

درسنامه ریپید

عفونی

مد مشاور



گردآوری و تألیف: دکتر میلاد باقری

فهرست

فصل ۱ : سل.....	۱
فصل ۲ : پنومونی.....	۱۲
فصل ۳ : آبسه ریه.....	۱۶
فصل ۴ : دیفتری.....	۱۹
فصل ۵: عفونت‌های ویروسی تنفسی.....	۲۱
فصل ۶ : آندوکاردیت عفونی.....	۲۴
فصل ۷ : مننژیت باکتریال و ویروسی.....	۳۰
فصل ۸ : مالاریا.....	۳۶
فصل ۹ : عفونت ادراری، پیلونفریت و پروستاتیت.....	۴۲
فصل ۱۰ : بیماری‌های مقاربتی (STI).....	۴۷
فصل ۱۱ : آرتریت عفونی (سپتیک).....	۵۳
فصل ۱۲ : عفونت‌های پوست، عضلات و بافت نرم.....	۵۶
فصل ۱۳ : عفونت‌های ناشی از گازگرفتگی.....	۶۱
فصل ۱۴ : اسهال عفونی حاد و مسمومیت‌های غذایی باکتریال.....	۶۴
فصل ۱۵ : شیگلوز.....	۶۸
فصل ۱۶: بروسلوز.....	۷۰
فصل ۱۷ : سالمونلوز.....	۷۴
فصل ۱۸ : آمیبیازیس.....	۷۶
فصل ۱۹ : ویبریوکرا (وبا).....	۷۸
فصل ۲۰ : عفونت با کلستریدیوم دیفیسیل، کولیت سودومامبرانو.....	۸۰
فصل ۲۱ : عفونت‌های استرپتوکوکی.....	۸۲
فصل ۲۲ : عفونت‌های پنوموکوکی.....	۸۵
فصل ۲۳ : عفونت‌های استافیلوکوکی.....	۸۷
فصل ۲۴ : عفونت‌های مننگوکوکی.....	۹۰

فصل ۲۵ : عفونت‌های گنوکوکی.....	۹۲
فصل ۲۶ : کزاز.....	۹۵
فصل ۲۷ : بوتولیسم.....	۹۸
فصل ۲۸ : آنفلوانزا.....	۱۰۰
فصل ۲۹ : ویروس هرپس سیمپلکس.....	۱۰۳
فصل ۳۰ : واریسلا زوستر.....	۱۰۷
فصل ۳۱ : ویروس اپشتین بار (EBV).....	۱۱۰
فصل ۳۲ : سرخک.....	۱۱۳
فصل ۳۳ : گاستروآنتریت‌های ویروسی.....	۱۱۵
فصل ۳۴ : کاندیدیازیس.....	۱۱۶
فصل ۳۵ : آسپرژیلوس.....	۱۱۸
فصل ۳۶ : موکورمایکوز.....	۱۲۲
فصل ۳۷ : لیپتوسپیروز.....	۱۲۴
فصل ۳۸ : توکسوپلاسموز.....	۱۲۶
فصل ۳۹ : عفونت سستودی.....	۱۲۹
فصل ۴۰ : نماتودهای روده‌ای.....	۱۳۲
فصل ۴۱ : سپسیس و شوک سپتیک.....	۱۳۵
فصل ۴۲ : نحوه برخورد با بیمار بدحال تب‌دار مبتلا به عفونت.....	۱۳۷

فصل ۱

سل

(۱) کدام یک از موارد زیر از علائم سل اولیه ریوی است؟ (پره‌انترنی - شهریور ۹۸)

- (الف) آدنوپاتی ناف ریه
(ب) پلورزی
(ج) کنژنکتیویت فلیکتولر
(د) تمام موارد فوق
- **جواب:** د. پلورال افیوژن (در دوسوم موارد)، اریتم ندوزوم در ساق پا یا کنژنکتیویت فلیکتولر در برخی از بیماران و لنف‌آدنوپاتی پاراتراکئال یا ناف ریه از علائم سل می‌باشد.



درسنامه: سل ریوی اولیه

- مدت کوتاهی بعد از عفونت اولیه رخ می‌دهد.
- علایم: می‌تواند بی‌علامت یا همراه با تب، درد پلوریتیک قفسه سینه و پلورال افیوژن (در دوسوم موارد) باشد.
- معمولاً نواحی میانی و تحتانی ریه را درگیر می‌کند.
- **درگیری بافت ریه به صورت محیطی بوده و همراه با لنف‌آدنوپاتی پاراتراکئال یا ناف ریه است که به این حالت کانون گان گفته می‌شود.**
- **در اطفال سل تقریباً با لنف‌آدنوپاتی ناف ریه یا پاراتراکئال همراه است.**
- اریتم ندوزوم در ساق پا یا کنژنکتیویت فلیکتولر در برخی از بیماران دیده می‌شود.

(۲) مرد ۶۷ ساله بی‌خانمان با علائم تب و سرفه‌های پروداکتیو به اورژانس مراجعه کرده است. سابقه مصرف آزیترامایسین و کوآموکسی‌کلاو را ذکر می‌کند که بهبود بالینی نداشته است. در معاینه، کاشکتیک می‌باشد. هوشیار و اورینته بوده و علائم حیاتی عبارت است از: فشارخون ۱۲۰/۸۰، تعداد نبض ۸۰ در دقیقه، تعداد تنفس ۳۲ در دقیقه و درجه حرارت ۳۷/۸، درجه اشباع اکسیژن شریانی در هوای اتاق ۸۸٪ می‌باشد. در رادیوگرافی قفسه سینه، انفیلتراسیون کاویتری در قله‌های ریه، مشهود است. اولین اقدام مناسب تشخیصی در مورد این بیمار کدام است؟ (پره‌انترنی - اردیبهشت ۹۷)

- (الف) CT-Scan ریه
(ب) اسپیرومتري
(ج) برونکوسکوپي و بیوپسی ریه
(د) اسمیر خلط از نظر باسیل اسیدفاست
- **جواب:** د. اسمیر خلط: تشخیص سل براساس یافتن باسیل اسید فاست در نمونه خلط (یک یا دو نمونه خلط ترجیحاً صبحگاهی باید جمع‌آوری شود) یا نمونه بافتی است.

رادیولوژی ستون مهره‌ها: افتراق بروسلوز از سل		
بروسلوز	سل	
مهره‌های کمری و سایر نواحی	قسمت پشتی مهره‌های کمری (Dorsolumbar)	محل
متعدد یا مجاور هم	مجاور هم	درگیری مهره‌ای
تأخیری	زودرس	التهاب دیسک (دیسکیت)
دست نخورده تا مراحل انتهایی	از بین رفتن مورفولوژی در مراحل اولیه	تنه مهره
نادر	شایع	فشار روی کانال نخاعی
قدامی فوقانی	جنرال: قسمت فوقانی و تحتانی منطقه اتصال دیسک، مرکزی، ساب پریوستال	اپی فیزیت
قدامی - جانبی (منقار طوطی) ^۱	غیرمعمول	استئوفیت
گره‌ای شکل شدن ناشایع است	گره‌ای شکل شدن قسمت قدامی مهره (Anterior wedge) و قوزدار شدن (Gibbus)	دفورمیتی
اسکلروز، کل جسم مهره	متغیر	بهبودی
کوچک، کاملاً لوکالیزه	شایع و از بین رفتن جدا از هم / زواید عرضی	آبسه پاراورتبرال
نادر	شایع‌تر	آبسه پسواس

1) Parrot beak

• تشخیص: نیازمند بررسی مایع سینوویال است که ظاهراً تیره و غلظت بالایی از پروتئین دارد اما تأیید تشخیص نیاز به بیوپسی سینوویال و کشت بافتی دارد.
درمان: به دارودرمانی پاسخ می‌دهد اما در موارد شدید ممکن است نیاز به جراحی داشته باشد.

۱۶) آقای ۴۵ ساله‌ای با تشخیص FUO بستری شده و در معاینه چشم، Choroid Granuloma دیده می‌شود و در سونوگرافی بیضه‌ها، ندول اپیدیدیمال گزارش گردیده است. کدامیک از تشخیص‌های زیر محتمل‌تر است؟ (ارتقاء عفونی - تیر ۱۴۰۰)
الف) پلی آرتریت ندوزا (ب) سل خارج ریوی (ج) سندرم بهجت (د) توکسوپلاسموز
● جواب: ب. علائم سل ارزنی: تب، تعریق شبانه، بی‌اشتهایی و کاهش وزن، هیپاتواسپلنومگالی و لنفادنوپاتی. توبرکل‌های کروئیدال پاتوگنومونیک سل ارزنی هستند.



درسنامه ۱۳: سل ارزنی یا منتشر

• ناشی از انتشار هماتولوژیک باسیل‌های توبرکل است. گرانولوم‌های زردرنگی است که شبیه به تخم ارزن هستند.
• علائم: تب، تعریق شبانه، بی‌اشتهایی و کاهش وزن، هیپاتواسپلنومگالی و لنفادنوپاتی. توبرکل‌های کروئیدال پاتوگنومونیک سل ارزنی هستند.
• تصویربرداری: CXR یک طرح رتیکولوندولار ارزنی را نشان می‌دهد.
• یافته‌های آزمایشگاهی: آنمی، لکوپنی، لنفوپنی، لکوسیتوز، واکنش لوکوموئید، پلی‌سیتمی و تست‌های مختل کبدی.
• در درمان سل ارزنی، گلوکوکورتیکوئید اثر ثابت شده‌ای ندارد.

۱۷) آقای ۳۰ ساله افغانی با تب، سردرد و خواب‌آلودگی تدریجی از یک ماه پیش مراجعه نموده است. در آزمایش CSF تعداد ۵۰ گلبول سفید با ارجحیت لنفوسیت و پروتئین افزایش یافته مشاهده شده است. کدامیک از اقدامات زیر برای بررسی مننژیت سلی، ارجح است؟ (ارتقاء داخلی - تیر ۱۴۰۱)

الف) CSF AFB Smear (ب) CSF Xpert MTB / RIF assay

ج) Brain MRI with contrast (د) Tuberculin Skin Test

● جواب: ب. روش تشخیصی Xpert MTB/RIF که حساسیت ۸۰٪ دارد مبنای تشخیصی مننژیت سلی است که در صورت مثبت بودن درمان را سریعاً شروع می‌کنیم.



(۵) مرد ۲۴ ساله‌ای با تب و لرز ۱۰ روزه و ضعف و بی‌حالی مراجعه کرده است. در شرح حال و سابقه قبلی، مشکل دریچه‌ای را ذکر می‌کند. در معاینه، تب ۳۹ درجه، $HR=120/min$ $RR=25/min$ دارد. سوفل قلبی ۲/۶ در کانون میترا ل سمع می‌شود. از ضایعات دردناک کف دست و پا شکایت دارد. در اکوکاردیوگرافی، وژتاسیون ۱cm در لت قدامی میترا ل به چشم می‌خورد.

مناسب‌ترین رژیم پیشنه‌ادی شما کدام یک از گزینه‌ها می‌باشد؟ (پره‌انترنی - اسفندر ۹۷)

- (الف) پیپراسیلین / تازوباکتام + لینزولید
(ب) سفتریاکسون + وانکومايسين
(ج) سیپروفلوکساسین + تیکوپلانیل
(د) آمپی‌سیلین + جنتامایسین

● **جواب: ب.** درمان اندوکاردیت دریچه طبیعی مقاوم به پنی‌سیلین = وانکومايسين

درسنامه ۵: درمان

- اندوکاردیت دریچه طبیعی: ۱. حساس به پنی‌سیلین = نفی‌سیلین (حساس باشه نفس ش رو می‌گیریم)، ۲. مقاوم به پنی‌سیلین = وانکومايسين (این دیگه راحت خدایی حفظش) به مدت ۴ تا ۶ هفته
- درمان تجربی اندوکاردیت در معتاد تزریقی: وانکومايسين + جنتامایسین یا سفپیم (معتاد تو وان یا جنت (لوله موتور ماشین) سفید ماشین هم تزریقشو می‌کنه اره داداچ ☺)
- اندوکاردیت دریچه مصنوعی (رمز: ریما چون معتاده، جنت مصنوعی خریده ☺) (به مدت ۶ تا ۸ هفته درمان می‌کنیم):
 ۱. حساس به متی‌سیلین = کلوزاسیلین + جنتامایسین + ریفامپین
 ۲. مقاوم به متی‌سیلین = وانکومايسين + جنتامایسین + ریفامپین
- درمان اندوکاردیت در گروه HACEK (عمه صفدر رو دادیم به هاسک): ۱. سفتریاکسون وریدی برای ۴ هفته، ۲. آمپی‌سیلین - سولباکتام وریدی برای ۴ هفته
- درمان اندوکاردیت انتروکوک: ۱. (پنی‌سلین G یا آمپی‌سیلین) وریدی + جنتامایسین وریدی هر دو به مدت ۴ تا ۶ هفته، ۲. وانکومايسين وریدی + جنتامایسین وریدی برای ۶ هفته ۳. آمپی‌سیلین وریدی + سفتریاکسون وریدی برای ۶ هفته (درمان انتخابی برای انتروکوک فکاليس)
- **کنترل درمان:** در اندوکاردیت‌های عفونی کشت خون روزانه را تا زمان استریل شدن تکرار می‌کنیم و اگر تب عود کرد بررسی‌های بیشتری را انجام می‌دهیم. کشت را ۴ تا ۶ هفته بعد جهت تأیید بهبودی مجدداً تکرار می‌کنیم.

(۶) آقای ۵۶ ساله با سابقه تعویض دریچه میترا ل در ۱۰ سال پیش، با تب و لرز در یک هفته اخیر مراجعه می‌کند. در معاینات، فشارخون ۱۰۰/۷۵ میلی‌متر جیوه، ضربان قلب ۱۰۲ بار در دقیقه، تنفس ۲۲ بار در دقیقه، درجه حرارت ۳۸/۷ درجه سانتی‌گراد دارد و سوفل قلبی در کانون میترا ل شنیده می‌شود. در اکوکاردیوگرافی، وژتاسیون روی دریچه مصنوعی گزارش گردید. در کشت خون بیمار، استافیلوکوک اورئوس مقاوم به متی‌سیلین رشد می‌کند. کدام یک از درمان‌های زیر برای این بیمار

مناسب‌تر است؟ (پره‌انترنی - اسفندر ۹۶)

- (الف) اگزاسیلین + جنتامایسین + ریفامپین
(ب) وانکومايسين + جنتامایسین
(ج) اگزاسیلین
(د) وانکومايسين + جنتامایسین + ریفامپین

● **جواب: د.** درمان اندوکاردیت دریچه مصنوعی مقاوم به متی‌سیلین = وانکومايسين + جنتامایسین + ریفامپین

فصل ۹

عفونت ادراری، پیلونفریت و پروستاتیت

(۱) تمام موارد زیر از ریسک فاکتورهای ایجاد UTI در زنان دیابتی می باشد، به جز؟ (پره انترنی - شهریور ۹۸)

الف) عملکرد ضعیف مثانه (ب) افزایش طول مدت دیابت

ج) استفاده از داروهای خوراکی دیابت (د) ادرار کردن ناکامل

○ **جواب:** ج. زنان مبتلا به دیابت به علت مزمن بودن بیماری، استفاده از انسولین، اختلال عملکرد مثانه و تخلیه ناکامل مثانه ۲ الی ۳ برابر زنان غیردیابتی دچار UTI می شوند.



درسنامه ۱: انواع عفونت ادراری و ریسک فاکتورها

- UTI بدون عارضه (سیستیت): عفونت محدود به مثانه و بدون علائم سیستمیک.
- UTI عارضه دار: علائم نشان دهنده گسترش عفونت به خارج از مثانه و حضور علائم سیستمیک.
- ریسک فاکتور: دیابت (مهم ترین ریسک فاکتور)، آتومالی ادراری، جنسیت زن.
- زنان مبتلا به دیابت به علت مزمن بودن بیماری، استفاده از انسولین، اختلال عملکرد مثانه، انسداد جریان ادرار و تخلیه ناکامل مثانه ۲ الی ۳ برابر زنان غیردیابتی دچار UTI می شوند.

(۲) خانم ۳۶ ساله ای با تب و لرز و درد پهلوی چپ مراجعه کرده است. در کشت ادرار بیمار کدام یک از ارگانیسم های زیر منشأ

هماتوژن را مطرح می کند؟ (پره انترنی - اسفندر ۹۶)

الف) آنتروکوک (ب) سالمونلا (ج) مورگانلا (د) سودوموناس

○ **جواب:** ب. در نبود کاتتر و سایر ابزارهای ادراری، جدا شدن سالمونلا، استاف اورئوس و کاندیدا بیانگر انتقال هماتوژن است.



درسنامه ۲: پاتوژن

- در نبود کاتتر و سایر ابزارهای ادراری، جدا شدن سالمونلا، استاف اورئوس و کاندیدا بیانگر انتقال هماتوژن است.

(۳) خانم ۲۴ ساله که ۲ سال پیش ازدواج کرده، با سوزش و تکرر ادرار از شب قبل مراجعه نموده است. وی علائم سیستمیک و تب ندارد. در معاینه، تندرست سوپراپوبیک دارد. جهت شروع درمان تجربی، تمام داروهای زیر مناسب هستند به جز؟

(دستیاری ۱۳۰۲)

الف) نیتروفرانتوئین ۵ روز (ب) موکسی فلوکساسین ۷ روز

ج) کوتریموکسازول ۳ روز (د) فسفومایسین تک دوز

○ **جواب:** ب. درمان سیستیت: ۱. خط اول ← نیتروفرانتوئین، کوتریموکسازول و فسفومایسین.





درسنامه ۲: گازگرفتگی گربه

- در زنان شایع‌تر است.
- عامل: ترکیب هوازی و بی‌هوازی (پاستورلا مولتی‌سیدا یک باکتری گرم منفی است که در اکثر عفونت‌های ناشی از گازگرفتگی‌های گربه وجود دارد).
- علائم: نسبت به گازگرفتگی سگ، زمان ایجاد علائم کوتاه‌تر و شانس ایجاد سپتیک آرتريت و استئومیلیت بیشتر است.
- عفونت با بارتونلا هنسله منجر به بیماری خراش گربه می‌شود که یک عارضه دیررس گازگرفتگی گربه است.
- درمان: کو - آموکسی‌کلاو خوراکی یا آمپی‌سیلین - سولباکتام وریدی درمان انتخابی هستند. در صورت حساسیت به پنی‌سیلین، کلیندامایسین + کوتریموکسازول یا سیپروفلوکساسین درمان جایگزین است.
- درمان عفونت با پاستورلا: پنی‌سیلین وریدی. سفالوسپورین‌های نسل ۲ یا ۳ یا سیپروفلوکساسین درمان جایگزین است.

۳ آقای ۳۰ ساله‌ای که ۲ هفته پیش دچار گزش موش در دست راست شده است. هم‌اکنون با درد، تورم، زخم، آدنوپاتی آگزیلاری همان سمت، تب و لرز مراجعه کرده است. در رنگ‌آمیزی گرم ترشحات زخم، باسیل‌های گرم منفی میله‌ای دیده می‌شود. در بررسی با میکروسکوپ زمینه تاریک باسیل‌های مارپیچی (اسپیروکت) گزارش شده است. بیمار به پنی‌سیلین حساسیت دارد. درمان انتخابی کدام است؟ (بورد عفونی - شهریور ۹۳)

الف) استرپتومایسین ب) داکسی‌سیکلین ج) ریفامپین د) آزیترومایسین

● **جواب: ب.** درمان گازگرفتگی جوندگان: داروی انتخابی، پنی‌سیلین و داروی جایگزین در صورت حساسیت به پنی‌سیلین، داکسی‌سیکلین است.



درسنامه ۳: گازگرفتگی جوندگان

- عامل: اسپریلوم مینور (اسپیروکت) یا استرپتوباسیلوس مونیلی فورمیس (گرم منفی).
- درمان: داروی انتخابی، پنی‌سیلین و داروی جایگزین در صورت حساسیت به پنی‌سیلین، داکسی‌سیکلین است.

۴ مرد ۳۵ ساله‌ای به دنبال نزاع خانوادگی، دچار گازگرفتگی انگشت شست دست شده است. در معاینه، فقط زخم عمقی در پروگزیمال انگشت شست دارد. تب و لرز ندارد. شواهدی از ترشح چرکی در زخم مشهود نیست. در صورت عدم دسترسی به آمپی‌سیلین / سولباکتام، کدام یک از درمان‌های زیر پیشنهاد می‌شود؟ (بورد عفونی - شهریور ۹۹)

الف) بستری و درمان با کلیندامایسین ب) کلوزاسیلین و اریترومایسین
ج) ایمپنم د) نیاز به درمان آنتی‌بیوتیک ندارد

● **جواب: ج.** درمان آسیب‌مشت‌های گره‌کرده: آمپی‌سیلین - سولباکتام وریدی یا ایمپنم وریدی داروهای انتخابی هستند.

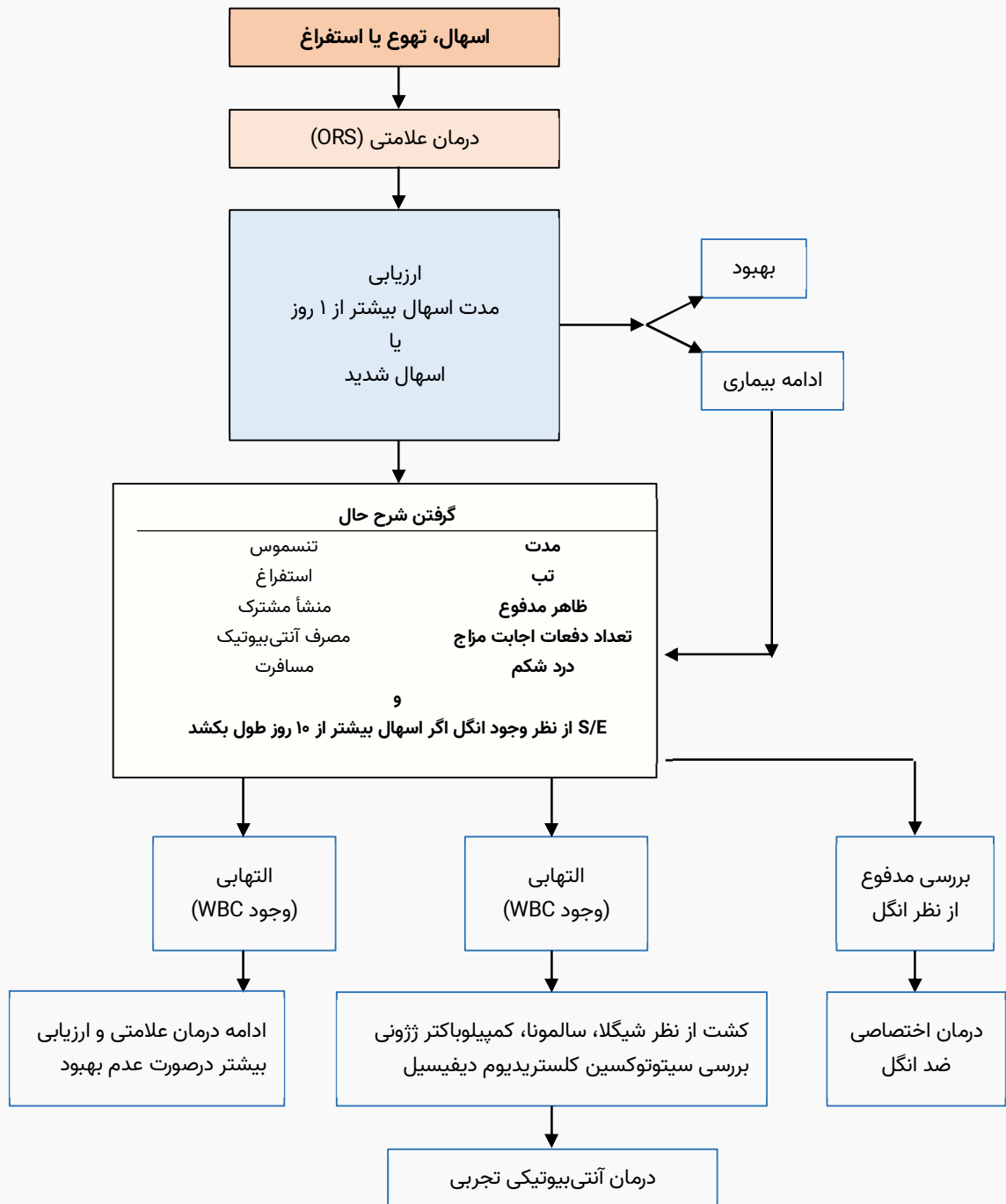


درسنامه ۴: گازگرفتگی انسان یا میمون

- عامل: ترکیب هوازی و بی‌هوازی.
- بیماری‌های منتقله از طریق گازگرفتگی انسان: هپاتیت B، C، HSV، کزاز، سل، سیفلیس. انتقال HIV نادر است.
- ۲ نوع آسیب ایجاد می‌شود: ۱. آسیب‌مشت‌های گره‌کرده که در اثر اصابت به دندان موجب لیسراسیون دست می‌شود که عفونتی به مراتب جدی‌تر ایجاد می‌کند، ۲. آسیب‌های انسدادی: در اثر گازگرفتن رخ می‌دهد.
- درمان آسیب‌مشت‌های گره‌کرده: آمپی‌سیلین - سولباکتام وریدی یا ایمپنم وریدی داروهای انتخابی هستند. سفوکسیتین داروی جایگزین در صورت حساسیت به پنی‌سیلین است.
- درمان آسیب انسدادی: کو - آموکسی‌کلاو خوراکی یا آمپی‌سیلین - سولباکتام وریدی درمان انتخابی هستند. اریترومایسین یا فلوروکینولون داروهای جایگزین در صورت حساسیت به پنی‌سیلین هستند.



- در عفونت ناشی از E-Coli انتروهموراژیک (اسهال خونی بدون تب) آنتی‌بیوتیک نباید تجویز شود زیرا خطر HUS به‌ویژه در اطفال را افزایش می‌دهد.
- در برخورد با بیماران اسهالی از الگوریتم زیر استفاده می‌کنیم:



- ۶) در پروفیلاکسی از اسهال مسافرتی در بیماری که نقص ایمنی ندارد، کدام مورد مؤثر بوده و توصیه می‌شود؟ (ارتقاء - تیر ۹۶)
- الف) سیپروفلوکساسین ب) پروبیوتیک ج) لوپرامید د) ریفاکسیمین
- جواب: ب. در افراد سالم، پروبیوتیک‌ها باعث کاهش ۱۵٪ اسهال مسافران می‌شود.

۳) آقای ۶۰ ساله‌ای که به تازگی در بیمارستان به دلیل پنومونی بستری بوده است. با تب، درد شکم و اسهال بستری شده است. در معاینه، $T=38$ و شکم نرم است. آزمایش مدفوع نکته‌ای ندارد. تا آماده شدن جواب برای بررسی‌های بیشتر، تمامی درمان‌های زیر توصیه می‌شود، به جز؟ (درستی ۱۳۰۰)

الف) مترونیدازول ب) وانکومایسین ج) فیداکسومایسین د) ریفاکسیمین

● **جواب: د.** درمان آنتی‌بیوتیکی CDI: خط اول شامل وانکومایسین خوراکی یا فیداکسومایسین خوراکی برای ۱۰ روز است. مترونیدازول در خط بعدی است.

درسنامه ۳: درمان

- درمان: ۱. اولین قدم حذف تمام آنتی‌بیوتیک‌های بیمار است. ۲. هیدراتاسیون، اجتناب از تجویز داورهای ضد حرکت و مخدرها، ۳. درمان آنتی‌بیوتیکی: خط اول شامل وانکومایسین خوراکی یا فیداکسومایسین خوراکی برای ۱۰ روز است. مترونیدازول در خط بعدی است.
- CDI شدید: $WBC \geq 15000$ ، کراتینین ≥ 1.5 ، شوک و هایپوتنشن، ایلئوس، توکسیک مگاکولون.
- درمان CDI شدید: وانکومایسین خوراکی (به‌ویژه در بیماران بدحال و با $WBC \geq 15000$ یا کراتینین ≥ 1.5) یا فیداکسومایسین خوراکی برای ۱۰ روز.
- CDI فولمینانت غالباً اسهال ندارند و علائمی شبیه شکم حاد جراحی و یا سپسیس دارند. شوک و هایپوتنشن، ایلئوس، توکسیک مگاکولون در صورت رخداد در بیماری که در ۲ ماه گذشته آنتی‌بیوتیک مصرف کرده، شک به نوع فولمینانت را برمی‌انگیزد. بهترین تشخیص در بیماران بدون اسهال، کولونوسکوپی و سیگموئیدوسکوپی با احتیاط یا CT اسکن شکم است.
- درمان شامل وانکومایسین خوراکی یا از راه NG-TUBE یا انما به همراه مترونیدازول وریدی است. در صورت مؤثر نبودن درمان دارویی، جراحی کولکتومی است البته قبل از رسیدن سطح سرمی لاکتات به 5 mmol/L .

۴) بیماری متعاقب مصرف آنتی‌بیوتیک‌های وسیع‌الطیف در بخش ICU، دچار اسهال بدون خون گردیده است. علاوه بر درمان بیمار، جهت پیشگیری از انتقال عفونت، کدام یک از اقدامات زیر توصیه می‌شود؟ (پره‌انترنی - شورپور ۹۵)

- الف) شناسایی بیماران ناقل تخت‌های مجاور
 - ب) ضد عفونی دست‌های پرسنل با الکل
 - ج) گندزدایی محیط و پوشیدن دستکش توسط پرسنل
 - د) شناسایی و درمان پرسنل ناقل بدون علامت
- **جواب: ج.**

درسنامه ۳: پیشگیری و کنترل

- ۱. شستن دست‌ها در طغیان‌های ک. دیفسیل خیلی مهم است زیرا استفاده از ژل‌های حاوی الکل مؤثر نیست، ۲. به کارگیری محلول‌های هیپوکلریت برای رفع آلودگی، ۳. پوشیدن دستکش توسط پرسنل، ۴. استفاده نکردن از ترمومترهای الکترونیکی، ۵. محدود کردن تجویز آنتی‌بیوتیک‌های پرخطر

فصل ۲۶

کزاز

۱) آقای ۶۵ ساله با عدم توانایی صحبت کردن و بلع و سفتی منتشر اندام با شروع از ۲ روز پیش به اورژانس آورده شده است. بیمار تب ندارد. کاملاً هوشیار است، اما در معاینه، دهان به سختی باز می‌شود و رژیدیتة شدید در خم کردن گردن و اندام مشاهده می‌شود. او مرد بازنشسته‌ای است که به‌جز اشتغال به کار باغبانی در منزل فعالیت دیگری ندارد. هیچ خاطره‌ای از دریافت هیچ نوع واکسنی ندارد و دارویی مصرف نمی‌کرده است. با توجه به محتمل‌ترین تشخیص، بروز کدام عارضه زیر را قابل انتظار می‌دانید؟ (پره‌انترنی - شهریور ۹۸)

- الف) کاهش سطح هوشیاری
ب) نارسایی تنفسی
ج) فلج اندام
د) بثورات جلدی

○ **جواب: ب.** شایع‌ترین علت مرگ در کزاز، نارسایی تنفسی به‌دنبال اسپاسم عضلات تنفسی است.



درسنامه ۱: علائم بالینی کزاز یا تتانوس

- تریسموس، سفتی و درد عضلانی، کمردرد، دشواری در بلعیدن، دشواری در شیرخوردن و مکیدن در نوزادان، علائم اتونومیک مثل فشارخون متغیر، تاکی‌کاردی یا برادی‌کاردی، بی‌حرکتی گوارشی، تعریق نارسایی حاد کلیه که بیشتر در هفته دوم رخ داده و مرگ‌ومیر در این هفته به‌خاطر مشکلات قلبی - عروقی است.
- شایع‌ترین علت مرگ در کزاز، نارسایی تنفسی به‌دنبال اسپاسم عضلات تنفسی است.

۲) بیمار ۵۰ ساله با تریسموس، دیسفاژی، سفتی گردن و درد عضلانی شدید، به اورژانس مراجعه می‌کند. سابقه تصادف و زخم باز در ساق پا را در ۷ روز قبل ذکر می‌کند. در حین معاینه، بیمار دچار اسپاسم در عضلات شکم و اندام شده و در محل زخم نیز ترشحات مختصر وجود دارد. کدام‌یک از گزینه‌های زیر برای تشخیص این بیماری کمک‌کننده‌تر است؟ (پره‌انترنی - شهریور ۹۸)

- الف) کشت از ترشحات زخم
ب) علائم بالینی و سابقه تصادف
ج) آنالیز مایع CSF
د) بررسی توکسین در سرم

○ **جواب: ب.** تشخیص کزاز براساس علائم بالینی است.



درسنامه ۲: تشخیص

- تشخیص کزاز براساس علائم بالینی است. کشت کلستریدیوم تتانی از تشخیص حمایت می‌کند.

۳) تمام موارد زیر در درمان بیمار مبتلا به کزاز پیشنهاد می‌شود به‌جز: (پره‌انترنی - شهریور ۱۳۰۲)

- الف) تتابولین
ب) مترونیدازول
ج) دبریدمان زخم
د) پلاسما فرز

○ **جواب: د.** 😊

فصل ۳۴

کاندیدیازیس

۱) خانم جوانی با پچ‌های سفید بدون درد و چسبنده در ناحیه دهان به‌خصوص روی زبان که تا فارنکس ادامه دارد، مراجعه نموده است. سابقه بیماری خاصی نمی‌دهد. در رنگ‌آمیزی با 10% KOH، هایفا و سودوهایفا دیده می‌شود. اقدام مناسب

بعدی کدام است؟ (پره‌انترنی - شهریور ۹۸)

- الف) درخواست کشت خون
 ب) درخواست تست قند خون
 ج) درخواست تست HIV
 د) انجام آندوسکوپی

○ **جواب: ج.** HIV باید در یک فرد جوان مبتلا به برفک بررسی شود.



درسنامه ۱: عفونت کاندیدیازیس مخاطی یا برفک

- علائم: پچ‌های سفیدرنگ، بدون درد و چسبنده در دهان، مری، زبان و مری. گاهی نیز ترک و فیشر نیز در گوشه دهان دیده می‌شود.
- ریسک‌فاکتورها: HIV (به‌ویژه در یک فرد جوان مبتلا به برفک)، دندان مصنوعی، مصرف AB (برای نوع ولوواژینال).
- تشخیص: مشاهده سودوهایفا یا هایف در اسلاید مرطوب با سالیین یا KOH یا رنگ‌آمیزی گرم.

۲) آقای ۷۴ ساله با سابقه دیابت و نارسایی کلیه، به‌علت عفونت کاتتر دیالیز در بیمارستان بستری شده و از حدود ۱۰ روز قبل تحت درمان با آنتی‌باکتریال قرار دارد. در سیر بستری، بیمار دچار تب می‌شود. شکایتی از تاری دید و اختلال بینایی ندارد. در معاینه کانون خاصی یافت نشد. نتیجه کشت خون کاندیدا گزارش شده است. کدام اقدام تشخیصی توصیه می‌شود؟

(دستیاری ۱۴۰۰)

- الف) CT آنژیوگرافی ریه ب) معاینه چشم ج) پونکسیون لومبار د) MRI مغز
- **جواب: ب.** در تمام بیماران مبتلا به کاندیدمی، معاینه چشم الزامی است.



درسنامه ۲: کاندیدیازیس مهاجم عمقی

- بوسیله انتقال هماتوژن رخ می‌دهد.
- ارگان‌های درگیر: مغز، کورئوئید پلکسوس، شبکه (ایجاد آبسه)، قلب، کلیه‌ها، کبد و طحال (به‌ویژه در بیماران نوتروپنیک)، پوست (ایجاد ضایعات ماکروندولر یا آبسه).
- در تمام بیماران مبتلا به کاندیدمی، معاینه چشم الزامی است.

۳) بیمار ۲۵ ساله با سابقه اعتیاد تزریقی به‌علت ضایعات سفید رنگ، بدون درد و به هم پیوسته بر روی سطح زبان مراجعه می‌نماید. در گوشه لب‌ها نیز فیشر مشهود است. تمام اقدامات زیر صحیح است به‌جز: (پره‌انترنی - فروردین ۱۴۰۱)

- الف) درخواست تست HIV ب) شروع فلوکونازول
 ج) معاینه چشم‌پزشکی د) نمونه‌گیری از ضایعه و دیدن هیفا با Wet mount

○ **جواب: ج.**



فصل ۴۲

نحوه برخورد با بیمار بدحال مبتلا به عفونت

۱) جوان ۲۰ ساله‌ای با تب، سردرد، ضعف، علائم تحریک مننژ مراجعه و بستری می‌شود. در سابقه اخیر وی پان سینوزیت وجود دارد. پس از برقراری IV Line توسط اینترن و تجویز ۵۰ سی‌سی گلوکز هیپرتونیک ۵۰٪، شما در جریان قرار می‌گیرید. ته چشم بیمار و معاینه نورولوژی طبیعی است. در مورد ارزیابی و درمان بیمار با توجه به رعایت ترتیب، انجام کدامیک از

گزینه‌های زیر مناسب و عملی‌تر می‌باشد؟ (پور دافلی - مرداد ۸۸)

الف) ارسال کشت خون - شروع آنتی‌بیوتیک - انجام LP

ب) آزمایش قند خون - انجام LP - شروع آنتی‌بیوتیک

ج) CT-Scan مغز - انجام LP - شروع آنتی‌بیوتیک

د) MRI با گادولینیوم - انجام LP - شروع آنتی‌بیوتیک

● **جواب: الف.**

درسنامه ۱: بیماری حاد تب‌دار

• قبل از شروع درمان آنتی‌بیوتیکی بررسی‌های زیر را انجام می‌دهیم: ۱. بررسی نمونه خون جهت کشت خون، الکترولیت‌های سرم، گلوکز، لاکتات خون، CBC-diff, BUN, Cr, LFT, CRP, D-dimer, LDH, ۲. نمونه نازوفارنکس جهت بررسی کووید-۱۹، ۳. در صورت شک به مننژیت نمونه CSF می‌گیریم، اما در صورت وجود focal neurologic deficit تصویربرداری مغز ابتدا باید انجام شود. آنتی‌بیوتیک قبل از تصویربرداری و بعد از گرفتن نمونه کشت خون باید شروع شود.

۲) بیماری ۷۰ ساله با تب، کاهش هوشیاری و کاهش ادرار به اورژانس ارجاع گردیده است. در ارزیابی اولیه برای بیمار تشخیص سپسیس شدید بدون منشأ مشخص، گذاشته شده است. درمان تجربی انتخابی اولیه کدامیک از موارد زیر است؟

(پره‌انترنی - اسفند ۹۴)

الف) وانکومايسين + سفپيم

ب) سفازولين + جنتاميسين

ج) جنتاميسين + پيپراسيلين / تازوباكتام

د) هيچ کدام

● **جواب: الف.** ترکیب وانکومايسين + پيپراسيلين - تازوباكتام يا سفپيم برای شوک سپتیک رژیم انتخابی است.

درسنامه ۲: شوک سپتیک

• بیماران مبتلا ممکن است پنومونی، پیلونفریت یا کلانژیت داشته باشند.

• بیماران پرخطر: سن بالا، نقص ایمنی، بستری یا جراحی اخیر.

• در بیماران مبتلا به شوک سپتیک باید مننژیت قارچی را بررسی کرد.

• درمان: به سرعت باید آغاز شود. ترکیب وانکومايسين + پيپراسيلين - تازوباكتام يا سفپيم رژیم انتخابی است. در حضور ارگانيسم‌های گرم منفی مقاوم به چند دارو یا ريسک فاکتورهای ابتلا به ارگانيسم‌های مقاوم، کارباپنم یا آمینوگلیکوزید به درمان اضافه می‌شود. در حین درمان شوک اگر بیماران به مایع‌درمانی و داروهای وازوپرسور پاسخ ندهند باید کورتون را شروع کرد.