

## مقاله خودآموزی

بر اساس تصویب اداره کل آموزش مداوم جامعه پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به پاسخ دهندگان پرسش‌های مطرح شده در این مقاله ۱ امتیاز به فوق تخصصین گوارش اطفال و گوارش (اخلی) متخصصین داخلی، اطفال، عفونی، رادیولوژی، پاتولوژی، جراحی عمومی، دکترای علوم آزمایشگاه، پزشکان عمومی و کارشناسان و کارشناسان ارشد پرستاری، علوم آزمایشگاهی و رادیولوژی تعلق می‌گیرد.

# گزارش یک مورد گاستروانتریت ائوزینوفیلیک با تظاهرات اولیه‌ی دل‌درد و آسیت

محمد رضا قدیر<sup>۱</sup>، امیر حسین قانونی<sup>۲</sup>، ناصر خان احمدی<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup>استادیار گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

<sup>۲</sup>پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

<sup>۳</sup>کارشناس آندوسکوپی، بیمارستان آیت‌اله گلپایگانی، قم، ایران.

## چکیده

**زمینه و هدف:** گاستروانتریت ائوزینوفیلیک یک اختلال هتروژنی است که در کودکان و هم‌چنین در بزرگسالان ممکن است دیده شود. مشخصه‌ی آن ترشح مقدار زیاد ائوزینوفیل است، و در آسیب‌شناسی نیز یک یا چند سگمان از مری تا رکتوم می‌تواند درگیر آن باشد. در گاستروانتریت ائوزینوفیلیک امکان درگیر شدن بیش از یک لایه از جدار لوله‌ی گوارش وجود دارد. شکل بروز علایم بالینی آن نیز وابسته به محل درگیری و عمق آن در لایه‌های جدار لوله‌ی گوارش است. درگیری کل ضخامت جدار لوله‌ی گوارش به همراه لایه‌ی سروز، تنها در ۱۰٪ بیماران مبتلا به گاستروانتریت ائوزینوفیلیک دیده می‌شود که این حالت از علایم معمول بیماری آسیت است. نکته‌ی قابل توجه در بیمار مورد بررسی، درگیری تمام ضخامت جدار روده و بروز آسیت بدون درگیری واضح مری و معده بوده، که با دریافت درمان استروئید به بهبود کامل رسیده است.

**معرفی مورد:** بیمار پسر نوجوان ۱۶ ساله‌ای است که با درد شکم متناوب و آسیت به پزشک مراجعه نمود. با مشاهده‌ی ائوزینوفیلی در خون و مایع آسیت و با شک به گاستروانتریت ائوزینوفیلیک بررسی‌های اولیه انجام گرفت و بعد از انجام نمونه‌برداری از تمام جدار (Full Thickness Biopsy) به کمک لاپاراسکوپی، تشخیص گاستروانتریت ائوزینوفیلیک قطعی شد. بیمار تحت درمان با پردنیزولون قرار گرفت و درد شکم و آسیت وی به سرعت بعد از شروع درمان بهبود یافت.

**کلید واژه‌ها:** گاستروانتریت؛ آسیت؛ پردنیزولون.

نویسنده مسئول مکاتبات: دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران؛

آدرس پست الکترونیکی: ghadir@ddrc.ac.ir

تلفن: ۰۹۱۲۱۵۱۰۳۸۲

تاریخ پذیرش: ۸۸/۴/۲۹

تاریخ دریافت: ۸۸/۲/۲۶

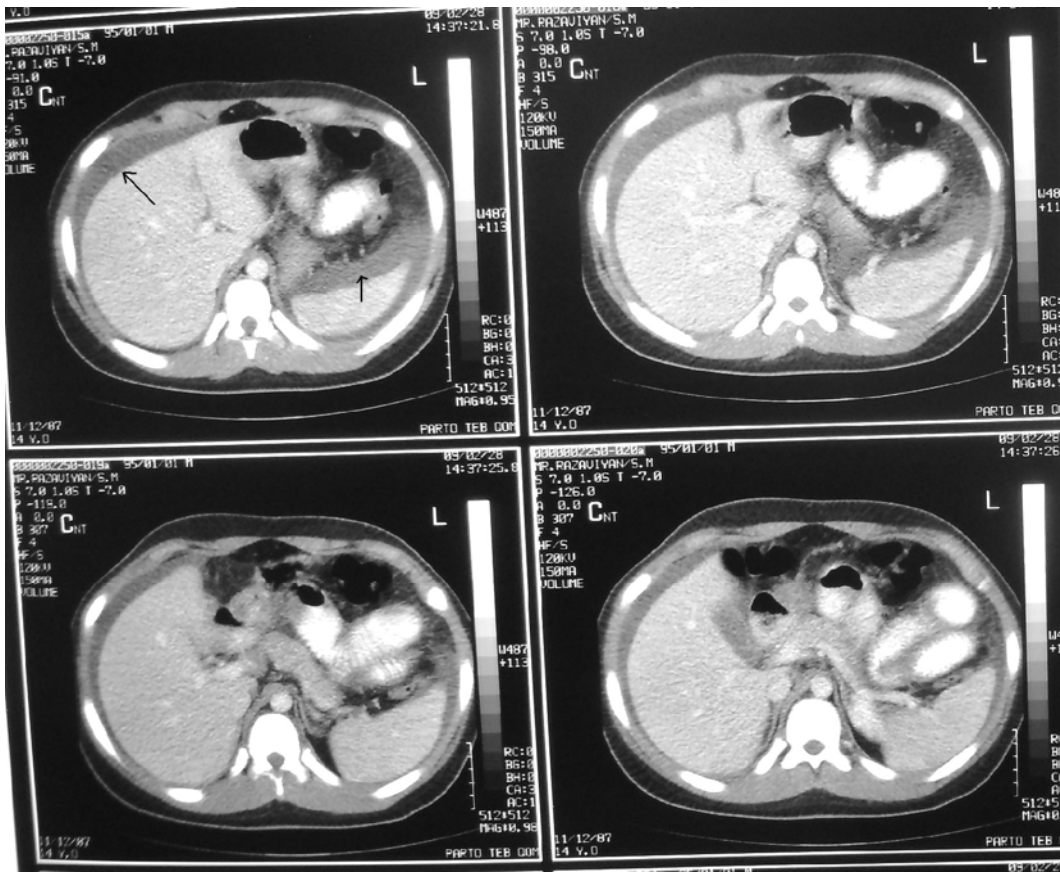
**مقدمه**

گاستروانتریت ائوزینوفیلیک اختلال نادری است که ممکن است در کودکان و نیز در بزرگسالان مشاهده گردد. از علایم مشخصه‌ی آن ترشح مقدار زیاد ائوزینوفیل می‌باشد. در آسیب‌شناسی نیز یک یا چند سگمان از مری تا رکتوم می‌تواند درگیر این عارضه باشد (۱). علایم این بیماری با توجه به عمق درگیری در جدار لوله‌ی گوارش، در هر بیمار متفاوت است. اما به طور کلی شایع‌ترین علایم، درد شکم، خونریزی گوارشی و انسداد یا آسیت می‌باشد (۲). درگیری کل ضخامت جدار لوله‌ی گوارش به همراه لایه‌ی سروژ تنها در ۱۰٪ بیماران مبتلا به گاستروانتریت ائوزینوفیلیک مشاهده شده است که این حالت از علایم معمول بیماری آسیت می‌باشد (۲). گاستروانتریت ائوزینوفیلیک ممکن است، بیش از یک لایه از جدار لوله‌ی گوارش را درگیر سازد. شکل بروز علایم بالینی نیز بستگی به محل درگیری و عمق آن در لایه‌های جدار لوله‌ی گوارش دارد. درگیری لایه‌ی مخاطی منجر به انتروپاتی دفع پروتئین، دفع خون از مدفوع و سوء جذب می‌شود. گاستروانتریت ائوزینوفیلیک از نوع درگیری سروژال، در مقایسه با انواع دیگر، با نفخ بیشتر و میزان بالاتر ائوزینوفیلی - محیطی همراه است، و پاسخ بهتری نیز به درمان استروئیدها می‌دهد (۳-۹). بیمار معرفی شده نیز از جمله بیمارانی

است که با درگیری کل ضخامت جدار روده و بروز آسیت مراجعه نمود، و با دریافت درمان استروئیدی به بهبود کامل رسید.

**شرح مورد**

بیمار پسر نوجوان ۱۶ ساله‌ای است که در پی درد شکم در اطراف ناف به پزشک مراجعه نمود. درد بیمار به صورت تدریجی شروع شده به مرور شدت یافت. کیفیت درد، متناوب، بدون انتشار، بدون ارتباط با غذاخوردن و با بی‌اشتهایی و کاهش وزن همراه بوده است. در شرح حال خانوادگی، بیمار خواهر ۱۷ ساله‌ای مبتلا به کولیت اولسراتیو از نوع پان کولیت داشت. در مراجعه‌ی اولیه‌ی بیمار، علایم حیاتی طبیعی و حال عمومی بیمار مساعد بود، و در معاینه، مورد خاصی در لمس شکم دیده نشد. با بیان شرح حال بیمار، اقدامات اولیه در جهت درمان اکسیور صورت گرفت. اما در مراجعه‌ی بعدی بیمار به پزشک، به دلیل شکایت بیمار از تکرار درد در ناحیه‌ی شکم، بی‌اشتهایی و کاهش وزن، جهت بررسی‌های بیشتر سونوگرافی شکم درخواست شد. که در جواب سونوگرافی، آسیت و افزایش ضخامت روده، مشاهده گردید، و در سی‌تی‌اسکن شکم نیز این علایم تأیید شد (شکل شماره ۱).



شکل شماره ۱: آسیت در نمای سی تی اسکن قبل از درمان در بیمار مبتلا به گاستروانتریت ائوزینوفیلیک

اتوانتی‌بادی‌ها و آزمایش مدفوع انجام گردید (جدول شماره ۱).

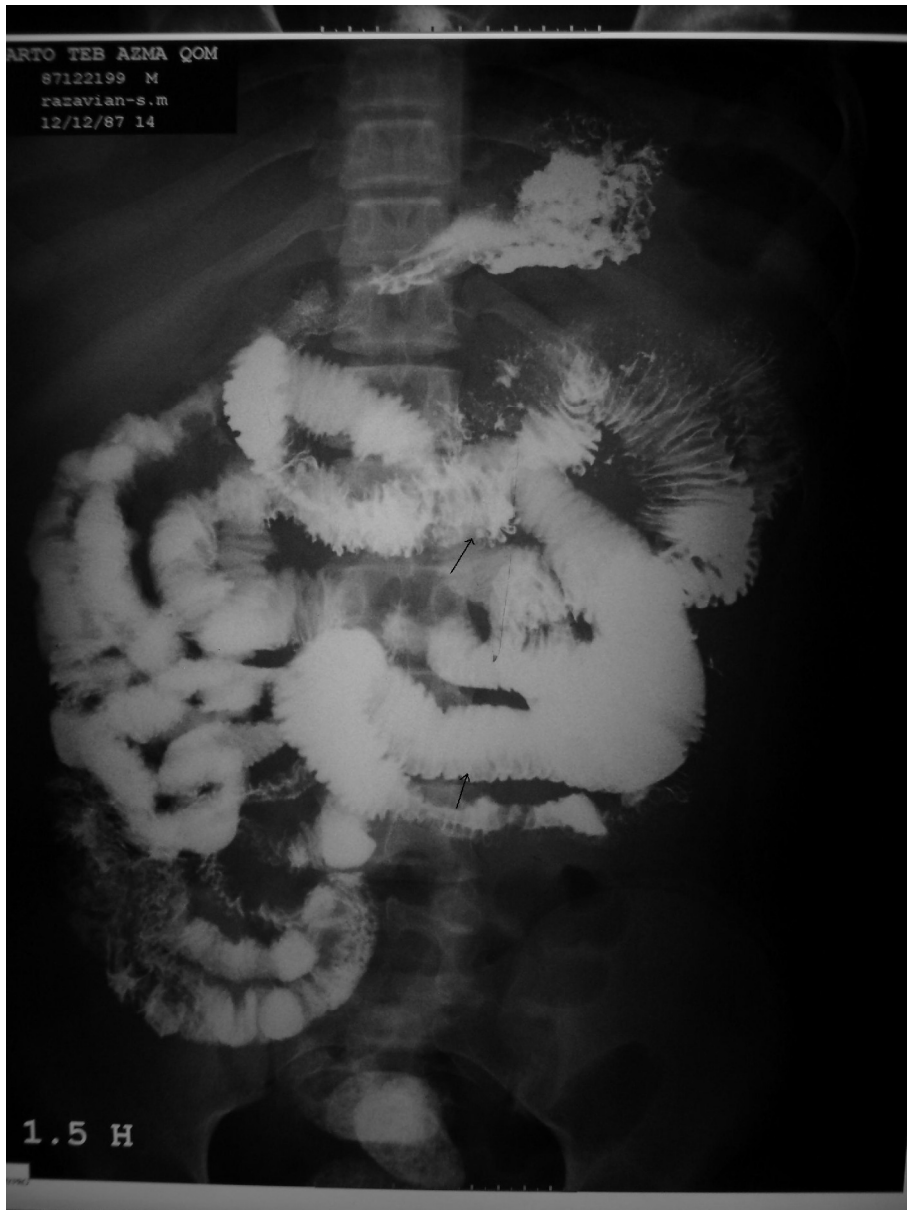
در مرحله‌ی بعد با کشیدن مایع آسیت و ارسال آن به آزمایشگاه، هم‌زمان بررسی‌های سرولوژیکی، نشان‌گرهای هپاتیت و

جدول شماره‌ی ۱: جواب آزمایش‌های بیمار مبتلا به گاستروانتریت ائوزینوفیلیک

Hematology		Immunology	
WBC	15560/ml	Anti Nuclear Ab	Neg
RBC	5.56×10 <sup>6</sup> /ml	ANCA	Neg
Hb	14.3 g/dl	Anti Smooth Muscle Ab	
HCT	42.5 %		Neg
MCV	76.4 fl	Anti TTG Ab (Ig G) 0.8	
MCH	25.7 pg		(Neg)
MCHC	33.6 g/dl	Endomiosial Ab (Ig G)	Neg
ESR	3 mm/hour		
Diff		Stool Exam	
Lymphocyte	22.7%	Color	Loose Green
Monocyte	3.6%	WBC	3-5
Eosinophil	34.8% (5100)	RBC	0-1
		Ova of parasite	Not Seen
		Cyst of protozoa	Not Seen
		Occult Blood	Neg
Biochemistry			
FBS		85 mg/dl	
Urea		26 mg/dl	
Creatinine		0.9 mg/dl	
SGOT(AST)		13 U/I	
SGPT (ALT)		12 U/I	
Alkaline phosphatase		390 mg/dl	
Creatin Kinase		43 IU/L	
Lactate Dehydrogenase		371 U/I	
Serology			
CRP		Neg	
HB <sub>s</sub> -Ag		Neg	
HCV-Ab		Neg	

ترانزیت روده‌ی باریک انجام شد. گزارش ارایه شده، نشان از افزایش ضخامت ژژنوم بود (شکل شماره‌ی ۲).

با مشاهده‌ی ائوزینوفیل در خون و وجود ۸۰٪ ائوزینوفیل در مایع آسیت (جدول شماره‌ی ۲)، بیمار از جهت گاستروانتریت ائوزینوفیلیک مورد بررسی قرار گرفت، و سپس در روند تشخیص



شکل شماره‌ی ۲: افزایش ضخامت مخاطی ژژنوم در ترانزیت روده‌ی کوچک بیمار مبتلا به گاستروانتریت ائوزینوفیلیک

تحت درمان قرار گرفت و سپس دارو به حداقل دوز ۵ میلی گرم کاهش داده شد. هم‌اکنون بعد از گذشت ۲ ماه از شروع درمان، حال عمومی بیمار کاملاً خوب بوده و درد شکم و آسیت بیمار (در سونوگرافی) نیز به طور کامل برطرف شده است.

در ادامه، به کمک لاپاراسکوپی، نمونه‌برداری از تمام جدار (Full Thickness Biopsy) از قسمت‌های مختلف دستگاہ گوارش صورت گرفت. با گزارش افزایش ارتشاح ائوزینوفیلی در لایه‌های ساب موزال تا سروز، تشخیص انتریت ائوزینوفیلیک قطعی شد. در نهایت، بیمار ابتدا با پردنیزولون ۳۰ میلی گرم در روز

انتروپاتی دفع پروتئین، دفع خون از مدفوع و سوء جذب می‌شود. درگیری لایه‌ی عضلانی، اغلب باعث انسداد خروجی معده یا روده‌ی باریک می‌گردد. درگیری ساب سروزال خود را با تظاهرات بالینی آسیت ائوزینوفیلیک نشان می‌دهد (۲). در یک مطالعه‌ی گذشته‌نگر که بر روی ۴۰ بیمار مبتلا به گاستروانتریت ائوزینوفیلیک صورت گرفت، شایع‌ترین علایم بیماری به ترتیب درد شکم، تهوع، استفراغ و اسهال گزارش شد. در این بررسی، درصد درگیری لایه‌ی موکوزال، لایه‌ی عضلانی و لایه‌ی ساب سروزال به ترتیب ۵۸٪، ۳۰٪، ۱۲٪ بود (۳). در تحقیق Talley و همکاران نشان داده شد، که بیماران با درگیری ساب سروزال، با بروز علایم بالینی نفخ شکمی، آسیت و نیز وجود تعداد بالای ائوزینوفیل در خون و پاسخ دراماتیک به درمان با استروئید از دیگر انواع درگیری‌های گاستروانتریت ائوزینوفیلیک متمایز می‌شوند (۳). در مطالعه‌ی حاضر نیز با وجود آسیت پیش از تشخیص قطعی، احتمال درگیری ساب سروزال در بیمار وجود داشت، اما پیش از تشخیص گاستروانتریت ائوزینوفیلیک با مشاهده‌ی آسیت در کنار درد شکم، ابتلا به بیماری‌های کبدی، اعم از ویروسی، اتوایمیون، سیروز، لنفوم، انگلی و کولیت اولسراتیو (با توجه به شرح حال خانوادگی مثبت) مشکوک بود. ولی با بررسی‌های آزمایشگاهی و طبیعی بودن تمامی موارد، قدم بعدی در تشخیص، بستگی به جواب پاراستنتز مایع آسیت داشت. با مشاهده‌ی درصد بالای ائوزینوفیل در مایع آسیت، گاستروانتریت ائوزینوفیلیک در صدر تشخیص‌های افتراقی قرار گرفت. در بررسی‌های رادیولوژیکی مشخصه‌ی گاستروانتریت ائوزینوفیلیک، افزایش ضخامت لایه‌ی مخاطی است که در بررسی با باریوم (۲۳، ۲۲، ۱۱) سی‌تی‌اسکن (۲۴، ۲۵) یا سونوگرافی (۲۴، ۲۶) قابل رؤیت می‌باشد، و بسته به شدت درگیری لایه‌های مخاطی این افزایش بیشتر مشاهده می‌شود (۲۳). افزایش ضخامت لایه‌ی مخاطی در بیماری‌های دیگری نیز مانند منتریر، لنفوم، کرون و گرانولوماتوز قابل رؤیت است، با وجود این برای تشخیص قطعی گاستروانتریت ائوزینوفیلیک، انجام بیوپسی لازم می‌باشد. جهت تشخیص قطعی گاستروانتریت ائوزینوفیلیک بایستی کل معیارهای علایم گوارشی، ارتشاح ائوزینوفیلیک در یک یا چند لایه از لوله‌ی گوارش در بیوپسی و عدم شواهدی دال

جدول شماره‌ی ۲: مشخصات مایع آسیت بیمار مبتلا به گاستروانتریت

ائوزینوفیلیک	
	<b>Bacteriology</b>
WBC	18-20/hpf
RBC	20-22/hpf
Epithelial cells	0-1/hpf
Bacteria	Not seen
Culture	No growth after 48 hours
Peritoneal Fluid	
Appearance Light brown and Turbid	
Nucleated cells	16000/ml
PMN	10%
Lymphocytes	10%
Eosinophils	80%
RBC	20000/ml
Protein	5.5 g/dl
Glc	84 g/dl
LDH	360 IU
ADA	26 U/L
Albumin	3.5 U/L
Cytology	Report
Eosinophils	80%
PMN	10%
Acid Fast Bacilli	Neg
Atypical Cells	Neg

## بحث

گاستروانتریت ائوزینوفیلیک یک عارضه‌ی نادر در دستگاه گوارش می‌باشد که مشخصه‌ی آن ارتشاح ائوزینوفیل‌ها در جدار لوله‌ی گوارش است. ارتشاح ائوزینوفیل‌ها، یک یا چند لایه از جداره‌ی لوله‌ی گوارش و یا دیگر اعضای داخل شکم را درگیر می‌سازد (۱۶-۱۴). بیماری‌زایی آن نیز مشخص نیست. اما به نظر می‌رسد، ترشح پروتئین خاصی از ائوزینوفیل‌ها به صورت انتخابی بتواند، منجر به آسیب بافتی در مخاط و یا زیر مخاط دستگاه گوارش گردد. کشاورزیان و همکاران در یک بررسی نشان دادند که تعداد ائوزینوفیل‌های دگرانوله فعال در مخاط، ارتباط مستقیمی با شدت گاستروانتریت ائوزینوفیلیک دارد (۱۷). در تحقیقات متعددی نیز پاسخ‌های آلرژیک به مواد غذایی و آلرژن‌ها به عنوان عامل بروز گاستروانتریت ائوزینوفیلیک شناخته شده‌اند (۲۰-۱۱). در حالی که در تعداد دیگری از پژوهش‌های انجام شده، وجود چنین ارتباطی رد شده است (۲۲-۲۱). تظاهرات بالینی گاستروانتریت ائوزینوفیلیک می‌تواند در هر بیمار با توجه به محل درگیری و میزان عمق درگیری لایه‌های جدار لوله‌ی گوارش، متفاوت باشد (۱۷-۱۶). درگیری موکوزال منجر به

دیده می‌شود. این مدت زمان در مورد انواع گاستروانتریت ائوزینوفیلیک صدق می‌کند (۴، ۱۱). اما تعدادی از بیماران نیازمند درمان طولانی‌تری (حتی بیش از چند ماه) می‌باشند (۴). در این میان بیمارانی هم که دچار عودهای شدید بیماری می‌شوند، نیز نیازمند درمان طولانی‌مدت، با دوز پایین استروئید یا داروهای ایمنوساپرسیو هستند.

به طور کلی در بین بیماران مبتلا به گاستروانتریت ائوزینوفیلیک تنها ۱۰٪ آن‌ها مبتلا به نوع ساب سروزال با تظاهر آسیت می‌شوند، که بیمار مذکور نیز در این گروه قرار داشت، و این بیمار مانند گزارش‌های موردی مشابه، پاسخ درمانی دراماتیک و بسیار مناسب به درمان با استروئید از خود نشان داد. درگیری ژژنوم بدون درگیری واضح مری و معده، نیز از جمله موارد جالب این بیمار است، که معمولاً در بیماران دیگر، درگیری هم‌زمان معده و روده، وجود دارد. لذا تشخیص نهایی انتریت ائوزینوفیلیک در این بیمار صحیح‌تر به نظر می‌رسد.

بر وجود انگل و یا بیماری خارج دستگاه گوارش، وجود داشته باشد (۱۷). از طرفی با توجه به احتمال درگیری از مری تا رکتوم و نیز درگیری تکه‌تکه به جای درگیری‌های منتشر (۲۷)، انجام اندوسکوپی کامل دستگاه گوارش ضروری به نظر می‌رسد. علایمی که در بررسی اندوسکوپی ممکن است دیده شود، غیراختصاصی بوده و شامل اریتم، شکندگی، ندولاریتی و تغییرات اولسراتیو می‌باشد، اما با این وجود انجام بیوپسی در تمامی قسمت‌ها ضروری است. لاپاراتومی در مرحله‌ی تشخیص تنها باید در بیماران پیچیده و با عارضه، مثل پارگی یا درگیری شدید ژژنوم و ایلئوم صورت گیرد. لاپاراسکوپی نیز روش مناسبی به نظر می‌رسد. زیرا علاوه بر دسترسی آسان‌تر به قسمت‌های مختلف دستگاه گوارش انجام نمونه برداری از تمام جدار (Full Thickness Biopsy) بیشتر از طریق اندوسکوپی امکان‌پذیر است. به طور معمول، پاسخ بالینی گاستروانتریت ائوزینوفیلیک به درمان استروئیدی سریع و دراماتیک است (۳، ۱۱، ۱۶، ۲۲، ۲۸، ۲۹). در مورد مدت زمان ادامه‌ی درمان، نیز اختلاف نظرهایی وجود دارد. اما بهبود اغلب در ۲ هفته‌ی اول با شروع درمان استروئیدی

## References:

1. Khan S, Orenstein SR. Eosinophilic Gastroenteritis Epidemiology, Diagnosis and Management. *Paediatr Drugs* 2004;2:563.
2. Sleisenger MH, Fordtran JS, Scharschmidt BF, et al. *Gastrointestinal and Liver Diseases*. 7<sup>th</sup> ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 2002.
3. Talley MJ, Shorter RG, Phillips SF, Zinsmeister AR. Eosinophilic Gastroenteritis: A Clinicopathological Study of Patients with Disease of the Mucosa, Muscle Layer, and Subserosal Tissues. *Gut* 1990;31:45-58.
4. Lee CM, Changchien CS, Chen PC, et al. Eosinophilic Gastroenteritis: 10 Years Experience. *Am J Gastroenterol* 1993;88:70-4.
5. Venkataraman S, Ramakrishna BS, Mathan M, et al. Eosinophilic Gastroenteritis-an Indian Experience. *Indian J Gastroenterol* 1998;77:148.
6. Chen MJ, Chu CH, Lin SC, et al. Eosinophilic Gastroenteritis: Clinical Experience with 15 Patients. *World J Gastroenterol* 2003;9:2813.
7. Steffen RM, Wyllie R, Petras RE, et al. The Spectrum of Eosinophilic Gastroenteritis. Report of Six Pediatric Case sa Nd Review of the Literature. *Clin Pediatr (Phila)* 1991;30:404.
8. Kelly KJ. Eosinophilic Gastroenteritis. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2000;30(Suppl):528.
9. Von Wattenwyl F, Zimmermann A, Netzer P. Synchronous First Manifestation of an Idiopathic Eosinophilic Gastroenteritis and Bronchial Asthma. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2001;13:721.
10. Hoefler RA, Ziegler MM, Koop CE, et al. Surgical Manifestations of Eosinophilic Gastroenteritis in the Pediatric Patient. *J Pediatr Surg* 1977;12:955-977.
11. Klein NC, Hargrove RL, Sleisenger MH, Jeffries GH. Eosinophilic Gastroenteritis. *Medicine* 1970;40:299-319.
12. Daneshioo R, Talley N. Eosinophilic Gastroenteritis. *Curr Gastroenterol Rep* 2000;4:366.

13. Zora JA, O'Connell EJ, Sachs MI, et al. Eosinophilic Gastroenteritis: A Case Report and Review of the Literature. *Ann Allergy* 1984;53:45.
14. Naylor AR. Eosinophilic Gastroenteritis. *Scot Med J* 1990;35:163-5.
15. Blackshaw AJ, Levison SA. Eosinophilic Infiltrates of the Gastrointestinal Tract. *J Clin Pathol* 1986;39:1-7.
16. Cello JP. Eosinophilic Gastroenteritis: A Complex Disease Entity. *Am J Med* 1979;67:1097-104.
17. Keshavarizian A, Saverymuttu S, Tai PC, et al. Activated Eosinophils in Familial Eosinophils in Familial Eosinophilic Gastroenteritis. *Gastroenterology* 1985;88:1041-9.
18. Waldman TA, Wochner RD, Laster L, Gordon RS. Allergic Gastroenteropathy, a Cause of Excessive Gastrointestinal Protein Loss. *N Engl J Med* 1967;276:761-9.
19. Katz AJ, Goldman H, Grand RJ. Gastric Mucosal Biopsy in Eosinophilic (Allergic) Gastroenteritis. *Gastroenterology* 1977;73:705-6.
20. Caldwell JH, Sharma HM, Hurtubise PE, Colwell DL. Eosinophilic Gastroenteritis Inextreme Allergy. Immunopathological Comparison with Nonallergic Gastrointestinal Disease. *Gastroenterology* 1979;77:560-4.
21. Caldwell JH, Tennenbaum JI, Bronstein HA. Serum IgE in Eosinophilic Gastroenteritis. Response to Intestinal Challenge in Two Cases. *N Engl J Med* 1975;26:1380-90.
22. Leinbach GE, Rubin CE. Eosinophilic Gastroenteritis: A Simple Reaction to Food Allergens? *Gastroenterology* 1970;59:874-89.
23. MacCarty RL, Talley NJ. Barium Studies in Diffuse Eosinophilic Gastroenteritis. *Gastrointest Radiol* 1990;15:183-7.
24. Rumans MC, Leiberman DA. Eosinophilic Gastroenteritis Presenting with Biliary and Duodenal Obstruction. *Am J Gastroenterol* 1987;82:775-8.
25. Tai YG, Liu JD, Lin KY, et al. Eosinophilic Gastroenteritis with Eosinophilic Ascites: Report of a Case. *J Formosan Med Assoc* 1990;89:901-4.
26. Farahvash MJ, Bastani B, Farahvash MR, Irvanlou G. Eosinophilic Gastroenteritis Presenting with Biliary and Partial Duodenal Obstruction. *Am J Gastroenterol* 1990;85:1022-4.
27. Marshak RH, Lindner A, Maklansky D, Gelb A. Eosinophilic Gastroenteritis. *JAMA* 1981;245:1677-80.
28. Malaguarnera M, Restuccia N, Pistone G, et al. Eosinophilic Gastroenteritis. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1997;9:533-7.
29. Liacouras CA, Wenner WJ, Brown K, Ruchelli E. Primary Eosinophilic Esophagitis in Children: Successful Treatment with Oral Corticosteroids. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1998;26:380-5.



## سؤالات خودآموزی یک مورد گاستروانتریت ائوزینوفیلیک با تظاهرات اولیه‌ی دل‌درد و آسیت

- ۱- کدامیک از جملات زیر نادرست است؟  
 الف) گاستروانتریت ائوزینوفیلیک هم در کودکان و هم در بزرگسالان دیده می‌شود.  
 ب) شایع‌ترین علامت بالینی گاستروانتریت ائوزینوفیلیک، درد شکم است.  
 ج) گاستروانتریت ائوزینوفیلیک تنها معده و روده‌ی باریک را درگیر می‌کند.  
 د) آسیت تنها در ۱۰٪ بیماران گاستروانتریت ائوزینوفیلیک بروز می‌کند.
- ۲- آسیت در کدامیک از انواع درگیری لایه‌ای جدار لوله‌ی گوارش در گاستروانتریت ائوزینوفیلیک رخ می‌دهد؟  
 الف) موکوزال                      ب) موسکولار                      ج) ساب‌سروزال                      د) همه‌ی موارد
- ۳- درمان اصلی بیماری گاستروانتریت ائوزینوفیلیک کدامیک از گزینه‌های زیر است؟  
 الف) استروئید                      ب) آنتی‌بیوتیک                      ج) ایمونوساپرسیو                      د) سولفاسالازین
- ۴- نشانه‌ی تشخیصی بیماری گاستروانتریت ائوزینوفیلیک در بررسی‌های رادیولوژیک با کدامیک از بیماری‌های زیر مشترک است؟  
 الف) منتریر                      ب) کرون                      ج) لنفوم                      د) همه‌ی موارد
- ۵- کدامیک از جملات زیر نادرست است؟  
 الف) وجود درد شکم و ارتشاح ائوزینوفیلیک در یک یا چند لایه از لوله‌ی گوارش در بیوپسی، تشخیص گاستروانتریت ائوزینوفیلیک را قطعی می‌کند.  
 ب) بهتر است بیوپسی از نواحی درگیر برداشته شود، تا نواحی به ظاهر سالم.  
 ج) بهترین روش انجام بیوپسی Full Thickness Biopsy به روش لاپاراسکوپیک است.  
 د) لاپاراتومی در مرحله‌ی تشخیص، تنها باید در بیماران پیچیده مثل پرفوریشن یا درگیری ژژنوم و ایلئوم صورت گیرد.
- ۶- در کدامیک از انواع درگیری لایه‌های جدار لوله‌ی گوارش در گاستروانتریت ائوزینوفیلیک، اتروپاتی دفع پروتئین و سندروم سوء جذب انتظار می‌رود؟  
 الف) موکوزال                      ب) موسکولار                      ج) ساب‌سروزال                      د) هیچکدام
- ۷- در کدامیک از انواع درگیری لایه‌های جدار لوله‌ی گوارش در گاستروانتریت ائوزینوفیلیک، انسداد خروجی معده یا روده‌ی باریک قابل انتظارتر می‌باشد؟  
 الف) موکوزال                      ب) موسکولار                      ج) ساب‌سروزال                      د) هیچکدام
- ۸- در گاستروانتریت ائوزینوفیلیک با درگیری ساب‌سروزال، کدامیک از موارد زیر بارزتر از دیگر انواع گاستروانتریت ائوزینوفیلیک رخ می‌دهد؟  
 الف) آسیت و نفخ شکمی                      ب) افزایش ائوزینوفیلی در خون                      ج) پاسخ به استروئید                      د) همه‌ی موارد
- ۹- شیوع کدامیک از علائم بالینی زیر در بیماری گاستروانتریت ائوزینوفیلیک کمتر است؟  
 الف) درد شکم                      ب) حالت تهوع و استفراغ                      ج) اسهال                      د) آسیت
- ۱۰- وجود کدامیک از موارد زیر در مایع آسیت، برخلاف تشخیص گاستروانتریت ائوزینوفیلیک است؟  
 الف) ائوزینوفیل بالا                      ب) کشت مثبت                      ج) پروتئین بالا                      د) وجود RBC

بسمه تعالی

قابل توجه شرکت کنندگان در برنامه خودآموزی:

شرکت کنندگان در برنامه خودآموزی لازم است فرم ثبت نام را بطور کامل تکمیل و به مهر نظام پزشکی ممه‌ور نمایند و پس از مطالعه مقاله خودآموزی بعد از پاسخگویی به سوالات پرسشنامه و اعلام نظر خود در خصوص مقاله مطالعه شده در فرم نظرخواهی نسبت به ارسال اصل هر سه فرم تکمیل شده حداکثر تا تاریخ ۸۹/۳/۳۱ به آدرس: قم - خیابان شهید لواسانی - دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی استان قم - دفتر آموزش مداوم اقدام نمایند تا در صورت پاسخگویی صحیح به حداقل ۷۰٪ از سوالات مقاله، گواهینامه شرکت در برنامه خودآموزی صادر و به آدرس مندرج در فرم ثبت نام ارسال گردد.

بسمه تعالی

جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت آموزشی - اداره کل آموزش مداوم جامعه پزشکی

فرم ثبت نام در برنامه خودآموزی

عنوان مقاله: نام نشریه: مجله علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی قم  
 نام خانوادگی: نام: نام پدر: شماره شناسنامه: صادره از:  
 تاریخ تولد: شماره نظام پزشکی: جنس: مرد  زن   
 محل فعالیت: استان: شهرستان: بخش: روستا:  
 نوع فعالیت: هیأت علمی  آزاد  رسمی  پیمانی  قراردادی  طرح  سایر   
 مقطع آخرین مدرک تحصیلی و سال اخذ مدرک:  
 رشته تحصیلی مقاطع: لیسانس: فوق لیسانس: دکترا: تخصص: فوق تخصص:  
 آدرس دقیق پستی: کد پستی: شماره تلفن:  
 تاریخ تکمیل و ارسال فرم:  
 امضاء، شماره نظام پزشکی و مهر متقاضی: امضاء و مهر مسئول ثبت نام

لطفاً با گذاردن علامت (×) در زیر، گزینه صحیح به سوالات

پرسشنامه مقاله خودآموزی پاسخ دهید:

سوال	الف	ب	ج	د	سوال	الف	ب	ج	د
۱					۱۴				
۲					۱۵				
۳					۱۶				
۴					۱۷				
۵					۱۸				
۶					۱۹				
۷					۲۰				
۸					۲۱				
۹					۲۲				
۱۰					۲۳				
۱۱					۲۴				
۱۲					۲۵				
۱۳					۲۶				

نظری ندارم	تأخیری مخالف	کاملاً مخالف	تأخیری موافقم	کاملاً موافقم	خواهشمند است نظر خود را با گذاردن علامت (×) نسبت به گزینه مربوطه اعلام نمایید.
					۱- محتوای مقاله براساس منابع جدید علمی ارایه شده است.
					۲- محتوای مقاله با نیازهای حرفه ای من تناسب داشته است.
					۳- محتوای مقاله در جهت تحقق اهداف آموزشی نوشته شده است.
					در محتوای مقاله شیوایی و سهولت بیان در انتقال مفاهیم رعایت شده است.
سه عنوان پیشنهادی خود را برای ارایه مقالات خودآموزی ذکر نمایید.					
همکار گرامی لطفاً با ارایه نظرات و پیشنهادات خود در جهت توسعه کیفی مقالات خودآموزی، برنامه ریزان و مجریان برنامه های آموزش مداوم را یاری فرمایید.					



This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.  
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.