

## مقدمه

یکی از مهم‌ترین قسمت‌های دوره‌ی پزشکی عمومی، دوره‌ی استاژری می‌باشد که همکاران عزیزم با ورود به بیمارستان‌ها از نزدیک با بیماران برخورد خواهند داشت و باید علم و عمل را برای بهبود بیماران به صورت توأمان به کار بگیرند. در انتهای دوره‌ی استاژری، دانشجویان عزیز استاژر باید آزمون OSCE را پشت سر بگذارند تا بتوانند وارد مرحله‌ی اینترنی شوند و از آن جایی که کتاب مدونی برای این آزمون، آنچنان که باید باشد؛ موجود نبود، سعی بر آن داشتم که در مجموعه‌ی گردآوری شده پیش‌رو، این نقیصه در حوزه‌ی آموزش را به بهترین شکل پوشش دهم تا عزیزان بتوانند با مطالعه‌ی این کتاب، با علم و دانش و تسلط بیشتری آزمون خود را پشت سر بگذارند و وارد مرحله‌ی اینترنی شوند.

در نهایت از همکاران عزیز استاژر خانم دکترها فاطمه صادقی فرد، آیسان مکبر، ارغوان اسلامی، زهرا همیانی، آذین تربتی نژاد، مریم عابدی و الناز مرادی که در بازنویسی این کتاب نقش داشتند کمال تشکر را دارم.

امید است که با تألیف این کتاب، توانسته باشم گام کوچکی در عرصه‌ی آموزش پزشکی کشور عزیزمان ایران بردارم.

با تشکر و ارادت

دکتر غلامرضا ژیان

## فهرست مطالب

۷	غدد
۷	تیروئید
۱۴	دیابت
۱۶	داروهای خوراکی و انسولین
۱۸	متفورمین
۱۹	گروه سولفونیل اوره ها
۱۹	شبه سولفونیل اوره ها (مگلیتیندها)
۲۰	تiazolidinediones دیون ها
۲۱	سدیم گلوکز کوترنسپورترها
۲۱	انسولین ها
۲۶	کوشینگ
۲۸	آدیسون
۲۹	آکرومگالی
۳۰	هایپرپرولاکتینمی
۳۰	لیپید
۳۴	چاقی
۳۶	ریه
۳۶	COPD و آسم
۳۷	آسم
۴۰	پلورال افیوژن
۴۰	تنگی نفس
۴۱	آمبولی
۴۴	سرفه
۴۵	هموپتزی
۴۶	پنومونی
۵۱	تفسیر اسپیرومتري

۵۴	-----	اپروچ به ترومبوسیتوپنی
۵۴	-----	اپروچ به پلی‌سیتمی
۵۵	-----	داروهای ضد انعقاد
۶۹	-----	نفرولوژی
۶۹	-----	نارسایی حاد و مزمن کلیه
۷۴	-----	اپروچ به پروتئینوری و باکتریوری
۷۶	-----	کست‌های ادراری
۷۹	-----	کریستال‌های ادراری
۸۱	-----	اختلالات پتاسیم
۸۱	-----	اختلالات سدیم
۸۳	-----	گوارش
۸۳	-----	هیپاتیت
۸۵	-----	سنگ کیسه صفرا
۸۶	-----	سیروز
۸۹	-----	پانکراتیت
۹۰	-----	دیس‌پسی
۹۲	-----	ریفلاکس
۹۲	-----	خون‌ریزی گوارشی
۹۳	-----	اپروچ به یبوست
۹۴	-----	اپروچ به اسهال
۹۵	-----	روماتولوژی
۹۵	-----	لوپوس (SLE)
۹۵	-----	تظاهرات پوستی لوپوس
۹۹	-----	روماتوئید آرتریت (RA)
۱۰۲	-----	کمردرد
۱۰۳	-----	نقرس (GOUT)
۱۰۵	-----	اسپوندیلیت آنکلیوزان (AS)
۱۰۶	-----	پوکی استخوان
۱۰۹	-----	استئوآرتریت
۱۱۲	-----	اختلال در اعصاب نخاعی
۱۱۲	-----	جنرال
۱۱۵	-----	ادم

## غدد

### تیروئید

محدوده رنج نرمال TSH بین ۰٫۵ تا ۵ است.

### هایپوتیروئیدی

#### علائم:

- ضعف و خستگی
- ضربان قلب پایین
- پوست خشک
- فعالیت کم
- چاقی
- یبوست
- ریزش مو
- فشار خون دیاستولیک بالا می‌رود
- هایپرمنوره

هایپوتیروئیدی دو نوع ساب کلینیکال و کلینیکال دارد:

- **کلینیکال:**  $TSH > 5$  و  $T4$  پایین / درمان: چک anti TPO و بررسی هاشیماتو
- **ساب کلینیکال:**  $TSH > 5$  و  $T4$  normal / درمان: هر ۳ الی ۶ ماه بررسی می‌کنیم.

ساب کلینیکال فقط در موارد زیر درمان می‌خواهد:

- هر فردی که سن ۶۵ به بالا دارد.
- هرکسی که مشکل قلبی دارد.
- هرکسی که گواتر بزرگ دارد.
- خانم باردار.
- تمام بچه‌ها در سنین رشد.
- فردی که مشکلات قاعدگی پیدا کرد.
- $TSH > 10$
- هرکسی که anti TPO + بود.



### درمان هایپوتیروئیدی اولیه

- دوز دارویی که بیمار می‌تواند مصرف می‌کند برای لووتیروکسین در بیماران هایپوتیروئیدی روزانه ۱/۶ به ازای هر کیلوگرم وزن بدن است. (۱/۶ \* وزن بیمار \* روزهای هفته (۷) = جواب) جواب کل را تقسیم بر ۱۰۰ (دوز خود قرص لووتیروکسین) می‌کنیم تا تعداد قرص‌ها در هفته به دست بیاید. بر فرض مثال جواب ۵/۶ میاد ما به سمت ۶ گرد می‌کنیم و می‌گیریم ۶ روز هفته بخور بجز جمعه‌ها.
- هرفردی که قرص تیروئید مصرف می‌کند ۶ هفته بعد باید آزمایش دهد تا ببینیم تغییرات لازم اعمال شده است یا خیر برحسب آن دوز قرص را تغییر می‌دهیم.

### هایپرتیروئیدی

#### علائم:

- اسهال
- عرق کردن
- لرزش دست
- تپش قلب
- احساس گرما
- lid lag (حرکت چشم به پایین کند)
- ادم پری اوربیت
- ادم اندامها هم در هایپر هم هایپو (non pitting)
- در قسمت ساق پا پوست پرتغالی می‌شود (mix edem pretibial - پوست پرتغالی دردناک قرمز رنگ پوست خشک)

### انواع هایپرتیروئیدی

- **کلینیکال:** TSH < 0.5 و T3 یا T4 بالاتر از رنج نرمال آزمایشگاهی / درمان: قرص متی

مازول یا PTU

- **ساب کلینیکال:** TSH < 0.5 و T3 یا T4 نرمال / درمان: پیگیری

در هایپرتیروئیدی ساب کلینیکال نیز تنها در ۲ مورد درمان می‌کنیم:

۱. سن < ۶۵

۲. کسانی که مشکلات قلب دارند.

◀ **نکته:** در هایپو تیروئیدی T3 مهم نیست ولی در هایپر تیروئیدی مهم است.

### Approach به ندول تیروئید

- TSH نرمال یا بالاتر باشد، سونو می کنیم.
  - TSH پایین باشد scan tyroid می کنیم که بفهمیم ندول سرد است یا گرم:
    - ✓ اگر hot باشد مشکل خاصی نیست .
    - ✓ اگر cold باشد قدم بعدی سونوگرافی مجدد است که چند حالت دارد:
  - ندول کیستیک: اقدامی لازم نیست اما اگر کیست از ۲ CM بزرگتر باشد FNA انجام می دهیم.
  - اسفنجی فرم: اقدامی لازم نیست.
  - ایزواکو  $FNA : cm2 <$
  - هایپراکو  $FNA : cm 2 <$
  - هایپواکو  $FNA : cm1 <$  (FNA زیر ۱ سانتی متر معمولا FNA نمی خواهد مگر در سابقه رادیوتراپی یا کنسر تیروئید، درگیری غدد لنفاوی، دیسفاژی یا دیسفونی (مشکل صدا).)
  - هالوساین: FNA
  - علائم تهاجمی سونو: FNA
  - هایپروتسکولاریته: FNA
  - حاشیه مضرس: FNA
  - میکروکلسیفیکیشن: FNA
- ☑ در بقیه موارد ۶ الی ۱ سال بعد سونو مجدد اگر ۲۵٪ سایز ندول چه طولی چه عرضی بزرگ شده باشد باید FNA شود.



پروپتوز در گریوز