس باید فوراً ارزیابی شود.

چرا بقیه‌ی گزینه‌ها درست نیست؟

۲) در کاهش فشار داخل جمجمه این تریاد دیده نمی‌شود و مایع‌درمانی هم نیاز نیست؛ بدتر، مایع اضافه ICP را بالا می‌برد.

۳) درد با تاکی‌کاردی همراه است، نه برادی‌کاردی؛ افزایش تحریکات محیطی ICP را بالاتر می‌برد.

۴) هیپوولمی با تاکی‌کاردی و افت فشار همراه است و وضعیت ترندلنبرگ ICP را بالا می‌برد؛ سر باید حدود ۳۰ درجه بالا باشد.

در جزوه

جزوه داخلی جرامی، فصل پانزدهم: مغز و اعصاب، بخش «افزایش فشار داخل جمجمه (ICP)»

«رفلکس کوشینگ: هنگام کاهش جریان خون مغز و غلبه ICP، تریاد کوشینگ (افزایش فشار سیستولیک، برادی‌کاردی و تنفس نامنظم) بروز می‌کند. اورژانس است و بدون درمان به فتق ساقه مغز می‌رسد.»

جزوه داخلی جرامی، فصل پانزدهم: مغز و اعصاب، بخش «افزایش فشار داخل جمجمه (ICP)»

«سر تخت حدود ۳۰ درجه بالا (بهبود درناژ وریدی).»

نکته مهم در کنکور ۱۳۹۳ هم «تریاد کوشینگ یک اورژانس پزشکی است که بدون درمان به فتق ساقه مغز می‌رسد» آمده است.

سوال
۲۰

بیمار مبتلا به دیابت نوع ۱ پس از دریافت انسولین دچار تعریق، لرزش، تاکی‌کاردی و گیجی شده است. قند خون ۵۰ mg/dL است. بیمار هوشیار و قادر به بلع است. مناسب‌ترین اقدام کدام است؟

۱) تجویز کربوهیدرات سریع‌الاثر و بررسی مجدد قند خون	۲) تجویز دوز اضافی انسولین برای کنترل نوسان قند خون
۳) محدودکردن مصرف کربوهیدرات و ارزیابی قند در پایان شیفت	۴) تجویز غذای پرچرب برای افزایش تدریجی سطح گلوکز خون

پاسخ صحیح گزینه «۱» ✓ تجویز کربوهیدرات سریع‌الاثر و بررسی مجدد قند خون

تعریق، لرزش، تاکی‌کاردی و گیجی با قند ۵۰ mg/dL (کمتر از ۷۰) یعنی هیپوگلیسمی. بیمار هوشیار و قادر به بلع است، پس درمان فوری ۱۰ تا ۱۵ گرم کربوهیدرات خوراکی سریع‌الاثر (آب‌میوه، آب‌نبات) و بررسی دوباره‌ی قند خون ۱۵ دقیقه بعد است.

چرا بقیه‌ی گزینه‌ها درست نیست؟

۲) انسولین بیشتر قند را باز هم پایین می‌آورد و خطرناک است.

۳) در هیپوگلیسمی کربوهیدرات را محدود نمی‌کنیم و ارزیابی در پایان شیفت بسیار دیر است.

۴) غذای پرچرب جذب قند را کند می‌کند و قند خون را سریع بالا نمی‌برد.

در جزوه

جزوه داخلی جرامی، فصل یازدهم: دیابت، بخش «هیپوگلیسمی»

«قند خون کمتر از ۷۰ mg/dl. علل: انسولین یا قرص ضددیابت زیاد، غذای خیلی کم و فعالیت شدید.»

جزوه داخلی جرامی، فصل یازدهم: دیابت، بخش «هیپوگلیسمی»

«درمان سریع با ۱۰ تا ۱۵ گرم کربوهیدرات خوراکی: آب‌میوه، آب‌نبات یا شکلات.»

نکته مهم در کنکور ۱۳۹۶ هم بررسی قند خون ۱۵ دقیقه بعد از مصرف آب‌میوه در بیمار هیپوگلیسمیک پرسیده شده است.

سوال
۲۱

بیمار با سوختگی وسیع در ساعات اولیه بستری شده است. با وجود شروع مایع‌درمانی، فشارخون رو به کاهش و برون ده ادراری برابر ۱۵ میلی‌لیتر در ساعت است. یافته‌ای که برای ارزیابی کفایت احیای مایع اهمیت بیشتری دارد، کدام است؟

۱) کاهش درد و بهبود وضعیت خواب بیمار	۲) روند برون‌ده ادراری و سایر شاخص‌های پرفیوژن
۳) کاهش قرمزی پوست و تشکیل تاول‌های کمتر	۴) افزایش اشتها و تحمل بهتر مایعات خوراکی

پاسخ صحیح گزینه «۲» ✓ روند برون‌ده ادراری و سایر شاخص‌های پرفیوژن

در سوختگی وسیع هدف احیای مایع، خون‌رسانی کافی بافت‌هاست. کفایت مایع‌درمانی را با روند برون‌ده ادراری و بقیه‌ی شاخص‌های پرفیوژن (نبض، فشار خون، هوشیاری) می‌سنجیم. ادرار ۱۵ mL/h و فشار در حال افت یعنی مایع هنوز کافی نیست.

چرا بقیه‌ی گزینه‌ها درست نیست؟

۱) کاهش درد و بهتر شدن خواب به کفایت احیای مایع ربطی ندارد.

۳) کمتر شدن قرمزی و تاول به شدت سوختگی مربوط است، نه به پرفیوژن اندام‌ها.

۴) اشتها و تحمل مایعات خوراکی در ساعات اولیه‌ی سوختگی معیار مناسبی نیست؛ مایع‌درمانی وریدی انجام می‌شود.

در جزوه

جزوه داخلی جراحی، فصل دوم: شوک، سرطان و درد، بخش «شوک هیپوولمیک چگونه پیش می‌آید و چه می‌کنیم؟»

«نکته مهم: از علائم اولیه شوک، کاهش حجم ادرار است، چون کلیه‌ها زودتر از بقیه اندام‌ها آسیب می‌بینند. قابل‌اعتمادترین یافته برای ارزیابی مایعات بدن، بررسی برون‌ده ادراری است.»

سوال ۲۲

برای بیمار تحت درمان طولانی‌مدت با کورتیکواستروئید، اولویت آموزش به بیمار کدام است؟

۱) رژیم غذایی کم پروتئین با چربی فراوان	۲) تجربه کوتاه مدت تغییرات شناختی
۳) احتمال خطر بالای عفونت	۴) خطر ترومبوفلبیت و ترومبوآمبولی

پاسخ صحیح گزینه «۳» ✓ احتمال خطر بالای عفونت

کورتیکواستروئید سیستم ایمنی را سرکوب می‌کند و علائم عفونت را هم پنهان می‌کند؛ پس مهم‌ترین نکته‌ی آموزشی خطر بالای عفونت (پیشگیری، شناخت علائم زودرس و دوری از افراد بیمار) است.

چرا بقیه‌ی گزینه‌ها درست نیست؟

۱) رژیم مناسب پرپروتئین و کم‌نمک است؛ رژیم کم‌پروتئین با چربی فراوان توصیه نمی‌شود.

۲) تغییرات خلقی و شناختی ممکن است رخ دهد، اما در درمان طولانی‌مدت اولویت آموزش با سرکوب ایمنی است.

۴) ترومبوفلبیت در جزوه جزو عوارض آمده، اما مهم‌ترین نکته‌ی آموزشی برای ایمنی بیمار، سرکوب ایمنی و عفونت است.

در جزوه

جزوه داخلی جراحی، فصل دهم: غدد، بخش «کورتیکواستروئیدها»

«عوارض: افزایش فشار خون، ترومبوفلبیت، آترواسکلروز تسریع‌شده، افزایش خطر عفونت و ماندن علائم آن، گلوکوم، زخم قرنیه، تحلیل عضله، تأخیر ترمیم، پوکی استخوان، اختلال متابولیسم گلوکز، سندرم محرومیت از استروئید، صورت گرد، افزایش وزن و آکنه.»

سوال
۲۳

در طرح ترخیص مددجوی با سابقه جرامی گلوکوم، داروی تجویزی مورد انتظار کدام است؟

۱) دیورتیک نگهدارنده پتاسیم	۲) دیورتیک موثر بر قوس هنله
۳) کولینرژیک	۴) آنتی‌بیوتیک

پاسخ صحیح گزینه «۳» ✓ کولینرژیک

گلوکوم بیماری مزمنی است که دارو باید تا آخر عمر مصرف شود و جرامی فقط جلوی پیشرفت را می‌گیرد. هدف درمان کاهش فشار داخل چشم است؛ داروی کولینرژیک (میوتیک، مثل پیلوکارپین) مردمک را تنگ و درناژ زلالیه را زیاد می‌کند، پس از داروهای مورد انتظار در طرح ترخیص است.

چرا بقیه‌ی گزینه‌ها درست نیست؟

۱) دیورتیک نگهدارنده‌ی پتاسیم در درمان گلوکوم کاربردی ندارد؛ از میان گروه دیورتیک‌ها مهارکننده‌ی کربنیک انیدراز (استازولامید) به‌کار می‌رود.

۲) دیورتیک قوس هنله (لازیکس) داروی گلوکوم نیست؛ فقط ممکن است همراه استازولامید مصرف شود و باید هیپوکالمی را پایش کرد.

۴) آنتی‌بیوتیک کوتاه‌مدت پس از عمل است؛ داروی بلندمدت کنترل بیماری، داروی کاهنده‌ی فشار چشم است.

در جزوه

جزوه داخلی جرامی، فصل هجدهم: چشم، بخش «گلوکوم»

«بیماری مزمن است؛ دارو باید تا آخر عمر مصرف شود و جرامی فقط از پیشرفت جلوگیری می‌کند و دید از دست‌رفته برنمی‌گردد. هدف اصلی درمان: پیشگیری از آسیب به عصب بینایی.»

جزوه داخلی جرامی، فصل هجدهم: چشم، بخش «گلوکوم»

«کولینرژیک (میوتیک) (پیلوکارپین): تنگ‌کننده مردمک؛ افزایش درناژ زلالیه.»

سوال
۲۴

بیمار مبتلا به زخم پتشیک دچار هماتمز و ملنا شده است. BP=84/52 و HR=126 است.

کدام مجموعه یافته برای ارزیابی کفایت پرفیوژن مهم‌تر است؟

۱) درد، تهوع و تعداد دفعات استفراغ	۲) فشارخون، نبض، سطح هوشیاری و برون‌ده ادراری
۳) اشتها، وزن و میزان دریافت مایعات خوراکی	۴) رنگ زبان، وضعیت پوست و شدت اضطراب بیمار

پاسخ صحیح گزینه «۲» ✓ فشارخون، نبض، سطح هوشیاری و برون‌ده ادراری

خونریزی زخم پپتیک (هماتمز و ملنا) با BP=84/52 و HR=126 یعنی شوک هیپوولمیک. برای ارزیابی کفایت پرفیوژن، فشار خون، نبض، سطح هوشیاری و برون‌ده ادراری را با هم می‌سنجیم؛ این‌ها خون‌رسانی مغز و کلیه و وضعیت گردش خون را مستقیم نشان می‌دهند.

چرا بقیه‌ی گزینه‌ها درست نیست؟

۱) درد، تهوع و استفراغ علائم خود زخم‌اند و شاخص پرفیوژن نیستند.

۳) اشتها، وزن و دریافت خوراکی ربطی به پرفیوژن حاد ندارند.

۴) رنگ پوست و اضطراب کمک می‌کنند ولی به اندازه‌ی فشار خون، هوشیاری و ادرار دقیق و عینی نیستند.

در جزوه

جزوه داخلی جراحی، فصل نهم: کبد، صفرا و پانکراس، بخش «واریس مری»

«علائم شوک (پوست سرد و مرطوب، افت فشار، افزایش نبض). اورژانس است و ممکن است به شوک هموراژیک برسد.»

جزوه داخلی جراحی، فصل دوم: شوک، سرطان و درد، بخش «شوک هیپوولمیک چگونه پیش می‌آید و چه می‌کنیم؟»

«قابل‌اعتمادترین یافته برای ارزیابی مایعات بدن، بررسی برون‌ده ادراری است.»