

## مقاله بازآموزی

بر اساس تصویب دفتر آموزش مداوم جامعه پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به پاسخ دهندگان پرسشهای مطرح شده در این مقاله ۱/۵ امتیاز بازآموزی به پزشکان عمومی تعلق می گیرد.

### مروری بر اسپلنومگالی

\*

دکتر مهشید هراتیان

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید

صدوقی یزد

می گردد. طحال وقتی قابل لمس می شود که سه برابر اندازه طبیعی بزرگ شده باشد. دق (Percussion) در تشخیص اسپلنومگالی کمتر مفید می باشد. بنابراین برای تشخیص بزرگی طحال معاینه (لمس و دق) به تنهایی کفایت نمی کند و روشهای پاراکلینیک مثل سونوگرافی نیز به کمک می آید.

#### ساختمان و عمل طحال

در انسان سالم وزن طحال بین ۲۰۰-۱۲۰ گرم میباشد و قابل لمس نیست. لذا وقتی طحال لمس می شود که اندازه آن سه برابر اندازه طبیعی شده باشد. طحالی که بزرگ می شود به داخل و پایین یعنی به حفره ایلیاک راست گسترش می یابد و در مواردی که اندازه آن خیلی بزرگ شود می تواند وارد لگن شده و حتی در رکتوم قابل لمس باشد. شریان طحال از سلیاک جدا شده و در ناف طحال به پنج تا شش شاخه تقسیم می شود که این شاخه ها از طریق ترابکول وارد طحال شده و تقسیم می شود. در حین این تقسیمات هیچ ارتباطی با هم پیدا نمی کنند و دلیل انفارکتوس در این عضو به دنبال انسداد شریانی است. بالاخره به صورت شریان مرکزی به پولپ سفید می رسد. شاخه های انتهایی آنها به منطقه

#### چکیده

نظر به اینکه پزشکان بخصوص پزشکان عمومی بصورت مکرر با بیمارانی که طحال آنان بزرگ می باشد برخورد دارند، لذا در این مقاله، مروری مختصر درباره بررسی اسپلنومگالی انجام شده است. طحال طبیعی، وزنی تا حداکثر ۲۰۰ گرم دارد و قابل لمس نمی باشد. اعمالی که به طحال نسبت داده می شود شامل فیلتراسیون سلولهای غیر طبیعی از جریان خون، فونکسیون ایمنی، عمل خونسازی و ذخیره ای می باشد. طحال بزرگ یا اسپلنومگالی وقتی اطلاق می گردد که طحال قابل لمس باشد. علل مختلفی برای آن در نظر گرفته شده است که از علل شایع اسپلنومگالی التهابی است و نیز از علل دیگر می توان اسپلنومگالی هیپرپلاستیک، احتقانی، انفیلتراتیو را نام برد. تشخیص طحال بزرگ با معاینه و سپس با انجام آزمایشات و راههای تشخیصی پاراکلینیک دیگر می باشد.

واژه های کلیدی: اسپلنومگالی - طحال

#### تعریف اسپلنومگالی

اسپلنومگالی به قابل لمس بودن طحال که در معاینه

طی مانورهای خاص (جهت لمس طحال) به آن میرسیم اطلاق

\* استادیار گروه بیماریهای داخلی

حاشیه ای وارد شده و خون وارد سینوس های پولپ قرمز شده و بعد از آن وارد ورید طحالی می شود<sup>(۱)</sup>.

فونکسیون های طحال کاملا مشخص نمی باشد اما اعمالی که به آن نسبت می دهند شامل: ۱- **culling**: فیلتراسیون سلولهای غیر طبیعی و ذرات داخل و خارج سلولی از جریان خون بخصوص در مورد گلبولهای قرمز (مثل Target cell) ۲- **pitting**: برداشتن انکلوژیون های RBC بدون انهدام سلول (هضم توسط فاگوسیت های اطراف سینوزوئیدی) مثل Howell jolley bodies و نیز انگل های مالاریا، بارتونلا و پیروپلازما. ۳- **فونکسیون ایمنی**: تولید آنتی بادی بخصوص IgM و اپسونیزاسیون و تولید کمپلمان. قدرت طحال بخصوص در پاک کردن باکتریهای

کپسولدار مشخص است. به دلیل تماس طولانی ماکروفاژهای طحالی با پاتوژن ها ممکن است به بیمارانی که کمبود کمپلمان یا آنتی بادی دارند کمک کند. ۴- **خونسازی**: در زندگی داخل رحمی تا ماه پنجم و شش، طحال این وظیفه را دارد اما در انسان بالغ تنها در حالات جبرانی دیده می شود. سلولهای لنفوسیت- پلاسماسل در طحال ساخته می شود اما نوتروفیل ها صرفا منشا مغز استخوان دارند. ۵- **Pooling (عمل ذخیره ای)**: طحال طبیعی حدود ۳۰ درصد پلاکت را در خود ذخیره می کند که در اسپلنومگالی تا حد ۹۰ درصد می رسد. در مورد گلبول قرمز در انسان طبیعی، طحال این خاصیت را ندارد. ۶- ذخیره آهن و بعضی پروتئینها مثل فاکتور VIII<sup>(۱و۲)</sup>.

جدول ۱: تقسیم بندی اسپلنومگالی (۴ و ۳ و ۲)

۷. کیست ها و نئوپلازم ها	IV اسپلنومگالی انفیلتراتیو	III اسپلنومگالی هیپر پلاستیک	II اسپلنومگالی احتقانی	{
A. کیست های حقیقی (اپیتیلیا لی، آندوتیلیال، یا انگلی) B. کیست های کاذب (هموراژیک، سروزی، التهابی، دژنراتیو) C. هامارتوم D. لوسمی E. بیماری هوچکین F. لنفوم غیر هوچکینی G. هیستوسیتوز X H. نئوپلازم های متاستاتیک	A. بیماری گوشه B. بیماری نیمن پیک C. آمیلوئیدوز D. لیسمی دیابتیک E. گارگوئیلیسم	A. انواع مختلف آنمی همولیتیک B. آنمی های مزمن ۱. آنمی بدخیم و ماکروسیتیک دیگر ۲. تا لاسمی، هموگلوبینوپاتی ها و آنمی سلول داسی شکل ۳. آنمی همولیتیک نوزادان ۴. آنمی میلوفیتزیک، میلواسکلروز، میلوز مگاکاریوسیتیک آلوکمیک و غیره SLE. ۵ C. پورپورای ترومبوسیتوپنیک D. پلی سیتی ورا E. نوتروپنی طحالی اولیه F. هیپرپلازی لنفاتیک خوش خیم - بیماری گریوز G. اسپلنومگالی سیتوپاتوژنیک و تروپیکال	A. سیروز کبد B. ترومبوز، تنگی و تغییر شکل کاورنوی ورید پورت C. ترومبوز یا دیگر شکل های انسداد ورید طحال D. علل ناشناخته و کمتر شایع اسپلنومگالی احتقانی E. نارسایی قلبی (گاهی)	A. <b>حاد و تحت حاد</b> ۱. عفونت های مختلف (تیفوئید، سپتی سمی و غیره) ۲. آبه های طحالی ۳. منونوکلئوز عفونی ۴. آندوکاردیت تحت حاد B. <b>مزمن</b> ۱. توبرکلوز ۲. سیفلیس، مخصوصا نوع مادرزادی ۳. سندرم فلتنی؛ آرتریت روماتوئید ۴. مالاریا ۵. لشمایوز ۶. تریانوزومیاز ۷. اسپلنومگالی های آمازونی، بنگالی و آمریکایی؛ هیستوپلاسموز ۸. شیتوزومیاز ۹. اکتینوکوکوس ۱۰. سارکوئید بونک ۱۱. <b>بیماری بریلیوم</b>

## تعریف ها:

۱- عفونت های حاد (سپتی سمی، ویروسی): طحال با تولید آنتی بادی بزرگ می شود و بدلیل هیپرپلازی لنفوسیت- پلاسموسیت در هر دو کانون پولپ سفید و قرمز دیده می شود و در این موارد بزرگی طحال سریع و دردناک است (۴۵و۶).

۲- منونوکلئوز عفونی: عامل آن ویروس EBV است. علائم بعد از دوره کمون ۸-۴ هفته ای شامل بدی حال عمومی، تب، لرز، فارنژیت، لنفادنوپاتی دو طرفه گردن و بزرگی کبد است. نیمی از بیماران اسپلنومگالی خواهند داشت که حد اکثر آن در هفته ۲ و ۳ بیماری است و پارگی خودبخودی در همان هفته ۲ و ۳ دیده می شود (۴۵).

۳- توپر کلوز: سل اولیه طحال معمولاً نادر است و اغلب درگیری طحال بدنبال سل ژنرالیزه دیده می شود. در رادیوگرافی کلسیفیکاسیون در طحال ممکن است دیده شود و ارزش تشخیصی دارد. علائم مثل آسیت، ایکتر و هماتمز است. گاهی بدنبال اسپلنکتومی علائم برطرف می شود (۴۵).

۴- سندرم فلتی به مجموعه اسپلنومگالی و لکوپنی و آرتريت روماتوئید مزمن گفته می شود. در سندرم فلتی بدنبال اسپلنکتومی همیشه اختلالات برطرف نمی گردد (۴۶).

۵- مالاریا: در مناطق حاره ای بخصوص در موارد اسپلنومگالی باید به آن توجه کرد. لکوپنی و ترومبوسیتوپنی در این بیماران دیده می شود. آنمی در آن به علت سکستراسیون گلبولهای قرمز در طحال بزرگ است. معمولاً اسپلنکتومی توصیه نمی گردد، بدلیل اینکه خود طحال با عمل pitting انگل های مالاریا را خارج می کند (۴۵).

۶- لیشمانیوزیس: بیماری با تب نامنظم، اسپلنومگالی، آنمی، لکوپنی و لنفادنوپاتی مشخص می شود. تشخیص با دیدن لیشمانیادونوانی در پونکسیون مغز استخوان است (۴۵).

۷- اسپلنومگالی احتقانی: قبلاً به آن بیماری بانته گفته می شد. در این موارد معمولاً اسپلنومگالی همراه هیپراسپلنسیسم و سیروز و افزایش فشار پورت مشخص می گردد. هیپاتومگالی در موارد

اولیه و بعد از آن اسپلنومگالی همراه آنمی، پورپورا، و ایستا کسی به علت ناشی از هیپراسپلنسیسم در این بیماری مشاهده می گردد. در موارد پیشرفته علائم نارسائی کبدی و انسداد ورید پورت مشخص است. ترومبوز وریدهای کبدی نیز می تواند سبب اسپلنومگالی احتقانی شود که به آن سندرم بودکیاری گفته می شود (۴۶).

۸- اسپلنومگالی هیپرپلاستیک: در موارد مختلف آنمی های همولیتیک دیده می شود. یکی از این موارد اسفروسیتوز ارثی است که بیماری به صورت اتوزومال غالب است. اختلال در غشاء گلبول قرمز سبب برداشته شدن RBC غیر طبیعی توسط طحال می شود. علائم عمده شامل آنمی، اسپلنومگالی و یرقان است. افزایش سنگهای صفراوی حتی در دوران کودکی و خونسازی خارج مغز استخوان در این موارد دیده می شود. درمان آن اسپلنکتومی است. اسپلنومگالی همراه تالاسمی ماژور و اترمدیت نیز دیده می شود. در تالاسمی ماژور حتی می تواند اسپلنومگالی ماسیو دیده شود (۴۷ و ۳ و ۲).

اسپلنومگالی در آنمی فقر آهن در ۱۵-۱۰ درصد موارد و در آنمی مگالوبلاستیک نیز دیده می شود (۴ و ۳ و ۲).

۹- لوسمی حاد: در ALL در ۷۰ درصد موارد امتحان اولیه و ۹۰ درصد در اتوپسی و در AML در ۳۵ درصد موارد در امتحان اولیه و ۹۰ درصد در اتوپسی اسپلنومگالی وجود دارد. اسپلنومگالی در این موارد همیشه ناشی از انفیلتراسیون سلولهای لوسمیک در طحال نمی باشد و گاهی ساختمان طبیعی طحال همراه اسپلنومگالی در این موارد مشاهده شده است (۴۷ و ۸ و ۲).

۱۰- در بیماریهای ذخیره ای مثل گوشه، نیمین پیک و گانگلیوزیداز که هر کدام به علت یک نقص آنزیمی است نیز مشاهده می شود. علائم در اکثر موارد بیماریهای ذخیره ای شامل اسپلنومگالی، آنمی، هیپراسپلنسیسم، هیپاتومگالی و تغییرات استخوان و در نیمین پیک و گانگلیوزیداز تغییرات CNS و عقب افتادگی ذهنی مشاهده می شود (۴ و ۶ و ۲).

۱۱- اسپلنومگالی در بیماریهای آندوکراین نیز مشاهده می شود. در

گوشه، تالاسمی ماژور، کالآزار، به صورت حاد در کریز های طحالی مالاریا و Sicklemia دیده می شود (۷ و ۸ و ۲).  
**بیماریهای همراه با اسپلنومگالی ماسیو (۴)**

لوسمی میلوژن مزمن

لنفوم

لوسمی سلول مویی (H.C.L)

میلو فیروز همراه با متاپلازی میلوئید

پلی سیتی ورا

بیماری گوشه

لوسمی لنفوسیتیک مزمن

سار کوئیدوز

آنمی همولیتیک اتو ایمون

همانژیوما توز طحالی منتشر

### تشخیص اسپلنومگالی

تشخیص اسپلنومگالی ابتدا توسط معاینه دقیق و شرح حال بیمار داده می شود. معاینه طحال بزرگ سه خصوصیت عمده دارد که این خصوصیات آن را از دیگر توده های ربع فوقانی چپ شکم متمایز می کند. طحال بزرگ به طرف ناف می آید، دست زیر لبه دنده می رود و به علت ناف آن در لمس شکل لویبایی دارد (۱۴). گرفتن شرح حال از بیمار ما را به طرف هر کدام از اتیولوژی های گفته شده هدایت می کند. وجود تب و بیماری حاد احتمال اسپلنومگالی التهابی را مطرح می کند. وجود علائم افزایش فشار پورت ما را به طرف اسپلنومگالی احتقانی هدایت می کند و به همین ترتیب معاینات در تشخیص علت اسپلنومگالی کاملاً مفید و لازم است.

### اقدامات پاراکلینیک

سونوگرافی ربع فوقانی چپ شکم، توموگرافی، اسکن کبد و طحال با تکنسیم ۹۹ و اسپلنوپورتوگرافی راههای تشخیصی پاراکلینیک می باشد که به تشخیص کمک می کند (۱۵).

### اندیکاسیون اسپلنکتومی

۵۰ درصد موارد بیماران تیروتوکسیکوزیس و ۳۰ درصد موارد هاشیماتو، اسپلنومگالی مشاهده می شود. اسپلنومگالی در آکرومگالی ناشی از بیماری ثانوی مثل سیروز کبد یا بیماری گوشه است (۳ و ۲).

۱۲- اسپلنومگالی در ۲۵ درصد بیماران هموفیلی مشاهده شده است (۴ و ۲).

۱۳- طبق یک بررسی از سال ۱۹۱۳ تا ۱۹۹۵ بر روی ۴۴۹ بیمار

شایعترین علل اسپلنومگالی در ارتباط با علل هماتولوژیک

(لنفوم)، کبدی (بیماری مزمن کبدی)، بیماریهای عفونی (ایدز و

آندوکاردیت)، احتقانی (CHF)، اولیه (ترومبوز ورید طحالی) و

موارد دیگر است (۱۱ و ۹).

۱۴- بیماران با RA، SLE، PAN در ریسک پارگی خود بخودی

طحال هستند. اسپلنومگالی در RA بدون عارضه و سندرم فلتی که

در ریسک آبسه طحالی هستند مشاهده می شود (۱۲).

۱۵- مجموعه ای از هیپاتومگالی و اسپلنومگالی و یافته های

سونوگرافی طبیعی کبد احتمال سندرم اسپلنومگالی

تروپیکال (TSS) را با حساسیت ۸۶ درصد و اختصاصی بودن

۸۳ درصد مطرح می کند. خطر آن از بیوپسی کبد نیز کمتر می

باشد (۱۳).

### هیپراسپلنسم:

با چهار معیار مشخص می شود: ۱- آنمی،

لکوپنی (مخصوصاً نوتروپنی) و ترومبوسیتوپنی ۲- هیپرپلازی مغز

استخوان ۳- اسپلنومگالی ۴- تصحیح اختلالات فوق بدنال

اسپلنکتومی (۶ و ۲).

### علل اسپلنومگالی ماسیو:

اسپلنومگالی ماسیو زمانی گفته می شود که طحال به

یک یا هر دو ربع تحتانی شکم رسیده باشد (بیشتر از ۸ سانتی متر

زیر لبه دنده ای لمس شود) یا وزن آن بیشتر از ۱۰۰۰ گرم باشد

و در موارد خاصی مشاهده می شود که این موارد

شامل CML، ترومبوسیتوپنی اولیه، پلی سیتی ورا

(در مراحل انتهایی)، لنفوم، هوچکین، Hairy cell leukemia،

۱- عفونت که به وسیله ارگانیزم های کپسولدار (پنوموکوک و هموفیلوس انفلوانزا و ...) ایجاد می شود. علت آن نقص در مکانیزم اپونیواسیون است. اسپلنکتومی زیر ۵ سال توصیه نمی گردد و بعد از اسپلنکتومی، زدن واکسن پنوموکوک و هموفیلوس انفلوانزا توصیه می گردد (۲۰ و ۲۰).

۲- دیدن سلولهای غیر طبیعی رده RBC مثل NRBC، Target cell و انکلوزیون های داخل سلولی Howell jolley's bodies.  
 ۳- ترومبوسیتوز که استفاده از آسپیرین بجه توصیه می گردد و گاهی تا چند سال بعد از اسپلنکتومی ممکن است دیده شود.  
 ۴- لکوسیتوز (گذرا در چند ماه اول) (۲۳).

بسته به شدت هیپراسپلنیسم و سنجیدن عوارض ناشی از ترانسفوزیون های مکرر و اسپلنکتومی، پیشرفت بیماری و سن بیمار، خود محدود بودن بیماری، و بررسی آلترناتیوها (آیا اسپلنکتومی خطرناکتر است یا کورتیکوتراپی یا ایمنوساپرسیو و ...) اسپلنکتومی توصیه می شود.

اسپلنکتومی در اسفروسیتوز ارثی، ITP، TTP و در مواردی از هیپراسپلنیسم که همراه سیتوپنی شدید است توصیه می شود (۱۶ و ۱۷).

وقتی علت اسپلنومگالی مشخص نیست لاپاراتومی و اسپلنکتومی توصیه می شود (۱۸ و ۱۹).

### عوارض اسپلنکتومی

### References:

- Guyton and hall: *Textbook of medical physiology*, Saunders, Philadelphia, 9th ed. 1999, PP:176-180.
- Lee, G. Forster, J. Lukens, J. et al: *Wintrob's clinical hematology*, William & Wilkins, Baltimore, 10th ed, 1998, PP:1969-1987.
- Beutler, E. Lichtman, M. Coller, B. et al: *Williams hematology*, Mc Graw Hill, New York, 5th ed, 1995, PP:54-62.
- Fauci, A. S. Braunwald, E. et al: *Harrison's principles of medicine*, Mc Graw Hill, New York, 1988, 12 ed, P:350.
- Mandell, Douglas and Bennett's: *Principles and practice of infectious diseases*, Churchill Livingstone, 2000, 5ed, PP:1599-160&2831-2841.
- Bennet, J. C. Plume, F.: *Cecil textbook of medicine*, W. B. Saunders Philadelphia, 2000, 20ed, PP:960-962.
- Conn. Borer. Sayder: *Current diagnosis*, Saunders, Philadelphia, 1997, PP:529-531.
- Stein, J. H.: *Internal medicine*, Little Brown, 1990, 3ed, PP:1027-30.
- O'Reily, R. A.: *Splenomegaly in 2505 patients at a large university medical center from 1913 to 1995*. 1963 to 1995: 440 patients. West J Med. 1998 Aug, 169(2):88-97.
- O'Reily, R. A.: *Splenomegaly in 2505 patients in a large university medical center from 1913 to 1995*. 1913 to 1962: 2056 patients. West J Med. 1998 Aug, 169(2):78-87.
- O'Reily, R. A.: *Splenomegaly at a united states county hospital: diagnosis evaluation of 170 patients*. Am J Med 1996, Oct, Sci. 312(4):160-5.
- Fishman, D. Isenberg, D. A.: *Splenic involvement in rheumatic diseases*. Semin Arthritis Rheum, 1997, 27(3) PP:141-55.
- el-shazly, M. Okello, D. O. Kawooya, M. G.: *Non-invasive diagnosis of tropical splenomegaly syndrome*. Trup Doct, 1995 Jul, 25(3) PP:128-30.
- Bates, B.: *A guide to physical examination and history taking*, J. B. Lippincott, Philadelphia, 1999, 6th ed, PP:354-56.
- Sutton, D.: *Textbook of radiology and imaging*, Churchill Livingstone, 1999, 6th ed, PP:990-3.
- Fass, S. M. Hall, T. T. Lefor, A. Maestroni, U. Phillips, E. H.: *Safety of laparoscopic splenectomy in elderly patients with ITP*. Am Surg. 2000 Sep, 66(9):844-7.
- Trias, M. Targarona, E. M. Espert, J. J. Cerdan, J. Bombuy, E. Vidal, O.: *Impact of hematological diagnosis on early and late outcome after laparoscopic splenectomy: an analysis of 111 cases*. Surg Endosc, 2000 June, 14(6), PP: 550-60.
- Katkhouda, N. Mavor, E.: *Laparoscopic splenectomy*. Surg Clin North Am, 2000 Aug, 80(4): 1285-97.
- Szold, A. Kamat, M. Nadu, A. Eldor, A.: *Laparoscopic accessory splenectomy for recurrent idiopathic thrombocytopenic purpura and hemolytic anemia*. Surg Endosc, 2000 Aug, 14(8):761-3.
- Brigden, M. L. Patullo, A. Brown, J.: *Pneumococcal vaccine administration associated with splenectomy: the need improved education, documentation, and*

سؤالات بازآموزی مروری بر اسپلنومگالی

- ب- افزایش ابتلا به میکروبه‌های کپسولدار  
 ج- لکوسیتوز  
 د- دیدن Target cell در خون محیطی  
 ۵- بیماری با آدنوپاتی گردنی (از حدود یک هفته پیش)، گلودرد،  
 آگزودا در حلق، راش بدن‌بال مصرف آمپی سیلین و اسپلنومگالی  
 با تشخیص منونوکلئوز عفونی مدتی تحت نظر و سپس مرخص می  
 شود. در هفته سوم بطور ناگهانی دچار افت B P، کاهش سطح  
 هوشیاری و درد شکم بخصوص LUQ می گردد. تشخیص کدام  
 است؟  
 الف- ارتباطی با بیماری منونوکلئوز عفونی ندارد.  
 ب- حساسیت دیررس به آمپی سیلین.  
 ج- پارگی خودبخودی طحال از عوارض منونوکلئوز عفونی  
 د- هیچ کدام  
 ۶- در هیپراسپلنسم کدام مورد غلط است؟  
 الف- ترومبوسیتوپنی  
 ب- آنمی  
 ج- لکوسیتوز  
 د- هر سه صحیح است.  
 ۷- درمان بیماری که با اسفروسیتوز ارثی مراجعه می کند کدام است؟  
 الف- اسپلنکتومی ب- ترانسفوزیون مکرر  
 ج- درمان با سولفات فرو د- هیچ کدام  
 ۸- خانم ۳۶ ساله ای با ضعف و بی حالی، ایکتر و خونریزی  
 گوارشی مراجعه می کند. در معاینه بیمار آنژیوم عنکبوتی و آسیت  
 مشخص وجود دارد. اندازه کبد کوچکتر از حد طبیعی و طحال  
 بزرگ می باشد. در آزمایش پان سیتوپنی دارد. کدام تشخیص برای  
 بیمار محتمل است؟  
 الف - اسپلنومگالی احتقانی ب- اسپلنومگالی هیپرپلاستیک

- ۱- مرد ۳۷ ساله ای با علائم Huge splenomegally و لکوسیتوز  
 ۴۵۰۰۰ و در اسمیر خون محیطی Band cell = ۳ درصد،  
 متامیلوسیت = ۵ درصد، میلو بلاست = ۱ درصد، PMN = ۵۰ درصد و  
 لنفوسیت = ۳۱ درصد گزارش شده است. کدام یک از تشخیص های  
 زیر محتمل تر است؟  
 الف- لوسمی میلوژن مزمن ب- لوسمی لنفوبلاستیک مزمن  
 ج- منونوکلئوز عفونی د- هیچ کدام  
 ۲- دختر ۱۵ ساله ای دچار آنمی نرموسیتز با اندکس MCHC بالا  
 گزارش شده است. در معاینه، طحال تا حد ناف به دست می  
 خورد. سابقه سنگ کیسه صفرا را ذکر می کند که در سونوگرافی  
 مشخص شده است. بیمار تا به حال ترانسفوزیون نداشته است.  
 کدامیک از تشخیص های زیر صحیح است؟  
 الف- اسفروسیتوز ارثی  
 ب- تالاسمی ماژور  
 ج- آنمی Sickle  
 د- آنمی فقر آهن  
 ۳- مرد ۵۰ ساله ای با اسپلنومگالی و لکوسیتوز ۵۰۰۰۰ مراجعه می  
 کند در معاینه آدنوپاتی در گردن دارد. در اسمیر خون محیطی  
 لنفوسیت های بالغ با درصد بالا مشاهده می شود. احتمال کدام  
 تشخیص بیشتر است؟  
 الف - لوسمی سلول مویی (HCL)  
 ب- لوسمی لنفوبلاستیک مزمن  
 ج- لوسمی میلوژن مزمن  
 د- هیچ کدام  
 ۴- کدام یک از عوارض اسپلنکتومی نمی باشد؟  
 الف- ترومبوسیتوپنی

۵- این عارضه از بیماری جدا می باشد و ارتباطی نیز به عوارض دارویی ندارد.

۱۴- هیپراسپینسیم با چه مواردی مشخص می گردد؟

الف- لکوپنی + اسپلنومگالی + کم کاری مغز استخوان

ب- لکوپنی + ترومبوسیتوپنی

ج- ترومبوسیتوپنی + اسپلنومگالی + هیپرپلازی مغز استخوان

د- هیچکدام

ج- اسپلنومگالی انفیلتراتیو ۵- اسپلنومگالی التهابی

۹- بعد از اسپلنکتومی چه مواردی توصیه می گردد؟

الف- درمان طولانی مدت با پنی سیلین G به صورت پروفیلاکسی

ب- واکسیناسیون بر ضد پنوموکوک یک بار و هموفیلوس انفلوانزا سالانه

ج- هر دو مورد فوق پیشنهاد می گردد.

د- هیچ واکسن و درمانی نیاز نیست.

۱۰- شایع ترین نوع اسپلنومگالی کدام است؟

الف- اسپلنومگالی هیپرپلاستیک ب- اسپلنومگالی احتقانی

ج- اسپلنومگالی التهابی ۵- اسپلنومگالی انفیلتراتیو

۱۱- خانم جوانی به طور ناگهانی دچار درد شدید شکم و آسیت

ناگهانی می شود. طحال در معاینه بزرگ می باشد. سابقه بیماری

قبلی را نمی دهد و تنها دارویی که مصرف می کرده، o.c.p بوده

است. محتمل ترین تشخیص کدام است؟

الف- انسداد ورید کبدی

ب- انسداد ورید فوق کبدی (budchiary syn).

ج- انسداد ورید طحالی

د- پریتونیت

۱۲- آیا در بیماری که سیروز کبدی دارد اسپلنکتومی را توصیه می کنید؟

الف- توصیه می شود.

ب- توصیه نمی شود

ج- لاپاراتومی توصیه می شود.

د- بستگی به درمانهای دیگر دارد.

۱۳- بیماری که به مدت ۲۰ سال آرتریت روماتوئید داشته است و تحت درمان

با کلروکین، دیکلوفناک و متوترکسات بوده است دچار اسپلنومگالی و لکوپنی می

گردد. علت این عارضه کدام است؟

الف- مصرف داروهای فوق

ب- عارضه آرتریت روماتوئید مزمن بنام سندرم فلتی.

ج- در اثر عفونت در طحال است.

شرایط دریافت گواهی شرکت در بازآموزی

۱- پاسخ صحیح به حداقل ۸۰ درصد از سؤالات مربوط.

۲- تکمیل فرم ثبت نام بطور کامل و خوانا

ضمناً خواهشمند است پاسخنامه مقاله را به همراه فرم ثبت نام حداکثر تا تاریخ ۱۳۸۰/۱۰/۳۰ به دفتر مجله ارسال

نمائید.

محل مهر نظام پزشکی متقاضی:

پاسخنامه								مروری بر اسپلنومگالی			
الف	ب	ج	د	الف	ب	ج	د				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۸	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۲			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۰	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۳			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۱	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۴			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۲	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۵			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۶			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۷			