

فهرست

پیش‌گفتار.....	۱۱
سوالات جلد اول	
فصل ۱۳: ارزیابی پیش از عمل.....	۱۵
پاسخنامه فصل ۱۳.....	۱۹
فصل ۱۴: مونیتورینگ بیمار در جراحی فک و صورت.....	۲۵
پاسخنامه فصل ۱۴.....	۲۸
فصل ۱۵: بی‌حسی‌های موضعی.....	۳۲
پاسخنامه فصل ۱۵.....	۳۶
فصل ۱۶: فارماکولوژی داروها در بیهوشی سرپایی.....	۴۲
پاسخنامه فصل ۱۶.....	۴۶
فصل ۱۷: کانسپت‌ها و تکنیک‌های بیهوشی.....	۵۰
پاسخنامه فصل ۱۷.....	۵۳
فصل ۱۸: کانسپت‌ها در مدیریت درد حاد پس از عمل.....	۵۶
پاسخنامه فصل ۱۸.....	۵۹
فصل ۱۹: سدیشن دارویی و بیهوشی عمومی در اطفال.....	۶۳
پاسخنامه فصل ۱۹.....	۶۷
فصل ۲۶: ایمپلنت استتیک دندانپزشکی: تشخیص و طرح درمان.....	۷۲
پاسخنامه فصل ۲۶.....	۷۴
فصل ۲۷: ایمپلنت فوری.....	۷۶
پاسخنامه فصل ۲۷.....	۷۷
فصل ۲۸: مواد و روشهای پیوند استخوان.....	۷۸
پاسخنامه فصل ۲۸.....	۸۰
فصل ۲۹: بیولوژی و هیستولوژی پیوند استخوان.....	۸۲
پاسخنامه فصل ۲۹.....	۸۳
فصل ۳۰: پیوند استخوان اتوزن برای ایمپلنت‌های دندان‌ی.....	۸۴
پاسخنامه فصل ۳۰.....	۸۶
فصل ۳۱: بازسازی هدایت شده‌ی بافت در ایمپلنت.....	۸۸
پاسخنامه فصل ۳۱.....	۹۰
فصل ۳۲: جراحی ساب‌آنترال سینوس لیفت و پیوند.....	۹۲
پاسخنامه فصل ۳۲.....	۹۴

فصل ۳۳: فلپ‌های استوپریوستانال و دیسترکشن	فصل ۴۳: بیماری پری ایمپلنتایتیس.....
استوژنریس.....	پاسخنامه فصل ۴۳.....
پاسخنامه فصل ۳۳.....	
فصل ۳۴: آگمنتیشن بافت نرم اطراف ایمپلنت.....	
پاسخنامه فصل ۳۴.....	
فصل ۳۵: ایمپلنت‌های زایگوماتیک: روشی بدون نیاز به	
پیوند جهت درمان ماگزیلای بی‌دندان.....	
پاسخنامه فصل ۳۵.....	
فصل ۳۶: رستوریشن فیکس در ماگزیلای بی‌دندان	
.....	
پاسخنامه فصل ۳۶.....	
فصل ۳۷: بارگذاری فوری ایمپلنت‌های مندیبل توسط	
پروتز کامل موقت.....	
پاسخنامه فصل ۳۷.....	
فصل ۳۸: آپشن‌های رستورتیو در تک ایمپلنت.....	
پاسخنامه فصل ۳۸.....	
فصل ۳۹: اوردنچر.....	
پاسخنامه فصل ۳۹.....	
فصل ۴۰: ایمپلنت در دیفکت‌های ارثی و اکتسابی	
پاسخنامه فصل ۴۰.....	
فصل ۴۱: تصویربرداری سه بعدی و پروتوکل‌های	
دیجیتال در ایمپلنت‌های دندانی و پیوند استخوان	
پاسخنامه فصل ۴۱.....	
فصل ۴۲: بیماری پری ایمپلنت و ابعاد رستورتیو در	
ایمپلنت‌های دندانی.....	
پاسخنامه فصل ۴۲.....	

سوالات جلد دوم

فصل ۱۶: پاتولوژی دهان و فک و صورت: تکنیک‌های
تشخیصی و اقدامات جراحی در دسترس.....
پاسخنامه فصل ۱۶.....
فصل ۱۷: کیست‌های ناحیه فک و صورت.....
پاسخنامه فصل ۱۷.....
فصل ۱۸: تومورهای ادنتوژنیک: پاتولوژی جراحی و
مدیریت.....
پاسخنامه فصل ۱۸.....
فصل ۱۹: ضایعات غیر ادنتوژنیک خوش خیم فک.....
پاسخنامه فصل ۱۹.....
فصل ۲۰: بیماری‌های غدد بزاقی.....
پاسخنامه فصل ۲۰.....
فصل ۲۱: تشخیص و مدیریت استونکروز فک مرتبط با
داروها.....
پاسخنامه فصل ۲۱.....
فصل ۲۲: لانگرهانس سل هیستوسیتوز.....
پاسخنامه فصل ۲۲.....
فصل ۲۳: آنومالی‌های عروقی ناحیه دهان و فک و صورت
.....
پاسخنامه فصل ۲۳.....
فصل ۲۴: بیماری‌های وزیکولوبولوز.....
پاسخنامه فصل ۲۴.....
فصل ۲۵: استومیلیت و استورادیونکروز.....

پاسخنامه فصل ۳۶.....	۲۱۲	پاسخنامه فصل ۲۵.....	۱۶۴
فصل ۳۷: تصویر برداری مفصل گیجگاهی فکی.....	۲۱۴	فصل ۲۶: بیولوژی مولکولی سرطان.....	۱۶۵
پاسخنامه فصل ۳۷.....	۲۱۶	پاسخنامه فصل ۲۶.....	۱۶۶
فصل ۳۸: پاتولوژی بیماریهای مفصل گیجگاهی فکی.....	۲۱۷	فصل ۲۷: سارکوم های فکین.....	۱۶۷
پاسخنامه فصل ۳۸.....	۲۲۲	پاسخنامه فصل ۲۷.....	۱۷۱
فصل ۳۹: درمان غیر جراحی بیماریهای مفصل گیجگاهی فکی.....	۲۲۵	فصل ۲۸: اسکواموس سل کارسینوم در ناحیه دهان، فک و صورت.....	۱۷۴
پاسخنامه فصل ۳۹.....	۲۲۸	پاسخنامه فصل ۲۸.....	۱۷۶
فصل ۴۰: آرتروسنتز مفصل گیجگاهی فکی.....	۲۳۰	فصل ۲۹: ملانوم.....	۱۷۸
پاسخنامه فصل ۴۰.....	۲۳۲	پاسخنامه فصل ۲۹.....	۱۸۰
فصل ۴۱: آرتروسکوپی مفصل گیجگاهی فکی.....	۲۳۴	فصل ۳۰: لنفوم.....	۱۸۳
پاسخنامه فصل ۴۱.....	۲۳۵	پاسخنامه فصل ۳۰.....	۱۸۵
فصل ۴۲: جراحی دژنراسیون داخلی مفصل گیجگاهی فکی.....	۲۳۶	فصل ۳۱: سرطان غیر ملانومی پوست در سر و گردن.....	۱۸۸
پاسخنامه فصل ۴۲.....	۲۳۹	پاسخنامه فصل ۳۱.....	۱۹۲
سوالات ۴۳: جایگزینی مفصل گیجگاهی فکی.....	۲۴۱	فصل ۳۲: استفاده از پرتو درمانی در سرطانهای سر و گردن.....	۱۹۷
پاسخنامه فصل ۴۳.....	۲۴۲	پاسخنامه فصل ۳۲.....	۱۹۹
فصل ۴۴: دردهای مزمن صورتی.....	۲۴۳	فصل ۳۳: اصول انکولوژی پزشکی در مدیریت سرطانهای سر و گردن.....	۲۰۰
پاسخنامه فصل ۴۴.....	۲۴۷	پاسخنامه فصل ۳۳.....	۲۰۲
فصل ۴۵: بیماریهای عضلانی مفصل گیجگاهی فکی.....	۲۴۹	فصل ۳۵: ساختار و فانکشن مفصل گیجگاهی فکی.....	۲۰۳
پاسخنامه فصل ۴۵.....	۲۵۰	پاسخنامه فصل ۳۵.....	۲۰۷
سوالات جلد سوم			
فصل ۲: طرح درمان در جراحی ارتوگناتیک.....	۲۵۳	فصل ۳۶: ارزیابی بیماری های مفصل گیجگاهی فکی.....	۲۰۹
پاسخنامه فصل ۲.....	۲۵۵		

فصل ۳: طرح درمان مجازی در جراحی ارتوگناتیک	فصل ۱۴: جراحی جهت افزایش سرعت حرکات
..... ۲۵۷	ارتودنطیک..... ۲۸۸
پاسخنامه فصل ۳..... ۲۵۸	پاسخنامه فصل ۱۴..... ۲۸۹
فصل ۴: مدل سرجری..... ۲۵۹	فصل ۱۵: جراحی ارتوگناتیک جهت obstructive
پاسخنامه فصل ۴..... ۲۶۱	sleep apnea..... ۲۹۰
فصل ۵: استوتومی های رایج مندیبل..... ۲۶۲	پاسخنامه فصل ۱۵..... ۲۹۲
پاسخنامه فصل ۵..... ۲۶۴	فصل ۱۶: مدیریت حین عمل بیماران ارتوگناتیک
فصل ۶: جنیوپلاستی..... ۲۶۶	پاسخنامه فصل ۱۶..... ۲۹۶
پاسخنامه فصل ۶..... ۲۶۷	فصل ۱۷: جراحی مندیبل: پیشگیری و مدیریت عوارض
فصل ۷: inverted L osteotomy برای درمان ۲۹۸
دیفشنسی شدید مندیبل با ارتفاع خلفی کوتاه صورت	پاسخنامه فصل ۱۷..... ۳۰۰
..... ۲۶۸	فصل ۱۸: رایتیدکتومی..... ۳۰۲
پاسخنامه فصل ۷..... ۲۷۰	پاسخنامه فصل ۱۸..... ۳۰۵
فصل ۸: استوتومی های اندوسکوپیک مندیبل..... ۲۷۱	فصل ۱۹: استفاده از لیزر در جراحی های فک و صورت
پاسخنامه فصل ۸..... ۲۷۱ ۳۰۷
فصل ۹: لفورت ۱..... ۲۷۲	پاسخنامه فصل ۱۹..... ۳۱۰
پاسخنامه فصل ۹..... ۲۷۴	فصل ۲۰: راینوپلاستی..... ۳۱۳
فصل ۱۰: لفورت ۱ سگمنتال..... ۲۷۵	پاسخنامه فصل ۲۰..... ۳۱۶
پاسخنامه فصل ۱۰..... ۲۷۶	فصل ۲۱: بلغاروپلاستی..... ۳۱۸
فصل ۱۱: استوتومی همزمان ماگزینا و مندیبل..... ۲۷۷	پاسخنامه فصل ۲۱..... ۳۲۰
پاسخنامه فصل ۱۱..... ۲۷۸	فصل ۲۲: لیفت ابرو و پیشانی..... ۳۲۱
فصل ۱۲: دیسترکشن استوژنزیس داخل دهان..... ۲۷۹	پاسخنامه فصل ۲۲..... ۳۲۴
پاسخنامه فصل ۱۲..... ۲۸۲	فصل ۲۳: لیپوساکشن..... ۳۲۷
فصل ۱۳: بازسازی کامل مفصل TMJ همزمان با	پاسخنامه فصل ۲۳..... ۳۳۰
جراحی ارتوگناتیک..... ۲۸۵	فصل ۲۴: بوتولینوم توکسین..... ۳۳۲
پاسخنامه فصل ۱۳..... ۲۸۷	پاسخنامه فصل ۲۴..... ۳۳۴

فصل ۲۵: جراحی گوش.....	۳۳۶
پاسخنامه فصل ۲۵.....	۳۳۸
فصل ۲۶: ایمپلنت‌های صورتی در جراحی‌های زیبایی	۳۴۰
.....	۳۴۰
پاسخنامه فصل ۲۶.....	۳۴۳
فصل ۲۷: تکامل جنینی اوروفاسیال.....	۳۴۷
پاسخنامه فصل ۲۷.....	۳۵۰
فصل ۲۸: درمان جامع شکاف‌های صورتی.....	۳۵۲
پاسخنامه فصل ۲۸.....	۳۵۴
فصل ۲۹: ترمیم شکاف لب یکطرفه.....	۳۵۵
پاسخنامه فصل ۲۹.....	۳۵۸
فصل ۳۰: ترمیم شکاف کام.....	۳۶۰
پاسخنامه فصل ۳۰.....	۳۶۲
فصل ۳۱: درمان‌های ارتوپدیک پیش از عمل اطفال با	۳۶۳
شکاف لب و کام.....	۳۶۳
پاسخنامه فصل ۳۱.....	۳۶۴
فصل ۳۲: ارزیابی و مدیریت اختلالات تکلم در بیماران	۳۶۵
با شکاف کام.....	۳۶۵
پاسخنامه فصل ۳۲.....	۳۶۶
فصل ۳۳: مدیریت ماگزیلای دارای شکاف.....	۳۶۷
پاسخنامه فصل ۳۳.....	۳۶۹
فصل ۳۴: جراحی ارتوگناتیک شکاف.....	۳۷۰
پاسخنامه فصل ۳۴.....	۳۷۱
فصل ۳۵: جراحی تصحیحی برای مالفورماسیونهای	۳۷۲
شکاف.....	۳۷۲
پاسخنامه فصل ۳۵.....	۳۷۴
فصل ۳۶: جراحی کرانیوماگزیلوفاشیال در اطفال:	۳۷۶
ملاحظات رشدی و تکاملی.....	۳۷۶
پاسخنامه فصل ۳۶.....	۳۷۷
فصل ۳۷: کرانیوسینوستوزیس غیر سندرمیک:	۳۷۸
تشخیص و درمان‌های جراحی معاصر.....	۳۷۸
پاسخنامه فصل ۳۷.....	۳۸۰
فصل ۳۸: سندرم‌های دارای کرانیوسینوستوزیس:	۳۸۱
ارزیابی و بازسازی.....	۳۸۱
پاسخنامه فصل ۳۸.....	۳۸۴
فصل ۳۹: طیف اوکولو اوریکولوورتبرال: بازسازی	۳۸۶
مرحله‌ای.....	۳۸۶
پاسخنامه فصل ۳۹.....	۳۸۸
فصل ۴۰: سندرم تریچر کالینز: ارزیابی و درمان.....	۳۹۰
پاسخنامه فصل ۴۰.....	۳۹۲
فصل ۴۱: مدیریت پاتولوژی کرانیوماگزیلوفاشیال اطفال	۳۹۴
.....	۳۹۴
پاسخنامه فصل ۴۱.....	۳۹۶
فصل ۴۲: دیسترکشن استوژنزیس در اسکلت	۳۹۸
کرانیوماگزیلوفاشیال.....	۳۹۸
پاسخنامه فصل ۴۲.....	۳۹۹

پیش‌گفتار

کتاب جراحی دهان، فک و صورت فونسکا یکی از مهمترین و معتبرترین منابع جراحی فک و صورت می‌باشد که توسط مولفین مطرح در این رشته تدوین و گردآوری شده است. ویرایش سوم این کتاب در سال ۲۰۱۸ به چاپ رسیده است. کتاب حاضر مجموعه سوالات سه جلدی جراحی دهان، فک و صورت فونسکا می‌باشد، کتاب مذکور با هدف مرور و فراگیری سریع مطالب مهم می‌باشد که در اختیار متخصصین محترم و دستیاران گرامی رشته جراحی فک و صورت قرار می‌گیرد.

در نگارش این مجموعه تست سعی شده تمام سوالات مهم به همراه پاسخنامه که در فهم مطلب موثر می‌باشد آورده شود. بدیهی است دستیاران گرامی جهت به دست آوردن نتیجه مطلوب در امتحانات دستیاری و بورده نیاز به مطالعه کتاب اصلی می‌باشند اما با توجه به حجم بالای کتاب ۳ جلدی فونسکا این مجموعه سوالات می‌تواند در امتحانات ارتقا و بورده جهت مرور سریع نکات بسیار موثر باشد.

از زحمات انتشارات رویان پژوه که در صفحه آرای، تدوین و چاپ این کتاب از هیچ تلاشی فروگذار نکردند صمیمانه تشکر می‌نمایم.

دکتر مهرداد دهقانپور

رتبه اول بورده تخصصی

استادیار گروه جراحی دهان، فک و صورت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

فصل ۱۳: ارزیابی پیش از عمل

۱- مدت زمان قطع داروی آسپرین پیش از عمل جراحی چند روز می‌باشد؟

- الف) ۲-۵ روز
ب) ۷-۱۰ روز
ج) ۱۰-۱۴ روز
د) ۱۴-۲۱ روز

۲- کدام یک از داروهای زیر باعث القای هایپوتیروئیدیسم در بیمار می‌شود؟

- الف) کلونیدین
ب) لیتیم
ج) ایزوکربوکسزید
د) آمینوگلیکوزیدها

۳- بر اساس سیستم طبقه‌بندی وضعیت فیزیکی ASA کدامیک بیان کننده "بیماری شدید سیستمیک که تهدید کننده حیات است" می‌باشد؟

- الف) ۲
ب) ۳
ج) ۴
د) ۵

۴- بیماری جهت انجام جراحی خارج نمودن ضایعه پاتولوژیک فک بالا مراجعه نموده است. در سابقه پزشکی بیمار CHF و دیابت تیپ ۲ همراه با مصرف قرص متفورمین یافت می‌شود. در آزمایش خون انجام گرفته از بیمار میزان کراتینین فرد $2/5 \text{ mg/dl}$ می‌باشد. ریسک مشکلات جدی قلبی پیش‌بینی شده بیمار چقدر می‌باشد؟

- الف) ۰/۴
ب) ۰/۹
ج) ۶/۶
د) ۱۱

۵- مدت زمان به تاخیر انداختن جراحی انتخابی بعد از آنژیوپلاستی با بالون و بعد از MI به ترتیب چقدر می‌باشد؟

- الف) ۷ روز - بعد از بیشتر از ۶۰ روز
ب) ۷ روز - بعد از بیشتر از ۶ ماه
ج) ۲ هفته - بعد از بیشتر از ۶۰ روز
د) ۲ هفته - بعد از بیشتر از ۶ ماه

۶- تمام موارد زیر از ریسک فاکتورهای عوارض ریوی **perioperative** می‌باشد **بجز**:

- الف) COPD
ب) سن بیشتر از ۶۰ سال
ج) ASA ۲ و یا بیشتر
د) هایپیرآلبومینمیا

۷- حداقل مدت زمان ترک سیگار جهت جلوگیری از ایجاد اختلال در جراحی چقدر است؟

- (الف) ۲ هفته
(ب) ۴ هفته
(ج) ۸ هفته
(د) ۴ ماه

۸- همه موارد زیر از ریسک فاکتورهای مستقل آسیب حاد کلیوی می باشد بجز:

- (الف) دیابت
(ب) سن
(ج) افزایش وضعیت ASA
(د) هایپرتنشن

۹- در سیستم طبقه بندی Child-pugh برای پیش بینی ریسک حین عمل در بیماران با مشکلات کبدی تمام موارد زیر ارزیابی می شود بجز:

- (الف) آنسفالوپاتی
(ب) آسیت
(ج) PTT
(د) بیلی روبین

۱۰- کدام مورد در رابطه با بیماری های تیروئیدی صحیح می باشد؟

(الف) برای انجام جراحی انتخابی در بیماران هایپرتیروئیدیسم کنترل مختصر بیماری کافی است و نیازی به یوتیروئید بودن نمی باشد.

(ب) در بیماران اورژانسی هایپرتیروئیدیسم بتابلاکرها مانند پروپرانول اساس درمانی می باشد.

(ج) تشخیص طوفان تیروئیدی آزمایشگاهی می باشد.

(د) بیماران با هیپوتیروئیدیسم متوسط در معرض ریسک افزایش یافته مشکلات بی هوشی حین جراحی می باشند.

۱۱- بیماری به علت بدفرمی صورت قرار است مورد جراحی **bimaxillary orthognatic** قرار بگیرد.

بیمار سابقه مصرف روزانه ۲۰ میلی گرم پردنیزولون به مدت ۲ ماه را ذکر می کند. کدام مکمل گلیکوکورتیکوئید برای بیمار مناسب است؟

- (الف) روزی یک بار مصرف ۲۵ میلی گرم هیدروکورتیزون
(ب) روزی ۲ بار مصرف ۵۰ میلی گرم هیدروکورتیزون
(ج) روزی ۳ بار مصرف ۱۰۰ میلی گرم هیدروکورتیزون
(د) بیمار نیازی به استفاده از مکمل را ندارد

۱۲- در کدام مورد زیر انتقال خون به بیمار باید مدنظر قرار گیرد؟

- (الف) هموگلوبین ۷ mg/dl و کمتر در بیماران با ثبات همودینامیک
(ب) هموگلوبین ۸ mg/dl و کمتر در بیماران با ثبات همودینامیک
(ج) هموگلوبین ۹ mg/dl و کمتر در بیماران علامتدار
(د) گزینه الف و ج صحیح می باشد

پاسخنامه فصل ۱۳

۱- گزینه «ج» صحیح است.

مطابق با جدول ۱-۱۳ مدت زمان قطع داروی آسپرین پیش از عمل جراحی ۱۴-۱۰ روز توصیه شده است (صفحه ۱۴۹).

TABLE 13-1 Medications, Anesthetic Implications, and Recommendations for Preoperative Management

Medications	Anesthetic Implications	Recommended Management
Aminoglycosides	Can potentiate nondepolarizing relaxants	Monitor neuromuscular relaxants carefully
Aspirin	Platelet dysfunction, bleeding potential	Consider preoperative discontinuation for at least 10-14 days; discuss with prescribing physician regarding risk of stroke, myocardial infarction (MI), or thrombosis with discontinuation
Clonidine	Acute withdrawal can cause hypertensive crisis; decrease anesthetic requirements	Continue therapy the day of surgery; can use dermal delivery perioperatively; decrease anesthetic requirements intraoperatively
Lithium	Potentiate neuromuscular blockers, induce hypothyroidism in some patients; lithium concentrations increase with decreased serum sodium	Monitor neuromuscular blockade carefully, obtain thyroid function tests preoperatively if indicated; monitor serum sodium and avoid sodium-wasting diuretics
Monoamine oxidase inhibitors (isocarboxazid, pargyline, phenelzine, tranylcypromine)	Increased catecholamine stores; hepatotoxicity; rare but potentially fatal reactions with opioids, especially meperidine	Avoid indirect-acting sympathomimetics and use reduced doses of direct-acting agents; serum liver function tests if not done; avoid opioids, especially meperidine; for elective surgery, request psychiatrist to discontinue for 14-21 days unless suicide risk; less time needed for pargyline and tranylcypromine because reversibly bound
Warfarin	Excessive intraoperative bleeding	Manage with prescribing physician; withdrawal in advance; substitute with heparin; heparin may be stopped immediately preoperatively and restarted postoperatively

From Longnecker DE, Murphy FL: *Dripps/Eckenhoff/Vandam: Introduction to anesthesia*, vol 1, ed 9, Philadelphia, 1997, WB Saunders, p 13.

۲- گزینه «ب» صحیح است.

مطابق با جدول ۱-۱۳ لیتیوم در بعضی بیماران باعث القای هایپوتیروئیدیسم می شود. غلظت لیتیوم با کاهش سدیم سرم افزایش می یابد (صفحه ۱۴۹).

۳- گزینه «ج» صحیح است.

مطابق با باکس ۱-۱۳ در ASA ۴ بیماری شدید سیستمیک که تهدید کننده حیات است، بیان شده است. در ASA ۳ بیماری شدید سیستمیک همراه با محدودیت عملکردی ذکر شده است (صفحه ۱۴۹).

• BOX 13-1 ASA Physical Status Classification

- I. Healthy patient
- II. Mild systemic disease—no functional limitation
- III. Severe systemic disease—definite functional limitation
- IV. Severe systemic disease that is a constant threat to life
- V. Moribund patient not expected to survive without the operation

۴- گزینه «ج» صحیح است.

مطابق با جدول ۲-۱۳ بیمار دارای ۲ ریسک فاکتور می باشد و ریسک قلبی جراحی ۶/۶ می باشد (صفحه ۱۵۰).

TABLE 13-2 Revised Cardiac Risk Index

Risk Factor	Points
Cerebrovascular disease	1
Congestive heart failure	1
Creatinine level > 2.0 mg per dL (176.80 μmol per L)	1
Diabetes mellitus requiring insulin	1
Ischemic cardiac disease	1
Suprainguinal vascular surgery, intrathoracic surgery, or intro-abdominal surgery	1
Risk of Major Cardiac Event	
Points	Risk % (95% confidence interval)
0	0.4 (0.05 to 1.5)
1	0.9 (0.3 to 2.1)
2	6.6 (3.9 to 10.3)
≥3	≥11 (5.8 to 18.4)

Feely M, Collins CS, Daniels PR, et al: Preoperative testing before noncardiac surgery: guidelines and recommendations, *Am Fam Physician* 87(6):414-418, 2013.

۵- گزینه «الف» صحیح است.

توصیه شده است که جراحی انتخابی تا ۷ روز بعد از آنژیوپلاستی با بالون، ۳۰ روز بعد از استنت فلزی لخت و ۳۶۵ روز بعد از استنت حاوی دارو به تاخیر بیافتد. بهترین زمان انجام جراحی انتخابی بعد از MI بعد از بیشتر از ۶۰ روز می باشد (صفحه ۱۴۹).

۶- گزینه «د» صحیح است.

ریسک فاکتورهای مرتبط با عوارض ریوی COPD، perioperative، سن بیشتر از ۶۰ سال، ASA ۲ و یا بیشتر، هایپوآلبومینمیا و نارسایی احتقانی قلب می باشد. فاکتورهای مرتبط با جراحی شامل جراحی طولانی، جراحی سر و گردن، جراحی اورژانسی و بیهوشی عمومی می باشد (صفحه ۱۵۱).

۷- گزینه «ج» صحیح است.

ترک سیگار سبب افزایش گذرا تولید خلط می شود. ریسک نسبی مشکلات ریوی حین عمل تا ۸ هفته بعد از ترک سیگار افزایش یافته و بعد از آن کاهش می یابد و کمتر از افراد سیگاری می شود (صفحه ۱۵۲).

۸- گزینه «د» صحیح است.

چهار ریسک فاکتورهای مستقل آسیب حاد کلیوی شامل سن، دیابت، افزایش RCRI (گلدمن) و افزایش وضعیت ASA (صفحه ۱۵۲).

۹- گزینه «ج» صحیح است.

مطابق با جدول ۱۲-۱۳ در این طبقه بندی آنسفالوپاتی، آسیت، میزان بیلی روبین، میزان آلبومین، PT، INR، مورد ارزیابی قرار می گیرد (صفحه ۱۵۶).

**TABLE
13-12**

Child-Pugh Scoring System

	Points		
	1	2	3
Encephalopathy	None	Stage I or II	Stage III or IV
Ascites	Absent	Slight (controlled with diuretics)	Moderate despite diuretic treatment
Bilirubin (mg/dL)	<2	2-3	>3
Albumin (g/L)	>3.5	2.8-3.5	<2.8
PT (prolonged seconds)	<4	4-6	>6
INR	<1.7	1.7-2.3	>2.3

Class A = 5-6 points; Class B = 7-9 points; Class C = 10-15 points.
 INR, International normalized ratio; PT, prothrombin time.
 Child CG, Turcotte JG: Surgery and portal hypertension. In Child CG, editor: *The liver and portal hypertension*, Philadelphia, 1964, Saunders, pp 50-64.

۱۰- گزینه «ب» صحیح است.

برای انجام جراحی انتخابی در بیماران هایپر تیروئیدیسم بیمار باید یوتیروئید باشد. این مهم به کمک درمان با پروپیل تیوراسیل، متی مازول و یدید به دست می آید. تشخیص طوفان تیروئیدی کلینیکی بوده که علائمی غیر اختصاصی مانند هایپرپیرکسیا، تاکی کاردی و هذیان دارد. بیماران با هایپوتیروئیدیسم خفیف تا متوسط در معرض ریسک افزایش یافته مشکلات بی هوشی حین جراحی نمی باشند (صفحه ۱۵۸).

۱۱- گزینه «ب» صحیح است.

مطابق با جدول ۱۶-۱۳ این بیمار در استرس متوسط جراحی قرار دارد و مصرف ۲ بار در روز به میزان ۷۵-۵۰ میلی گرم توصیه شده است (صفحه ۱۵۹).

TABLE 13-16 Recommendations for Perioperative Glucocorticoid Supplements in Patients Believed to Have Adrenocorticoid Deficiency³⁴

Level of Stress	Recommendation (Hydrocortisone Equivalent/Day)
Minor surgical stress (third molar extraction, genioplasty, etc.)	25 mg × 1 day
Moderate surgical stress (double jaw surgery, panfacial fractures, etc.)	50-75 mg × 2 days
Major surgical stress (large head and neck resection and reconstruction, etc.)	100-150 mg × 2-3 days

۱۲- گزینه «الف» صحیح است.

هموگلوبین ۷ mg/dl و کمتر در بیماران با ثبات همودینامیک و هموگلوبین ۸ mg/dl و کمتر در بیماران علامتدار (درد قفسه سینه، هایپوتنشن ارتواستاتیک یا تاکی کاردی بدون پاسخ به مایع درمانی) یا در نارسایی احتقانی قلب، انتقال خون باید مدنظر قرار گیرد (صفحه ۱۵۹).

۱۳- گزینه «د» صحیح است.

اکسیژن رسانی و هیدراسیون کافی، حفظ هوای گرم، آنتی بیوتیک تراپی پروفیلاکتیک، حفظ راحتی و اضطراب بیمار اقدامات لازم حین عمل برای بیماران آنمی داسی شکل می باشد (صفحه ۱۵۹).

۱۴- گزینه «ب» صحیح است.

زمانی که تعداد پلاکت ها کمتر از ۵۰۰۰۰/μL باشد انتقال پلاکت باید مدنظر قرار گیرد (صفحه ۱۶۱).