

درسنامه ریپید

اوماتولوژی

مد مشاور



به انضمام
فصول
تکمیلی
داخلی



گردآوری و تألیف: دکتر آرزو آرمین پور

فهرست

- فصل ۱ : برخورد با بیماری‌های روماتولوژیک ۱
- فصل ۲ : کمردرد و گردن درد ۵
- فصل ۳ : استئوآرتریت ۱۵
- فصل ۴ : بیماری‌های پری آرتیکولر ۱۹
- فصل ۵ : آرتریت روماتوئید ۲۶
- فصل ۶ : اسپوندیلوآرتروپاتی‌ها ۳۱
- فصل ۷ : لوپوس ۳۶
- فصل ۸ : اسکرودرمی ۴۴
- فصل ۹ : واسکولیت ۵۰
- فصل ۱۰ : نفرس ۵۶
- فصل ۱۱ : استئوپروز ۶۱
- فصل ۱۲ : بیماری‌های متابولیک استخوانی ۶۴
- فصل ۱۳ : سوء مصرف مواد و الکل ۶۸
- فصل ۱۴ : طب سالمندان ۷۳
- فصل ۱۵ : مراقبت تسکینی ۷۵

فصل ۱

برخورد با بیماری‌های روماتولوژیک

۱- در افتراق درد مفصلی از درد غیرمفصلی، تمام موارد زیر به نفع درد مفصلی است، به جز؟ (پره انترنی ۹۶)

الف) درد عمقی و منتشر

ب) محدودیت حرکتی بیشتر در حرکات فعال نسبت به حرکات غیرفعال

ج) قفل شدن

د) کریپتاسیون

○ **جواب:** در درد با منشأ مفصلی محدودیت در حرکات اکتیو (حرکاتی است که بیمار با اختیار خود انجام می‌دهد) و پاسیو مفصل وجود دارد. (گزینه ب صحیح است)

درسنامه ۱: اختلالات مفصلی

اختلال مفصلی	اختلال خارج مفصلی
درد عمقی و منتشر مفصل	تندرنس فوکل روی محل آسیب
ناپایداری و قفل شدگی	عدم ناپایداری و قفل شدگی
درد و محدودیت در حرکات اکتیو و پاسیو	درد و محدودیت فقط در حرکات اکتیو
کریپتاسیون	عدم وجود کریپتاسیون
تورم و دفورمیتی	عدم وجود تورم و دفورمیتی

مشخصات اختلال مفصلی التهابی:

نشانه‌های التهاب (اریتم، گرمی، درد و تورم)

خشکی صبحگاهی طولانی مدت (بیش از ۱ ساعت)

افزایش ESR و CRP

آنمی و ترومبوسیتوز

کاهش آلبومین

وجود علائم سیستمیک (خستگی، تب، راش و کاهش وزن)

۲- مرد ۳۵ ساله‌ای با آرتریت حاد مچ پای راست از ۲ هفته گذشته مراجعه کرده است. کدام تشخیص برای وی کمتر مطرح

است؟ (پره انترنی ۹۷)

الف) آرتریت سپتیک ب) آرتریت روماتوئید ج) آرتریت کریستالی د) آرتریت واکنشی

○ **جواب:** تشخیص افتراقی‌های آرتریت حاد (کمتر از ۶ هفته): نقرس، نقرس کاذب، آرتریت واکنشی، آرتریت سپتیک، شروع

آرتریت مزمن. (گزینه ب صحیح است)



درسنامه ۴: مطالعات آزمایشگاهی در کمردرد

در کمردرد حاد، زیر ۳ ماه (نیازی به ارزیابی تصویربرداری و آزمایشگاهی نیست مگر در صورت وجود علائم هشداردهنده) مگر در صورت وجود علائم هشدار دهنده که در درسنامه یک آورده شده است.

آزمایشات اولیه: CBC، ESR، آنالیز ادرار

در صورت عدم وجود عامل خطر فقط بیمار را پیگیری می‌کنیم.

در موارد زیر انجام CT-SCAN برگرافی ساده ارجح است:

تروماهای متوسط تا شدید ستون فقرات، ارزیابی مناطق کرانیوسرویکال و سرویکوتوراسیک، ارزیابی مهره‌های C1 و C2، شکستگی ساختمان‌های خلفی مهره، مشاهده قطعات استخوانی داخل کانال نخاعی، بررسی Malalignmentها

MRI و CT Myelography روش‌های انتخابی ارزیابی بیماری‌های spine می‌باشد.

MRI در ارزیابی بافت نرم بهتر عمل می‌کند و سی تی میلوگرافی در بیمارانی که «کلاستروفوبیا» دارند و هم چنین برای ارزیابی Lateral Recess مفید می‌باشد.

۵- شایع‌ترین علت کمردرد مداوم در دوره نوجوانی چیست؟ (۱ رتقاء ۹۲)

- (الف) اسپوندیلولیز (ب) اسپوندیلولیزستزیس (ج) دیسکوپاتی (د) اسپینا بیفیدا
- **جواب:** شایع‌ترین علت کمردرد نوجوانان اسپوندیلولیز است. (گزینه الف صحیح است)



درسنامه ۵: اسپوندیلولیز و اسپوندیلولیزستزیس

اسپوندیلولیز: در اسپوندیلولیزیک نقص استخوانی در ناحیه **پارس اینترآرتیکولاریس** وجود دارد.

این بیماری شایع‌ترین علت کمردرد در نوجوانان می‌باشد و معمولاً با فعالیت‌های ورزشی به ویژه فعالیت‌های ورزشی همراه با هایپراکستنشن کمر مرتبط می‌باشد

این بیماری معمولاً به صورت ۲ طرفه است.

تشخیص: انجام گرافی oblique و رویت نمای سگ اسکاتلندی (شکستگی در ناحیه گردن سگ بدون جابه‌جایی)

در صورت نرمال بودن گرافی، انجام CT اسکن یا Bone scan توصیه می‌شود.

اسپوندیلولیزستزیس: لغزش یک مهره روی مهره دیگر است (معمولاً مهره بالایی روی مهره پایینی به جلو جابه‌جا می‌شود)

معمولاً مهره L4 روی L5

بیماران می‌توانند بدون علامت و یا علامت‌دار باشند که شایع‌ترین علامت آن، کمردرد ساده است.

سایر علائم: فشار بر روی ریشه‌های عصبی، تنگی کانال نخاعی و سندرم دم اسب است.

معاینه: تندرنس و لمس step در خلف ستون مهره‌ها

درمان: حمایتی است (استراحت، فیزیوتراپی و مسکن)

اندیکاسیون جراحی: (نقص نورولوژیک پیشرونده، جابه‌جایی بیش از ۵-۸ میلی‌متر، اسکولیوز)

فصل ۳

استئوآرتروز

۱- کدامیک از عوامل خطر استئوآرتروز، به عنوان قوی‌ترین ریسک فاکتور شناخته می‌شود؟ (پره انترنی ۹۳)

- الف) جنس مونث ب) چاقی ج) استئوپروز د) سن
- **جواب:** قوی‌ترین ریسک فاکتور استئوآرتروز افزایش سن می‌باشد. (گزینه د صحیح است)

درسنامه ۱: ریسک فاکتور و پاتوژنز

شایع‌ترین نوع آرتروز است که در زنان شایع‌تر از مردان است. در استئوآرتروز هیچ ارتباطی بین شواهد رادیوگرافیک و درد بیمار وجود ندارد. درد در OA می‌تواند از هر چیزی منشا بگیرد به جز غضروف مفصلی اما زودرس‌ترین تغییر، تغییرات غضروف مفصلی است. غضروف مفصلی ۲ جزء اصلی دارد: کلاژن تیپ ۲ (مسئول قدرت کشش)، آگرکان (مسئول سفتی همراه انعطاف‌پذیری) تغییرات در استئوآرتروز شامل: اسکروز و ضخیم شدن Subchondral Bone

تشکیل استئوفیت

کشیدگی کیسول مفصلی

سینوویت خفیف

ضعف عضلات و تاندون‌ها و نگهدارنده‌های مفاصل

ریسک فاکتورها در استئوآرتروز:

۱. سن (قوی‌ترین ریسک فاکتور)

۲. چاقی

۳. توارث (۵۰٪ در OA هیپ و دست، ۳۰٪ در OA زانو، عدم نقش توارث در OA ژنرالیزه)

۴. جنس مونث

۵. ناهنجاری‌های تکاملی: دیس پلازی مادرزادی لگن، بیماری پرتس، slipped capital femoral epiphysis

۶. Femoro acetabular impingement: معمولاً در نوجوانان دیده می‌شود و به دلیل رشد بیش از حد استخوان در ناحیه سر و گردن فمور است که موجب برخورد غیرطبیعی فمور و استابولوم حین فلکشن و روتاسیون هیپ می‌شود.

۷. شکستگی سطح مفصلی

۸. نکروز آوسکولار

۹. آسیب به لیگامان‌ها و منیسک

۱۰. عدم هم راستایی (malalignment): ژنوواروس، ژنووالگوس

۱۱. ضعف عضلات حمایتی مانند چهار سر ران

۱۲. در دوندگان حرفه‌ای استئوآرتروز هیپ و زانو و غیر حرفه‌ای فقط هیپ شایع است.

۱۳. دانسیته بالای استخوان

۱۴. مشاغل: درکشاورزان استئوآرتروز هیپ، باربرها استئوآرتروز زانو و کارگران معدن زانو و مهره شایع‌تر است.

درسنامه ۶: آرتریت پسوریاتیک

در بیماران مبتلا به پسوریازیس، ممکن است علاوه بر تظاهرات پوستی، شاهد بروز آرتریت به یکی از اشکال زیر باشیم: الیگوآرتریت غیرقرینه مفاصل کوچک و بزرگ اندام تحتانی

درگیری DIP همراه یا فرورفتگی ناخن‌ها (Nail Pitting)

نمای اختصاصی آرتریت موتیلان (یک آرتریت به شدت تخریبی و خورنده می‌باشد که باعث ایجاد نمای Pencil in Cup در انگشتان می‌شود)

پلی آرتریت قرینه مانند بیماری آرتریت روماتوئید

درگیری مفاصل محوری (اینجا HLA B27 بیشتر مثبت می‌شود)

در بسیاری از بیماران پسوریازیس درگیری پوست و ناخن معمولاً قبل از تظاهرات مفصلی است.

نکته: در بیماران پسوریاتیک به دلیل تخریب مداوم و ساخته شدن پوست سطح اسید اوریک بالا می‌رود.

۹- آقای ۳۵ ساله به علت آرتریت مفاصل آرنج و زانوی راست و مچ پای چپ مراجعه کرده است. سابقه اسهال خونی را از یک سال قبل ذکر می‌کند که تحت درمان با سولفاسالازین و استروئید بوده است. احتمال کدامیک از موارد زیر کمتر است؟

(دستیاری ۹۲)

- (الف) درگیری الیگوآرتیکولر (ب) آرتریت اروزیو
- (ج) هماهنگی شدید درگیری مفصلی با فعالیت بیماری (د) آرتریت اپیزودیک
- **جواب:** آرتریت محیطی در بیماران مبتلا به آرتریت انتروپاتیک، معمولاً اولیگوآرتیکولر، نان اروزیو و اپیزودیک می‌باشد. (گزینه ب صحیح است)

درسنامه ۷: آرتریت انتروپاتیک

علائم مطرح‌کننده تشخیص آرتریت انتروپاتیک:

علائم و نشانه‌های IBD

آرتریت محیطی غیر اروزیو

پلی آرتریت به شکل RA

الیگو آرتیکولر

آرتریت محیطی با بیماری روده‌ای ارتباط دارد اما آرتریت محوری با بیماری روده‌ای ارتباط ندارد.

۱۰- در مورد تشخیص اسپوندیلیت انکیلوزان کدامیک از موارد زیر ارزش تشخیصی بالاتری دارند؟ (پره انترنی ۹۳)

- (الف) گرافی لگن جهت بررسی مفاصل ساکروایلیاک (ب) گرافی مهره‌ها جهت بررسی Bomo spine
- (ج) HLA B27 (د) بررسی از نظر یوئیت قدامی
- **جواب:** در مواجهه با بیماران مشکوک به اسپوندیلوآرتروپاتی اولین قدم رادیوگرافی لگن است. (گزینه الف صحیح است)

۳- کدامیک از آزمایشات زیر برای تشخیص لوپوس از حساسیت بیشتری برخوردار است؟ (پره اتقنی ۹۳)

الف) LE Cell (ب) ANA (ج) Anti-sm (د) Anti – ds DNA

○ **جواب:** ANA حساس‌ترین تست برای تشخیص لوپوس است. (گزینه ب صحیح است)



درسنامه ۳: اتوآنتی بادی‌ها

ANA: در بیش از ۹۵٪ این بیماران مثبت است و شایع‌ترین الگوی ANA: الگوی هموژن (منتشر) است و نادرترین الگو، الگوی Speckled است و اختصاصی‌ترین الگو، الگوی پریفرال یا Rim است.

Anti ds DNA: بسیار اختصاصی است و با نفريت لوپوسی ارتباط دارد.

Anti RO: همراهی با لوپوس تحت حاد پوستی، افزایش خطر لوپوس نوزادی

Anti-Smith: بسیار اختصاصی

Anti U1RNP: همراهی با هایپرنتشن پولمونری و ارتباط با سندرم‌های Overlap (سندرم overlap ترکیبی از علائم لوپوس و RA است)

یک بیماری تحت عنوان Mix Connective tissue disease که از مهمترین ویژگی آن: حضور ترکیبی از علائم لوپوس، اسکلرودرمی و میوزیت است و سطوح Anti U1RNP بالا است)

Anti Histone Ab: در لوپوس دارویی دیده می‌شود / ممکن است در لوپوس ایدیوپاتیک هم ببینیم

C3 / C4 / CH50 پایین: عواملی جهت مانیتور «فعالیت» بیماری به خصوص در نفريت لوپوسی

۴- دختر ۳۱ ساله‌ای که از ۲ سال قبل مورد شناخته شده لوپوس بوده و تحت درمان‌های لازم بوده است، با ادم اندام تحتانی از یک ماه قبل مراجعه نموده است، در بررسی تشخیصی برای بیمار فوق، کدامیک از موارد زیر ضرورت ندارد؟ (پره اتقنی ۹۵)

الف) Anti – ds DNA (ب) C3 , C4 (ج) BUN , Cr , U/A (د) Anti –U1 RNP

○ **جواب:** بهترین روش Follow Up بیماران مبتلا به نفريت لوپوسی = آنالیز ادرار + اندازه‌گیری سطح کراتینین سرم است. (گزینه د صحیح است)



درسنامه ۴: نفريت لوپوسی

در حضور شرایط زیر شانس درگیری کلیوی در بیماران مبتلا به لوپوس بیشتر می‌باشد:

سطوح پایین کمپلمان

Anti-Smith و Anti ds DNA

بهترین روش Follow Up بیماران مبتلا به نفريت لوپوسی = آنالیز ادرار + اندازه‌گیری سطح کراتینین سرم است.

۵- بیمار خانم ۲۲ ساله مبتلا به لوپوس که مدتی دارو مصرف نمی‌کند، به علت درد مفاصل و راش گونه مراجعه کرده است. در معاینه آرتریت ندارد. در آزمایشات ESR = 40 دارد. علاوه بر تجویز پردنیزولون کدام درمان را پیشنهاد می‌کنید؟ (ارتقاء ۹۱)

الف) متوتروکسات (ب) هیدروکسی کلروکین (ج) پالس سیکلوفسفامید (د) آزاتیوپرین

○ **جواب:** داروی انتخابی برای درمان لوپوس بدون عارضه، کورتون + هیدروکسی کلروکین است. (گزینه ب صحیح است)

فصل ۸

اسکلرودرمی

۱- خانم ۲۵ ساله‌ای با تغییر رنگ دست‌ها به دنبال تماس با سرما (رنگ پریدگی و سیانوز) و دیسفاژی شدید و سختی پوست انگشتان دست‌ها و صورت بدون درگیری احشاء مراجعه نموده، کدامیک از انواع اسکلرودرمی مطرح است؟ (پره انترنی ۹۴)

الف) اسکلرودرمی منتشر (ب) اسکلرودرمی Limited (ج) اسکلرودرمی لوکالیزه (د) sine اسکلرودرمی

○ **جواب:** با توجه به درگیری پوست در نواحی دیستال (انگشتان دست) + درگیری مری (از اجزای سندرم CREST) تشخیص اسکلرودرمی محدود است. (گزینه ب صحیح است)



درسنامه ۱: تشخیص و طبقه‌بندی

درخانم‌های سنین ۴۰ - ۶۰ سال شایع‌تر است.

بیماری اسکلرودرمی به طور کلی در ۲ دسته طبقه‌بندی می‌شود: ۱- اسکلروز لوکال (فقط شاهد درگیری پوستی (مورفه‌آ) هستیم بدون هیچ گونه درگیری احشایی

۲- اسکلروز سیستمیک که علاوه بر درگیری پوستی شاهد درگیری احشایی نیز هستیم و این اسکلروز سیستمیک خود به دو دسته منتشر و محدود تقسیم می‌شود.

بیماری اسکلروز سیستمیک محدود:

درگیری پوست در نواحی صورت و دیستال اندام (یعنی پایین‌تر از آرنج و زانو)، تنه در این نوع درگیر نمی‌شود.

درگیری احشایی به صورت سندرم CREST (اجرای سندرم CREST: کلسینوزیس، پدیده رینود، اختلال حرکتی مری، اسکلروداکتیلی، تلانژکتازی هستند)

۲- در بیماران دچار اسکلروز سیستمیک، کدام یافته بیشتر به نفع فرم منتشر (Diffuse) بیماری است؟ (پره انترنی ۸۸)

الف) افزایش فشار شریان پولمونر (ب) کلسینوز نواحی اکستانسور

ج) تلانژکتازی صورت (د) Renal Crisis

○ **جواب:** کریز کلیوی، فریکشن راب تاندونی در نوع منتشر و افزایش فشار خون شریان ریوی در نوع محدود بیش‌تر است. (گزینه د صحیح است)



درسنامه ۲: تفاوت‌های نوع منتشر و محدود

به طور کلی یافته‌های زیر بیشتر مطرح‌کننده اسکلروز سیستمیک منتشر می‌باشند:

درگیری پوست در نواحی پروگزیمال اندام و تنه

درگیری کلیوی (به صورت Renal Crisis و Accelerated HTN)

درگیری ریوی به صورت ILD

درگیری مفاصل و تاندون‌ها (به صورت فریکشن راب تاندونی و کانترکچر مفصل)

افزایش فشار خون شریان ریوی در نوع محدود بیش‌تر است.

درسنامه ۶: داروهای کاهنده اسیداوریک

این داروها از نظر مکانیسم به ۳ دسته تقسیم می‌شوند:

داروهای اوریکواستاتیک

داروهای اوریکوزوریک

داروهای اوریکولیتیک

داروهای اوریکواستاتیک:

آلوپورینول خط اول درمان، به خصوص در موارد نارسایی کلیوی، سنگ کلیه و شرایط overproduction اسید اوریک است. دوز: معمولاً با دوز ۱۰۰ میلی‌گرم شروع شده و هر دو تا پنج هفته افزایش می‌یابد. حداکثر دوز آن ۸۰۰ میلی‌گرم روزانه است. **عوارض:** واکنش از زیاده حساسیت آلوپورینول (تب، درماتیت، ائوزینوفیلیا و نارسایی کلیوی و کبدی) **کشنده** بوده و احتمال بروز آن در همراهی با تیازیدها و یا حساسیت به پنی سیلین بیشتر است.

داروی بعدی این گروه febuxostat است (اندیکاسیون: نرسیدن به هدف، ایجاد عوارض آلوپورینول)

داروهای اوریکوزوریک

در موارد کاهش ترشح اسید اوریک (کمتر از ۶۰۰ میلی‌گرم در ۲۴ ساعت) استفاده می‌شود.

پروبنسید که در این دسته دارویی جای می‌گیرد.

کنتراندیکاسیون:

در نارسایی کلیوی ($GFR < 50 \text{ ml/min}$) و نفرولیتاز

نکته: در طول درمان اوریکوزیک حجم ادرار روزانه بیمار باید حداقل ۱/۵ لیتر باشد.

داروهای اوریکولیتیک

Pegloticase به صورت داخل وریدی در موارد مقاوم بیماری و عدم پاسخ به درمان‌های پیش‌تر استفاده می‌شود. **Rasburicase** نیز جهت پیش‌گیری از سندرم لیز تومور کاربرد دارد (جهت پیش‌گیری و درمان TLS در بیماران تحت شیمی درمانی: آلوپورینول و راسبوریکاز تجویز می‌شود).

درآینده:

آنتاگونیست IL1: آناکینرا در حمله حاد و ریلوناسپت در پیش‌گیری از حمله حاد کاربرد دارند.

کاناکینوماب: در درمان حمله حاد و پیش‌گیری از آن موثر است.

نکته: هیپراوریسمی بدون علامت نیاز به درمان ندارد.

نکته: در بیماران با حملات مکرر نقرس که داروی کاهنده اسیداوریک تجویز می‌کنید باید کلسی سین Low dose یا NSAID جهت کاهش شعله‌وری تجویز شود و تا ۶ ماه پس از رسیدن به اسید اوریک هدف ادامه یابد.

۶- خانمی ۷۲ ساله به علت آرتریت حاد زانوی چپ از ۳ روز قبل مراجعه نموده است. درمعاینه، گرمی و تورم و افیوژن مفصلی وجود دارد. در آنالیز مایع مفصلی خونی است و کریستال رومبوئید داخل PMN مشاهده می‌شوند. تشخیص مناسب‌تر کدام

است؟ (پره انترنی ۸۰)

الف) نقرس کاذب

ب) نقرس

ج) رسوب هیپروکسی آپاتیت

د) رسوب کریستال اگزالات

○ **جواب:** با توجه به شرح حال و وجود کریستال‌های رومبوئید شکل، محتمل‌ترین تشخیص CPPD یا نقرس کاذب است.

(گزینه الف صحیح است)

فصل ۱۱

استئوپروز

۱- در یک خانم ۳۵ ساله مبتلا به نارسایی زودرس تخمدان، در کدامیک از نواحی استخوانی زیر احتمال بیشتری برای وقوع

استئوپروز وجود دارد؟ (ارتقاء ۹۷)

الف) گردن فمور ب) ستون فقرات ج) دیستال رادیوس د) پروگزیمال هومروس

○ **جواب:** تحلیل استخوان در استخوان‌های تراپکولر مانند ستون فقرات بیشتر از استخوان‌های کورتیکال است. (گزینه ب صحیح است)



درسنامه ۱: اتیولوژی

شایع‌ترین اختلال متابولیسم استخوان است.

مردان توده استخوانی بالاتری نسبت به زنان دارند.

تحلیل استخوان در استخوان‌های تراپکولر مانند ستون فقرات بیشتر از استخوان‌های کورتیکال است.

عواملی که موجب استئوپروز می‌شوند: سوء مصرف الکل، مصرف ناکافی کلسیم و ویتامین D، سیگار، مصرف زیاد ویتامین

A، سلیاک، IBD، تیروتوکسیکوز، هایپرپاراتیروئیدی، دیابت، کوشینگ، فنوکروموسیتوم، هیپوگنادیسم، هیپرپرولاکتینمی،

نارسایی زودرس تخمدان، بدخیمی‌های خونی، هموفیلی و تالاسمی و سیکل سل، سکتی مغزی، پارکینسون، MS، COPD،

داروهایی که موجب استئوپروز می‌شوند: کورتون، داروی ضدتشنج، هپارین، داروهای تیروئیدی، مهارکننده آروماتاز،

آلومینیوم، PPI، سیکلوسپورین، لیتیوم، MTX

۲- خانم ۵۴ ساله‌ای که ۱۶ سال قبل یائسه شده است. جهت مشاوره در مورد احتمال پوکی استخوان مراجعه کرده است. در

آزمون سنجش تراکم استخوان $T\text{-Score} = -1.5$ گزارش می‌شود. تشخیص کدامیک از موارد زیر است؟ (دستیاری ۸۸)

الف) تراکم استخوان طبیعی است ب) دچار استئوپروز است

ج) استئوپنی دارد د) استئوپروز شدید دارد

○ **جواب:** در صورتی که توده استخوانی بین -۱ تا -۲/۵ انحراف معیار کمتر از حداکثر توده استخوانی در یک بزرگسال باشد

استئوپنی مطرح است. (گزینه ج صحیح است)

فصل ۱۳

سوء مصرف مواد و الکل

۱- آقای ۴۵ ساله مبتلا به سیروز کبدی پیشرفته با سابقه مصرف طولانی الکل که از ۲۶ روز قبل به صورت ناگهانی اقدام به قطع مصرف کرده است. با اضطراب، تپش قلب، تعریق و بی‌قراری مراجعه کرده است. تجویز کدام یک از داروهای زیر جهت کنترل علائم در این مرحله ارجح است؟ (رستبازی ۹۹)

الف) لورازپام ب) دیازپام ج) کلودیازپوکساید د) گاباپنتین

○ **جواب:** در مبتلایان به سیروز پیشرفته که دچار علائم ترک الکل شده‌اند لورازپام ارجح است. (گزینه الف صحیح است)

درسنامه ۱: الکل و بنزودیازپین‌ها و باربیتورات

مسمومیت حاد با الکل:

علائم مسمومیت حاد با الکل شامل موارد زیر است: آتاکسی، دی‌آرتری، نیستاگموس و ناهماهنگی حرکات در سطح خونی اتانول $< 400 \text{ mg/dl}$ ، استوپور و کوما رخ می‌دهد. سطح خونی اتانول $< 500 \text{ mg/dl}$ ، کشنده است.

سندرم ترک الکل:

به ۳ فاز تقسیم می‌شود:

۱. طی ۱۲ - ۶ ساعت اول

علائم اتونوم مثل تعریق، تاکی کاردی، اضطراب، اسهال و بی‌خوابی اتفاق می‌افتد.

۲. طی ۲۴ - ۱۲ ساعت بعدی

توهمات بینایی و کابوس شبانه ایجاد می‌شود.

۳. ۱۲ - ۴۸ ساعت بعد

ممکن است تشنج‌های تونیک کلونیک ژنرالیزه اتفاق بیفتد که به آن Rumfit گفته می‌شود.

دلیریوم ترمنس:

دلیریوم (کانفیوژن به همراه کاهش سطح هوشیاری) که علائم زیر خود را نشان می‌دهد:

آژیتاسیون

دیس اورینتاسیون

تظاهرات اتونوم

توهمات

دلیریوم ترمنس در صورت عدم تشخیص یا درمان ۲۵٪ مرگ ولی با درمان ۱ تا ۴٪ به همراه دارد.

درمان ترک الکل یا دلیریوم ترمنس:

ابتدا عللی که تقلیدکننده سندرم ترک الکل است را رد کنید: عفونت، تروما، GIB، انسفالوپاتی کبدی، Drug overdose

قرار دادن بیمار در محیط آرام

تجویز تیامین یا مولتی ویتامین وریدی